

PROGRAMA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA
INFANCIA Y ADOLESCENCIA
CANTABRIA




GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública



PROGRAMA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA
INFANCIA Y ADOLESCENCIA
CANTABRIA

A large, stylized green graphic of a person running, composed of thick, rounded shapes, occupies the background of the page. The figure is positioned on the left side, with its arms and legs in a dynamic, forward-leaning pose. The overall aesthetic is clean and modern, using a light green color against a white background.

PROGRAMA
**ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA
INFANCIA Y ADOLESCENCIA**
CANTABRIA

Edita.

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
Gobierno de Cantabria

ISBN Nº 978-84-693-6986-9

1ª Edición Octubre 2010

Depósito Legal.

SA-866-2010

Diseño y maquetación.

Nxo

Los progresivos cambios en los estilos de vida de nuestra sociedad, han conducido a que la población presente unos índices de exceso de peso cada vez más elevados y con ello aparecen los problemas de salud, patologías asociadas que constituyen un reto y grave problema de futuro para la salud pública. Incluso algunos autores presentan la hipótesis en la que la población infantil y adolescente actual pudiera ser la primera generación en ver reducida su esperanza de vida por esta causa, al aparecer enfermedades a edades más tempranas que en generaciones anteriores.

Con el objetivo de frenar este incremento constante de personas con exceso de peso y de sus enfermedades asociadas, a principios del siglo veintiuno surgen las primeras iniciativas a nivel mundial por parte de instituciones como la Organización Mundial de la Salud o la Unión Europea.

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social, aborda la situación a nivel nacional en el año 2005, con la publicación de la *Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad)*.

Su objetivo es mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la actividad física de toda la población en nuestro país, haciendo especial énfasis en la prevención en la edad infantil, por ser un período clave de aprendizaje de estilos de vida saludable.

Siguiendo la línea de esta Estrategia ponemos en marcha en Cantabria este *Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia*, en el que se implica a múltiples sectores de la sociedad dada la diversidad de factores que inciden en este problema.

Va a ser necesaria una estrecha colaboración y participación de la sociedad de Cantabria, para poder implantar y mantener las actividades previstas a lo largo del tiempo y la consecución del objetivo final de este Programa: **Reducir la prevalencia del exceso de peso y del sedentarismo en nuestra población infantil y adolescente.**

Entre todos lo conseguiremos, estoy seguro.

Luis María Truan Silva
Consejero de Sanidad

1. INTRODUCCIÓN	09
2. CAUSAS DEL EXCESO DE PESO	13
3. DEFINICIÓN DE OBESIDAD Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.	19
4. CONSECUENCIAS DEL EXCESO DE PESO	27
5. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DEL EXCESO DE PESO	33
6. ANALISIS DE SITUACIÓN	41
6.1. Hábitos alimentarios en España y Cantabria	43
6.2. Actividad física en la población infantil y adolescente. Situación en España y Cantabria.	56
6.3. Sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente en España y Cantabria	65
7. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	69
8. OBJETIVOS Y LINEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN	73
8.1. Objetivos:	75
8.1.1. General.	75
8.1.2. Específicos.	75
8.2. Líneas estratégicas de actuación.	75
8.2.1. Ámbito familiar y comunitario.	76
8.2.2. Ámbito escolar.	78
8.2.3. Ámbito sanitario.	80
8.2.4. Ámbito empresarial.	83
9. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	87
9.1. Indicadores	90
10. COMISION TÉCNICA Y FINANCIACION	101
11. NORMATIVA LEGAL	105
12. BIBLIOGRAFÍA	113
13. ANEXOS	121
Anexo I. Gráficos de IMC según sexo y edad (OMS)	123
Anexo II. Abreviaturas	131
Anexo III. Lista de tablas	132
Anexo IV. Lista de gráficos	133
14. RELACIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES	135

1

Introducción



1. INTRODUCCIÓN

En el mundo conviven actualmente dos importantes problemas de Salud Pública diametralmente opuestos: altos índices de desnutrición infantil en países en vías de desarrollo y un progresivo aumento de personas con exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en países desarrollados. El problema es de tal magnitud que la OMS en su Informe de Salud en el Mundo 2002¹ declara la obesidad como una epidemia mundial, y recoge, que al tiempo que 170 millones de niños de países pobres padecen insuficiencia ponderal más de 1000 millones de adultos en el mundo tienen exceso de peso (de ellos 300 millones son obesos).

España se encuentra entre los países donde existe un progresivo aumento de personas con exceso de peso. tanto en la población adulta como en la infantojuvenil²⁻³⁻⁴. Si no se toman medidas, éste problema se asociará en un futuro inmediato con un incremento de morbi-mortalidad, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud.

Con el fin de invertir esta tendencia, el Ministerio de Sanidad español puso en marcha en el año 2005 la Estrategia Nacional NAOS⁵ (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) que “fomenta una alimentación saludable y promueve la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la obesidad y con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas”.

El “Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia” de Cantabria, que se desarrolla en este documento, plantea una estrategia de actuación, en consonancia con la estrategia NAOS. Siendo una meta aplicable a toda la población, este Programa centra su prioridad en la prevención de la obesidad en la infancia y adolescencia, edades críticas en las que los hábitos alimentarios y de actividad física no están consolidados y tienen mas probabilidades de modificación a través de la educación.

Por otro lado, el exceso de peso en la infancia y adolescencia se estima como un poderoso factor de predicción de la obesidad en la edad adulta¹, con importantes repercusiones sociales, económicas y sanitarias, por lo que la obesidad infantil constituye un problema de salud cuya prevención resulta especialmente útil a largo plazo, ya que, si no se consigue prevenir su aparición en la infancia, alrededor de un 7 % del gasto sanitario total en España o irá destinado al tratamiento de enfermedades asociadas con la obesidad ⁶.

The background is a solid light green color. It features several large, abstract, darker green shapes that resemble stylized waves or organic forms. A large, white-outlined number '2' is positioned on the left side of the page. To the right of the '2' is a small white square.

2.

Causas del exceso de peso

2. Causas del exceso de peso

2. CAUSAS DEL EXCESO DE PESO

Sobre la etiología del exceso de peso se ha escrito mucho, destacándose como causa primordial los cambios de hábitos de vida de la población dentro de lo que se conoce como “**ambiente obesogénico**”⁵. Este término, describe todos aquellos factores (sociales, culturales, económicos, ambientales, etc.) que han dado lugar a que en las últimas décadas se hayan adoptado unos estilos de vida, en los que imperan nuevas actitudes frente a la alimentación y el ejercicio.

La población ha ido adquiriendo una “**nueva cultura alimentaria**” en la que se han incorporado, con más frecuencia de la deseada, alimentos precocinados y comidas de alta densidad energética, combinándose con un incremento del consumo de proteínas y grasas y descenso del consumo de frutas, verduras y hortalizas.

Además de este incremento en el aporte energético, se ha producido un cambio en la **forma de vida**, que tiende a ser cada vez más **sedentaria**, lo que contribuye a disminuir el gasto energético de cada individuo. Se ha hecho imprescindible el uso del automóvil, ascensores, mandos a distancia y otros ingenios mecánicos que reducen la movilidad personal siendo además cada vez menor el gasto energético que se precisa en el trabajo y el ocio. Todo ello está incidiendo en los países desarrollados sobre una población adulta, y de una forma alarmante en sus hijos e hijas, a lo que España no es ajena, causando en las últimas décadas un progresivo incremento de los índices de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia.

En el gráfico 1 se aprecia la evolución a lo largo del tiempo del incremento de sobrepeso en niños de 5 a 11 años en diversos países, entre ellos España.⁷

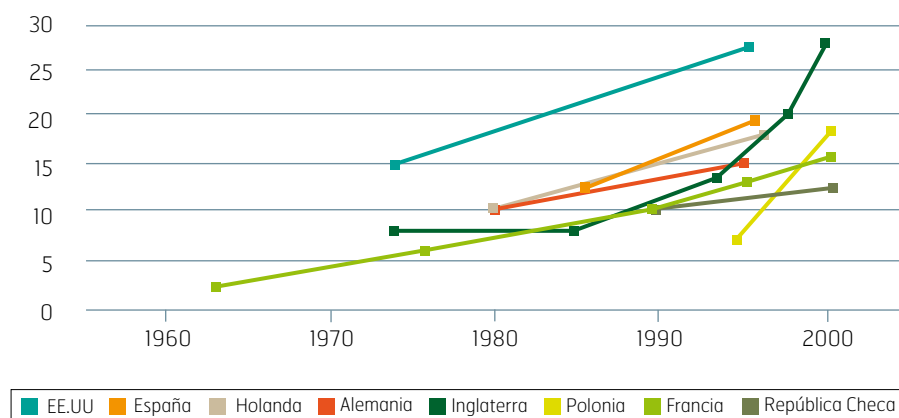
Otras causas de exceso de peso son las biológicas. Si se analizan los trabajos que han estudiado la influencia de los **factores genéticos** en la obesidad, éstos han identificado la participación de 600 genes, marcadores y regiones cromosómicas asociados o ligados a fenotipos de obesidad⁸. Sin embargo la predisposición genética, por sí sola, no puede explicar la epidemia de obesidad sin tener en cuenta los cambios ocurridos en el entorno social, económico, cultural y físico.

También hay que reseñar, que aproximadamente un 5% de los casos de obesidad son producidos por **enfermedades o síndromes** que provocan alteraciones hormonales (hipercortisolismo, hipotiroidismo, alteraciones del hipotálamo, síndromes de Prader-Willi, de Alström, de Bardet-Biedl, de Cohen, etc).

2. Causas del exceso de peso

Gráfico 1.

Incremento de prevalencias de sobrepeso niños de 5 a 11 años.



Fuente: IOTF. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde 2005

Por otro lado, se han descrito diversos factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de exceso de peso^{4,9} en la infancia y adolescencia:

- ▶ Obesidad parental (riesgo mayor si la madre es obesa y máximo, si los dos padres son obesos)
- ▶ Madre fumadora en la gestación
- ▶ Nivel socioeconómico familiar o de estudios bajo
- ▶ Peso bajo (<2.500 grs.) o elevado al nacer (>3.500 grs.)
- ▶ Ausencia de lactancia materna
- ▶ Inicio precoz de alimentación complementaria
- ▶ Ingesta de grasa $\geq 38\%$
- ▶ Consumo elevado de bollería, embutidos y refrescos
- ▶ Consumo bajo de frutas y verduras
- ▶ Rebote adiposo precoz
- ▶ Actividades sedentarias (>3 hr TV al día)
- ▶ Ausencia de práctica deportiva
- ▶ Maduración sexual temprana en las niñas
- ▶ Población inmigrante con hábitos culturales/étnicos hipercalóricos

2. Causas del exceso de peso

Un estudio publicado recientemente, realiza un análisis del factor de **“propagación”** de la obesidad entre los contactos sociales de la persona que desarrolla obesidad¹⁰. Este trabajo concluye que la posibilidad que tiene una persona de ser obesa se incrementa en un 57% si tiene un amigo que desarrolla obesidad en un intervalo dado. En este estudio también se observa que entre personas gemelas, si una desarrolla obesidad, la otra incrementa el 40% su riesgo de padecerla y si un miembro de una pareja desarrolla obesidad el otro ve incrementado su riesgo en un 37%. Estos efectos no se observaron entre vecinos geográficos.

3

Definición de obesidad y criterios diagnósticos



3. Definición de obesidad y criterios diagnósticos

3. DEFINICIÓN DE OBESIDAD Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La obesidad se define como un exceso de acumulo de grasa corporal, en una proporción que afecta negativamente a la salud.

El criterio más exacto para su diagnóstico, es la determinación del porcentaje de grasa que contiene el organismo y la cuantificación de su exceso en relación con el valor esperado según el sexo la talla y la edad. Para su estimación clínica las medidas antropométricas como el peso, talla, perímetros o pliegues, aunque no son tan precisas como las que usan métodos químicos, físicos u otros, son preferibles por su facilidad de uso y escaso coste¹¹.

En la actualidad, los criterios de medición de sobrepeso y obesidad mas aceptados y utilizados en la práctica clínica en la población de 2 a 18 años. se basan en la obtención del índice de masa corporal (IMC) o Índice de Quetelet, a partir del peso en kilogramos dividido entre la talla expresada en metros y elevada al cuadrado:

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Talla}^2$$

En adultos, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en su "Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica"¹² acuerda los criterios de sobrepeso y obesidad según el IMC obtenido. (Tabla 1)

Tabla 1.

Criterios SEEDO para definir en adultos el sobrepeso y la obesidad según el IMC

CATEGORÍA		Valores límite del IMC (kg/m ²)
PESO INSUFICIENTE		< 18,5
NORMOPESO		18,5 - 24,9
SOBREPESO	Grado I	25,0 - 26,9
	Grado II (preobesidad)	27,0 - 29,9
OBESIDAD	Tipo I	30,0 - 34,9
	Tipo II	35,0 - 39,9
	Tipo III (mórbida)	40,0 - 49,9
	Tipo IV (extrema)	>50

3. Definición de obesidad y criterios diagnósticos

En la población infantil y adolescente, la determinación del IMC para la identificación de la obesidad parece tener una alta sensibilidad (95-100%) pero baja especificidad (36-66%) al no diferenciar el componente de masa grasa del de la masa libre de ésta¹¹. Si es preciso realizar esta diferenciación entre masa grasa (obesidad) y masa magra (constitución atlética) habrá que recurrir a la medida del perímetro braquial y de pliegues cutáneos. Por otra parte, este índice sufre importantes variaciones con la edad ya que aumenta en lactantes, disminuye en la edad preescolar y aumenta de nuevo en la edad escolar, conociéndose como “rebote adiposo”. Esto hace que en la población infantil y adolescente sea necesario valorarlo usando curvas en relación con la edad y el sexo, mediante gráficas de percentiles (pc)* que permitan su seguimiento longitudinal.

La terminología utilizada en los diferentes estudios para referirse al exceso de peso en la infancia y adolescencia varía considerablemente, y aunque la mayoría utilizan los términos “sobrepeso” y “obesidad”, el significado no siempre es el mismo al variar los criterios que los definen. Esto se debe al diferente uso que se hace, en los estudios epidemiológicos, de los puntos de corte de distintas tablas o gráficos de percentiles o z-score del IMC que definen sobrepeso y obesidad.

Para sobrepeso suele utilizarse como punto de corte el pc>85 mientras que para la obesidad se han utilizado el pc>95 o el pc>97. Los puntos que estableciesen la definición de sobrepeso y obesidad deberían determinarse en función de los riesgos para la salud derivados a partir de ellos, pero actualmente no se sabe con exactitud cuál es el nivel de sobrepeso infantil que los identifica¹¹.

A pesar de lo expuesto y de catalogar a algunos niños y niñas de normalidad, cuando sus valores de masa grasa se hallan en rango de obesidad, el IMC según la edad y el sexo constituye la medida más aceptada y usada en la práctica clínica en el diagnóstico de obesidad. Para medir este índice en la población infantil, a nivel clínico y para estudios epidemiológicos, los estándares más utilizados han sido los siguientes:

1. Curvas de IMC para 0 a 18 años según sexo desarrolladas por la Fundación F. Orbegozo Eizaguirre en 2004¹³: realizadas sobre una muestra de la población infantil de Bilbao. En España han sido las más utilizadas en Atención Primaria, y sus gráficos de percentiles son los que figuran en el Documento de Salud Infantil de Cantabria desde el año 2008 junto a los de percentiles de peso, talla, perímetro cefálico, etc., por sexos. (previamente figuraban los del estudio de Orbegozo de 1988¹⁴).

2. Tabla numérica de Cole de valores de IMC para obesidad y sobrepeso de 2 a 18 años: Cole¹⁵ en colaboración con la Asociación Internacional para el

* pc: percentil

3. Definición de obesidad y criterios diagnósticos

Estudio de la Obesidad (International Obesity Task Force) en el año 2000 desarrollaron unas tablas de referencia en población infantojuvenil de 2 a 18 años, basadas en estudios antropométricos representativos de seis países. Proponen puntos de corte equivalentes a los de la edad adulta (sobrepeso $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ y obesidad $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$), para cada edad y sexo que permitirían definir sobrepeso y obesidad en este grupo de edad utilizando una curva de percentiles que acaba en los 18 años en un valor de IMC igual a 25 Kg/m^2 para el sobrepeso y la curva de percentiles que acaba en 30 Kg/m^2 para la obesidad.

3. Gráficos de IMC de la OMS de 0 a 19 años (presentados en abril de 2006 los correspondientes a la población de 0 a 5 años y en 2007 los de 5 a 19 años)^{16,17} dentro de los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS. Los correspondientes a las edades de 0 a 5 años son el resultado de un estudio intensivo de patrón de crecimiento que se inició en 1997 con unos 8.500 niños y niñas procedentes de Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán. Estas tablas describen por primera vez el "crecimiento infantil idóneo" demostrando que todos los niños y niñas de las principales regiones del mundo pueden alcanzar un crecimiento similar si se les proporciona una adecuada alimentación, atención de salud y entorno saludable. Además muestran un nuevo patrón que establece la lactancia materna como la norma biológica y patrón de referencia para determinar el crecimiento saludable, frente a gráficos anteriores basados en una combinación aleatoria de seguimiento del crecimiento de niños y niñas alimentados con lactancia materna y/o artificial. (Ver ANEXO 1).

En Febrero de 2010 según datos de M. de Onís (Coordinadora de la Unidad de Evaluación y Monitoreo del Crecimiento. Departamento de Nutrición. OMS) 108 países han implementado estos estándares de crecimiento OMS y 62 países están discutiendo su adopción, entre ellos España.

Según la OMS los puntos de corte del exceso de peso en la infancia, vienen reflejados por los siguientes valores de IMC en sus gráficos (Ver ANEXO I) de z-score de 2006 (para edades de 0 a 5 años) y de z-score de 2007 (población de 5 a 19 años):

- ▶ Sobrepeso : $>+ 1DS^*$
- ▶ Obesidad : $>+ 2DS^*$

Estos puntos de corte de z-score serán los indicados para utilizar en estudios epidemiológicos del exceso de peso.

* DS: desviación estandar

3. Definición de obesidad y criterios diagnósticos

En ambos estudios se presentan también los gráficos de percentiles de IMC para los dos grupos de población (0 a 5 años y 5 a 19 años) para su uso a nivel clínico:

- ▶ Sobrepeso : > pc 85
- ▶ Obesidad : > pc 97

Es de resaltar la importancia crucial que tiene la adopción de un patrón de crecimiento de la población infantil internacional, que permita una comparación epidemiológica homogénea de datos entre países, e internamente dentro de cada país, y con ello mejorar la evaluación de la efectividad de las medidas de prevención y diagnóstico del exceso de peso en la infancia.

En cuanto a otras valoraciones antropométricas, para diferenciar el componente graso del magro en el diagnóstico del exceso de peso pueden realizarse mediante la medición de pliegues cutáneos, en relación con la edad, trasladando los valores obtenidos a las curvas correspondientes.

The background is a solid light green color. It features several large, overlapping, abstract shapes in a slightly darker shade of green. These shapes are curved and organic, resembling stylized waves or the outlines of a face. A large, white, outlined number '4' is positioned on the left side of the page. To its right is a small white square.

4.

Consecuencias
del exceso
de peso

4. Consecuencias del exceso de peso

4. CONSECUENCIAS DEL EXCESO DE PESO

La obesidad es considerada como una enfermedad crónica y un importante factor de riesgo para el desarrollo de otros problemas de salud a diferentes niveles (Tabla 2)¹². Además, aumenta el riesgo de padecer diversas neoplasias tales como cáncer de mama, colon, próstata, endometrio, riñón y vesícula biliar.

No se conocen bien los mecanismos que activan ese mayor riesgo de padecerlas, sugiriéndose una posible relación con los cambios hormonales producidos por la obesidad^{18,19}.

Tabla 2.

Alteraciones asociadas a la obesidad

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIOESCLERÓTICA	-Cardiopatía isquémica -Enfermedad cerebrovascular
OTRAS ALTERACIONES CARDIORRESPIRATORIAS	-Insuficiencia cardíaca congestiva -Insuficiencia ventilatoria -Síndrome de apneas obstructivas del sueño
ALTERACIONES METABÓLICAS	-Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2 -Hipertensión arterial -Dislipemia aterógena -Hiperuricemia
ALTERACIONES DE LA MUJER	-Disfunción menstrual -Síndrome de ovarios poliquísticos -Infertilidad -Aumento del riesgo perinatal -Incontinencia urinaria
DIGESTIVAS	-Colelitiasis -Esteatosis hepática -Esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis -Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	-Artrosis -Lesiones articulares -Deformidades óseas
OTRAS ALTERACIONES	-Insuficiencia venosa periférica -Enfermedad tromboembólica -Cáncer (mujer: vesícula y vías biliares, mama y endometrio en posmenopausia; hombre: colon, recto y próstata). -Hipertensión endocraneal benigna -Alteraciones cutáneas (estrias, acantosis nigricans, hirsutismo, foliculitis, intertrigo) -Alteraciones psicológicas -Alteraciones psicosociales -Disminución de la calidad de vida -Transtornos del comportamiento alimentario

4. Consecuencias del exceso de peso

Los Centros para el Control y Prevención de enfermedades (CDC) y la Asociación Americana de la Obesidad publican en 1999 un estudio²⁰ en el que muestran que a medida que aumenta el índice de Masa Corporal (IMC) en adultos, el riesgo de padecer algunas patologías aumenta de forma significativa (Tabla 3).

Tabla 3.

Relación entre el IMC y el riesgo de padecer patologías asociadas con la obesidad en la edad adulta

IMC	<25	25-30	30-35	>35
ARTRITIS	1.00	1.56	1.87	2.39
ENFERMEDAD CARDÍACA	1.00	1.39	1.86	1.67
DIABETES TIPO II	1.00	2.42	3.35	6.16
CÁLCULOS BILIARES	1.00	1.97	3.30	5.48
HIPERTENSIÓN	1.00	1.92	2.82	3.77
INFARTO DE MIOCARDIO	1.00	1.53	1.59	1.75

Fuente. Centers of Disease Control. Third National Health and Nutrition Examination Survey. Analysis by the Levin Group.1999.

A stylized green apple with a stem and leaf, rendered in various shades of green. The apple is the central focus, with the number 5 and the title text placed on its surface.

5.

Estrategias de
abordaje del
exceso de peso

5. Estrategias de abordaje del exceso de peso

5. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DEL EXCESO DE PESO

En Mayo de 2004 la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (máximo órgano de decisión de la OMS) aprueba la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (DPAS)²¹ que describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de hábitos saludables de alimentación y actividad física.

En el año 2005 la Unión Europea (UE) aborda esta problemática en la Comisión de las Comunidades Europeas con el objetivo de iniciar un amplio proceso de consulta sobre la promoción de una dieta y actividad física saludables en Europa, abriendo un debate en profundidad en el que participan las instituciones europeas, los Estados miembros y la sociedad civil, culminando con la publicación del *"Libro Verde: Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. Bruselas 2005"*⁷. Posteriormente esta Comisión publica el *"Libro Blanco: Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. Bruselas, 2007"*²² en cuyas conclusiones los Estados miembros de la UE declaran que en la mayoría de los países es posible obtener *"progresos apreciables respecto de la obesidad en niños y adolescentes en los próximos cuatro o cinco años, que permitirán invertir la tendencia en el año 2015"*

En España en el año 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), inició la puesta en marcha de la *Estrategia NAOS*⁵ (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) con el fin de sensibilizar a la población del problema que supone la obesidad para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que la población, especialmente infantil y juvenil, adopte hábitos de vida sanos, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física.

Esta Estrategia evita poner demasiado énfasis en los aspectos sanitarios, "no medicalizando" el problema. En los años transcurridos desde su aplicación, la Estrategia NAOS ha ido avanzando en el desarrollo de actividades en los diferentes ámbitos sobre los que incide (familiar-comunitario, escolar, sanitario y empresarial). A continuación se destacan algunas de las actuaciones llevadas a cabo:

- Elaboración de diversas publicaciones y de material didáctico sobre alimentación saludable y actividad física <http://www.naos.aesan.msps.es/>

5. Estrategias de abordaje del exceso de peso

- ▶ Implementación de programas a nivel escolar: Programa Perseo (Programa piloto puesto en marcha en 10 CCAA y disponible en <http://www.perseo.ae-san.mspes.es/>)
- ▶ Firma de convenios: Código PAOS²³ convenio suscrito en el año 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas para la autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud
- ▶ Plan de reducción del consumo de sal (2009)²⁴
- ▶ Anteproyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2009)
- ▶ Convenciones NAOS 2007, 2008, 2009 y 2010 en las que se revisaron las intervenciones realizadas, los nuevos proyectos y se hizo entrega de los correspondientes Premios Estrategia NAOS. Reseñar la colaboración del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el Proyecto EVASYON²⁵. “Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa terapéutico para adolescentes con sobrepeso y obesidad: educación integral nutricional y actividad física” que recibió el Premio Estrategia NAOS 2009 al mejor proyecto de investigación aplicada.
- ▶ Iniciativas en el ámbito de la restauración: El Programa “Gustino”²⁶ que acredita a los restaurantes, que lo soliciten, para ofrecer menús saludables a sus clientes, siguiendo los criterios establecidos conjuntamente por la Accor Services (empresa privada de servicios sociales), la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) y la Fundación Dieta Mediterránea, en consonancia con la Estrategia NAOS en sus actuaciones contra la obesidad y la promoción de hábitos de vida saludables entre la población española. Su objetivo principal es crear una red de restaurantes adheridos al programa que se conviertan en referente de una comida sana y equilibrada. El decálogo que deben cumplir los establecimientos que deseen asociarse al programa “Gustino” incluye entre otros requisitos el ofrecimiento de pan integral y aceite de oliva virgen; que exista siempre la posibilidad de escoger verduras, hortalizas o legumbres de primer plato; que al menos uno de los segundos sea de pescado; que se dé prioridad a las formas de cocción con pocas grasas añadidas; que se puedan pedir medias raciones o, que de postre, sea posible escoger fruta fresca, zumos naturales o frutos secos.

En la actualidad la AESAN y los representantes de las Comunidades Autónomas de la Estrategia NAOS se hallan trabajando en tres proyectos: “Evaluación y seguimiento de la Estrategia”, “Alimentación en los Centros Educativos” y “Actividad Física”.

5. Estrategias de abordaje del exceso de peso

En el último balance presentado en la reunión del Grupo de Trabajo AESAN-CCAA sobre Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad de 14 de octubre de 2009 se muestra que esta estrategia ha conseguido avances como la movilización de numerosos sectores y organizaciones frente a este problema de salud pública, y debilidades como ausencia de seguimiento y evaluación de las acciones emprendidas y poco peso de la promoción de la actividad física en proporción con la alimentación.

En dicha reunión, como principales medidas a incluir en la NAOS 2010-2015, se cita en primer lugar el priorizar actuaciones sobre la población infantil y adolescente así como sobre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

La Estrategia NAOS también despliega las actuaciones que han demostrado un impacto positivo en el desarrollo de hábitos alimentarios saludables y las sintetiza en el siguiente **decálogo** :

1. Cuanta mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios.
2. Los cereales (pan, pasta, arroz, etc.), las patatas y legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen entre el 50 y el 60% de las calorías de la dieta.
3. Se recomienda que las grasas no supere el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos trans.
4. Las proteínas deben aportar entre el 10 y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal.
5. Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 gramos. Esto es consumir, como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos.
6. Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos.
7. Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 gramos al día, y promover la utilización de sal yodada.
8. Beber entre 1 y 2 litros de agua al día.
9. Nunca prescindir de un desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno...) y frutas, al que debería dedicarse entre 15 y 20 minutos de tiempo. De esta manera, se evita o reduce la necesidad de consumir alimentos menos nutritivos a media mañana y se mejora el rendimiento físico o intelectual en el colegio.

5. Estrategias de abordaje del exceso de peso

10. Involucrar a todos los miembros de la familia en las actividades relacionadas con la alimentación: hacer la compra, decidir el menú semanal, preparar y cocinar los alimentos.

En España existen también diferentes estudios y programas que abordan el exceso de peso en la población infantil y adolescente desde un punto de vista epidemiológico, así como el análisis de diferentes intervenciones clínicas, por ejemplo: la *“Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la obesidad infantojuvenil”*²⁷ del Sistema Nacional de Salud, editada en España en 2009, que presenta la evidencia científica de parte de las intervenciones preventivas y terapéuticas realizadas en diferentes países, en forma de recomendaciones graduadas de la A a la D²⁸. Otros estudios a destacar son: estudio enKid⁴, estudio AVENA²⁹, Programa de Niñ@s en movimiento³⁰, Proyecto EVASYON²⁵ (en éstos tres últimos han participado representantes de nuestra Comunidad Autónoma), el estudio Cuenca³¹, el estudio HELENA³², el estudio de la Universidad Autónoma de Madrid³³, el Programa Thao³⁴.

La Consejería de Sanidad de Cantabria, desde el año 2005, ha impulsado distintas actuaciones^{35,36} dirigidas a mejorar la situación del progresivo incremento de peso en la población en Cantabria³⁷ entre las que destaca, la elaboración e implementación del *Plan de Fomento de la Lactancia Materna (2005-2007)*,³⁸ que sigue una de las líneas de actuación de la Estrategia NAOS, ya que la lactancia materna previene contra el desarrollo de la obesidad infantil aunque no se conoce exactamente el mecanismo de protección⁵. Sus objetivos son sensibilizar a la población general en la protección y promoción de la misma, apoyar su inicio en los Hospitales públicos con Servicio de Maternidad de nuestra Comunidad y contribuir a su mantenimiento desde los Centros de Salud de Atención Primaria. Posteriormente estos objetivos se han integrado en el II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres 2008-2011³⁹.

En este contexto, el Hospital de Laredo en octubre de 2007, obtuvo la acreditación I.H.A.N.⁴⁰ (acrónimo correspondiente en aquellas fechas a “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” y en la actualidad a “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”) difundida por la OMS y UNICEF. Esta certificación se otorga en base a unos criterios de prácticas de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. En España, a fecha 23 de marzo de 2010, 14 hospitales tienen esta acreditación y 4 están en proceso de cambio para su obtención.

The background is a vibrant green with abstract, layered shapes in various shades of green. A large, stylized number '6' is the central focus, rendered in a light green outline. To its right, the text 'Análisis de Situación' is written in a white, sans-serif font. Below the text is a small, empty square box.

6

Análisis de Situación



6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Según la OMS¹, de los diez factores de riesgo identificados como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas en países desarrollados, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico (Tabla 4); a continuación se analizan los hábitos alimentarios y de actividad física en España y en Cantabria.

Tabla 4.

Los 10 factores de riesgo principales, como porcentajes de la carga de morbilidad expresada en AVAD.

PAISES DESARROLLADOS	
TABACO	12,2%
TENSIÓN ARTERIAL*	10,9%
ALCOHOL	9,2%
COLESTEROL*	7,6%
EXCESO DE PESO*	7,4%
BAJO CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS*	3,9%
INACTIVIDAD FÍSICA*	3,3%
DROGAS ILÍCITAS	1,8%
PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	0,8%
CARENCIA DE HIERRO	0,7%

* Factores de riesgo relacionados con la alimentación y el ejercicio físico

6.1. Hábitos alimentarios en España y Cantabria

La alimentación es uno de los factores más influyentes en la salud. El conocimiento de los hábitos alimentarios de la población, requiere un análisis pormenorizado del consumo de alimentos en las distintas etapas de la vida de las personas. Revisaremos en primer lugar los hábitos de la población adulta, ya que de ellos depende en gran parte los de la infantil y adolescente.

Consumo alimentario de la población en España y Cantabria

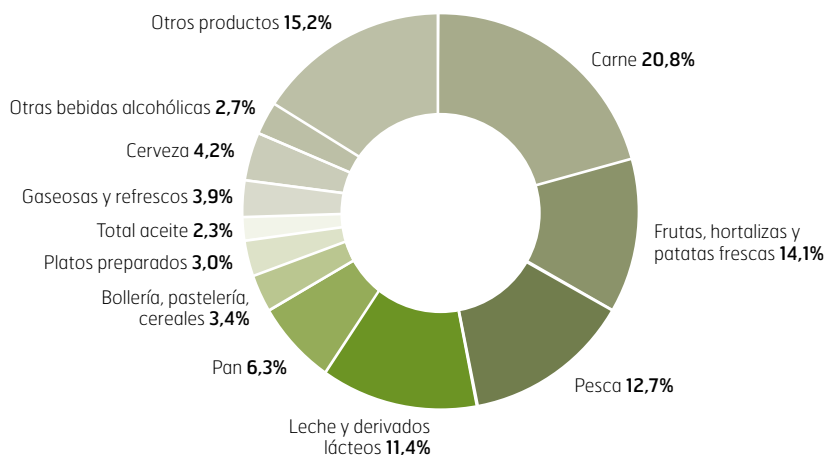
El Informe anual sobre "Producción, Industria, Distribución y Consumo de alimentación en España"⁴¹ publicado en 2009 y realizado por la empresa pública

6. Análisis de Situación

de la Administración del Estado MERCASA, refiere que *“el consumo alimentario aparece condicionado por las diferentes características que tienen los individuos que realizan su demanda. Esto es, el tamaño de la población de residencia, el número de personas que componen el hogar, el nivel socioeconómico, la presencia o no de niños en la familia, la situación en el mercado laboral del encargado de realizar las compras o la edad del mismo, son variables que intervienen significativamente en la decisión de compra de alimentos y bebidas”* También destaca que cerca del 55% del gasto total que las familias españolas dedican a alimentación lo invierten en productos frescos: la carne supone un 20,8%, las patatas, frutas y hortalizas frescas un 14,1%, los pescados un 12,7% y el pan un 6,3%. Los productos de bollería y pastelería suponen un 3,4% del gasto y los platos preparados un 3% (Gráfico 2)⁴¹.

Gráfico 2.

Distribución del gasto total en alimentación 2008



Fuente: MARM (2008)

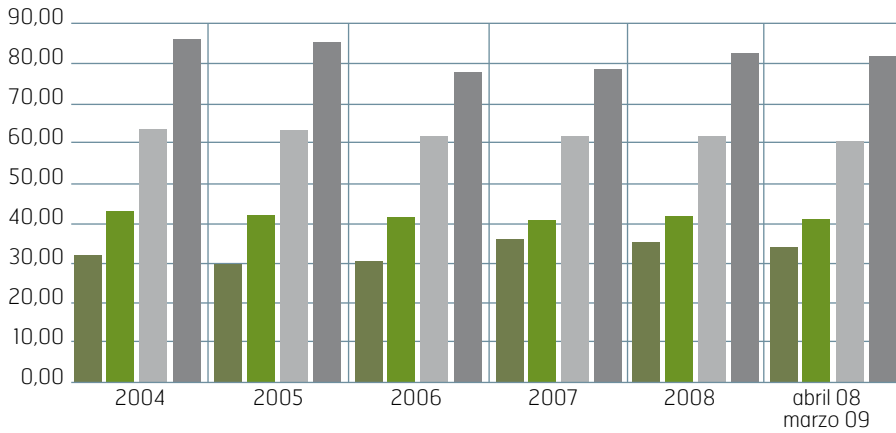
Los datos anteriores se desglosan en el Panel del consumo alimentario del Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino, según tipo de familia considerado en : Parejas con hijos ≤ 17 años (34%) y resto de familias (66%). Se observa que en parejas con hijos menores de 18 años el consumo medio de hortalizas frescas se halla entre 31,04-37,18 kg /persona, y en el resto de familias en 83,90 kg /persona. Respecto a las frutas frescas se observa una horquilla de consumo entre 48,76 y 63,33 kg /persona en las parejas con hijos menores de

6. Análisis de Situación

18 años, frente a 137,48 kg /persona en el resto de familias. Los datos muestran claramente que en los hogares españoles con hijos menores de 18 años hay un consumo de frutas y hortalizas inferior al del resto de hogares. (Gráfico 3) ⁴¹.

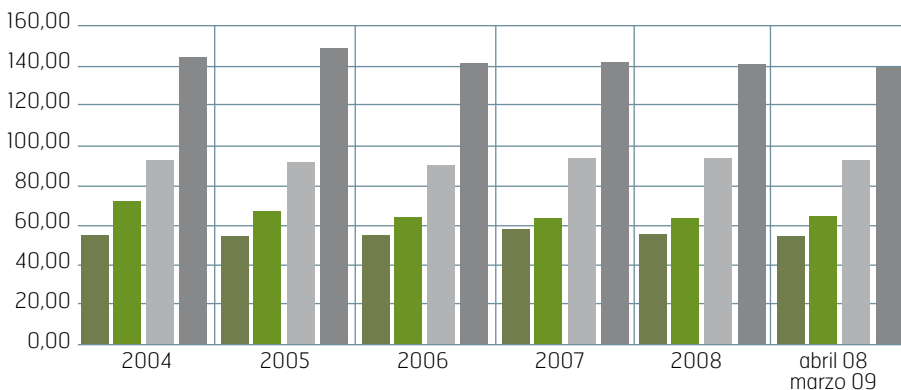
Gráfico 3.

Hortalizas consumo Kg per cápita según tipo de familia



Fuente: Panel de consumo alimentario MARM

Frutas frescas consumo Kg per cápita según tipo de familia



Parejas con hijos pequeños
 Parejas con hijos de edad media
 Total España
 Resto familias

6. Análisis de Situación

En la tabla 5 se presentan los datos sobre consumo per cápita de algunos alimentos y bebidas que se ha producido en España, en 2008, desglosado por Comunidades Autónomas⁴¹. En él observamos que Cantabria es líder en el consumo de pescado y supera el consumo medio nacional en carne, aceite de oliva y frutas, encontrándose por debajo de la media en el consumo de hortalizas frescas y vino.

Tabla 5.

Consumo per cápita de alimentos y bebidas por C.C.A.A. Hogares. Kilos/litros en 2008

	Carne	Pescado	Aceite de oliva	Hortalizas frescas	Frutas frescas	Vino
Cataluña	55,3	27,6	9,1	73,9	106,6	5,8
Aragón	62,3	31,3	11,1	76,2	107,3	3,2
Baleares	47,4	18,8	9,7	50,8	81,5	10,0
C. Valenciana	48,2	23,3	6,7	59,7	80,3	4,1
Murcia	41,5	21,2	8,2	58,2	79,1	3,6
Andalucía	42,2	26,1	9,8	50,0	79,4	3,5
C. Madrid	52,0	29,5	9,3	59,7	103,5	4,5
Castilla Mancha	58,4	29,7	6,3	50,4	91,6	2,1
Extremadura	44,4	24,5	9,5	38,9	81,4	2,1
Castilla León	65,9	35,8	12,6	62,0	123,3	3,9
Galicia	52,6	31,6	11,1	45,9	93,0	4,2
Asturias	53,9	36,4	13,9	46,1	107,0	6,2
Cantabria	53,5	37,9	12,8	54,3	104,5	3,8
País Vasco	49,4	30,6	11,6	53,1	101,9	5,4
La Rioja	55,8	28,2	10,1	44,4	104,1	2,5
Navarra	54,4	27,6	9,4	47,7	95,2	4,8
Canarias	41,6	19,7	12,3	54,1	87,4	5,2
Media	50,6	27,8	8,7	57,1	94,3	4,4

Fuente: Elaboración propia de MERCASA con datos del Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino (MARM), 2009

Además, según los datos de este informe, Cantabria está también por encima de la media del consumo nacional en bollería, pastelería, galletas, cereales, hortalizas transformadas y derivados lácteos, encontrándose por debajo de la media en platos preparados, bebidas refrescantes y gaseosas.

6. Análisis de Situación

El consumo alimentario per cápita en Cantabria en 2008 de los principales grupos de productos alimenticios queda reflejado en los siguientes datos:

1. Huevos: 193 unidades.
2. Hortalizas frescas: 54,3 kg.
3. Frutas frescas: 104,5 Kg
4. Leche: 90 litros.
5. Derivados lácteos: 36,5 Kg.
6. Carne: 53,5 kg.
7. Pan: 45 kg.
8. Productos de la pesca: 37,9 kg.
9. Aceite: 12,8 litros.
10. Bebidas refrescantes y gaseosas: 35,5 litros.
11. Cerveza: 10,4 litros.
12. Agua: 58,3 litros.
13. Platos preparados: 8 kg.

Otra publicación que analiza el consumo de alimentos y su frecuencia en nuestra Comunidad es la Encuesta de Salud de Cantabria 2006 (ESCAN 2006)⁴². Los alimentos más consumidos de forma diaria por las familias cántabras son los lácteos (92,5%), pan, cereales (91,5%) y fruta (63%). En cambio, solamente consumen verduras y hortalizas diariamente el 13,6% de la población, mientras que el consumo diario de dulces se eleva hasta el 30,2%. (Gráfico 4, ver página.48).

Los alimentos que se consumen tres o más veces a la semana son: pasta, arroz y patatas (64,4%), carne (62,7%), legumbres (59,8%), verduras y hortalizas (53,1%), huevos (49,3%) y pescado (48,2%).

Este estudio refiere que aunque no existen grandes diferencias en el consumo de alimentos por sexo, el consumo de lácteos, fruta y verdura es ligeramente superior entre las mujeres, y las carnes, embutidos y legumbres entre los hombres.

Los resultados de esta encuesta, muestran un bajo consumo diario en nuestra Comunidad tanto de frutas (63,0%) como de verduras y hortalizas (13,6%) en relación con las recomendaciones dadas por el Ministerio de Sanidad ⁴³.

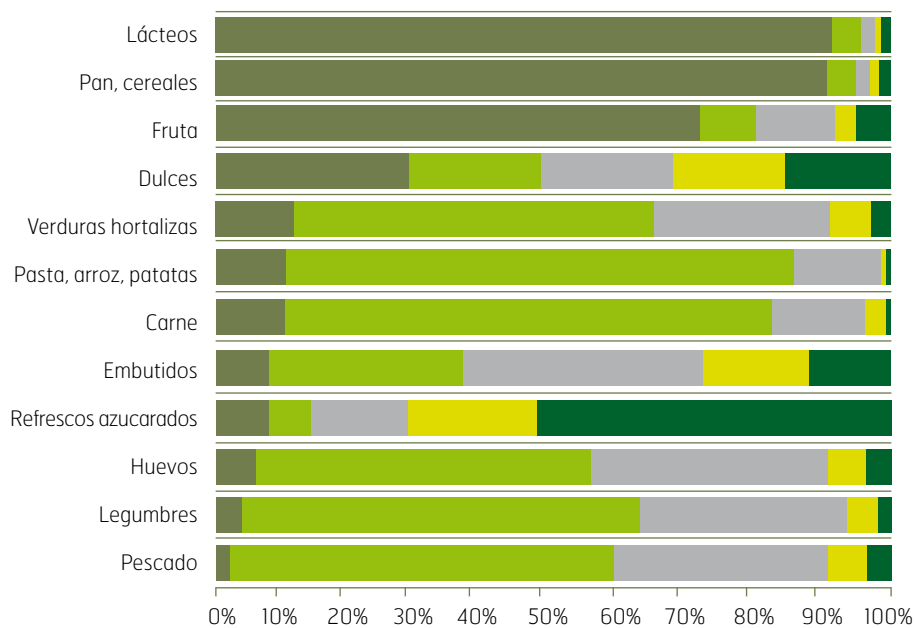
Hábitos alimentarios de la población infantil y adolescente de Cantabria

Al hablar de los hábitos alimentarios en la población infantil, debemos de recordar que ya durante el embarazo, la alimentación de la gestante va a constituir

6. Análisis de Situación

Gráfico 4.

Frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos en la población.



	Pescado	Legumbres	Huevos	Refrescos azucarados	Embutidos	Carne	Pasta arroz patata	Verduras hortalizas	Dulces	Fruta	Pan cereales	Lácteos
Nunca, casi nunca	2,8%	0,9%	1,8%	51,2%	13,9%	0,7%	0,5%	2,8%	15,1%	4,2%	1,5%	1,4%
1 vez semana	5,1%	3,3%	7,1%	19,1%	22,3%	2,8%	0,9%	4,8%	16,4%	3,3%	1,6%	0,6%
1 ó 2 veces semana	41,8%	32,1%	35,7%	14,6%	26,2%	22,7%	23,0%	25,7%	18,4%	12,1%	1,7%	1,8%
3 o más veces semana	48,2%	59,8%	49,3%	6,7%	29,1%	62,7%	64,4%	53,1%	20,0%	17,4%	3,7%	3,8%
Diario	2,2%	3,8%	6,0%	8,4%	8,6%	11,1%	11,4%	13,6%	30,2%	63,0%	91,5%	92,5%

Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el observatorio de Salud Pública de Cantabria

el primer factor que influya sobre la ganancia de peso del bebé en sus primeras etapas vitales.

Tras el nacimiento, la lactancia materna previene contra el desarrollo de la obesidad infantil⁵. Los estudios realizados sugieren un control de los mecanismos

6. Análisis de Situación

de autorregulación de la ingesta debido a la variabilidad de la composición de la leche materna, según las necesidades del lactante, y a la técnica de tomas a demanda que regularía el aprendizaje de respuesta a las señales de hambre y saciedad. También el elevado nivel de colesterol de la leche materna, pudiera ser un mecanismo modulador del metabolismo lipídico del ser humano en crecimiento, con las importantes repercusiones de éste sobre la salud cardiovascular en la edad adulta.^{44, 45}

Las prevalencias de lactancia materna, según los datos disponibles en esta Consejería de Sanidad, se reflejan en la Tabla 6, desglosadas por años, Hospitales con Servicio de Pediatría (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y Hospital de Laredo), Centros de Salud de las Gerencias de Atención Primaria Santander-Laredo (GAP I) y Torrelavega-Reinosa (GAP II) y edades de los lactantes.

Tabla 6.

Prevalencias de lactancia materna en Cantabria 2007-2009.

Año	Al alta hospitalaria %		Al mes %		3 meses %		6 meses %		1 año %	
	HUMV	H. Laredo	GAP I	GAP II	GAP I	GAP II	GAP I	GAP II	GAP I	GAP II
2007	83,50	82	66	69	48	48	26	25	8	8
2008	82,3%	83*	63,8	74	50	53	28,7	32	8,05	7
2009	93,6***	82,2**	63,2	74	43,2	52	29,1	33	9,14	9

* De ese porcentaje: LM exclusiva 65% y LM parcial 18%

** De ese porcentaje: LM exclusiva 65,7% y LM parcial 16,5%

*** Datos recogidos de una encuesta realizada entre septiembre y octubre del 2009, con 238 madres. De ese porcentaje: LM exclusiva 59,07% y LM parcial 34,60%

La ESCAN 06, en su análisis de la lactancia natural, también refleja como ésta disminuye progresivamente desde el nacimiento hasta los 6 meses. El 66,4% de las madres referían haber mantenido la lactancia natural exclusivamente a las 6 semanas del nacimiento, el 45,9% a los 3 meses y el 17,4% a los 6 meses.

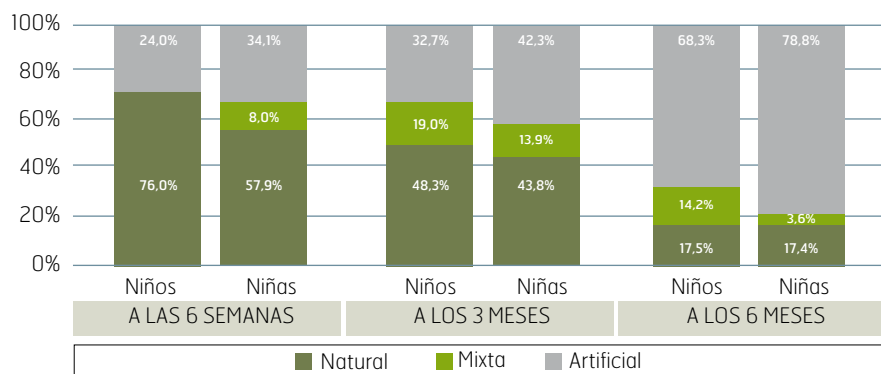
En el desglose de la ESCAN 06 de la lactancia materna por sexo a las 6 semanas se observan diferencias notorias entre prevalencias en lactantes varones (76%) y lactantes mujeres (57,9%). A los 3 meses la lactancia natural se equilibra con

6. Análisis de Situación

la artificial y la mixta, siendo menos acusadas las diferencias por sexos. A los 6 meses la lactancia artificial es mayoritaria, siendo más frecuente en niñas que en niños (Gráfico 5)

Gráfico 5.

Tipo de lactancia por sexo. Población de 6 meses a 4 años



Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria

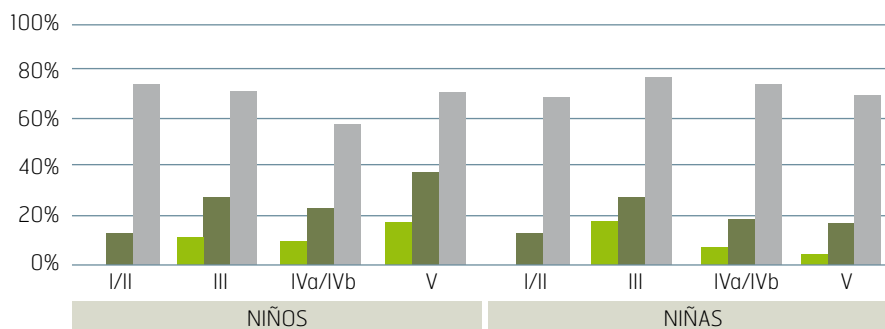
Respecto a determinados hábitos alimentarios y dietéticos de la población infantil y adolescente en Cantabria, la ESCAN 2006 presenta los siguientes datos en menores de 16 años en relación con el consumo de comida rápida: algo más de la mitad de esta población (51,1%) no la consume nunca o casi nunca; diariamente lo hacen un 2,1% de los niños y un 0,8% de las niñas, sin observarse diferencias por sexos en el consumo tres o más veces por semana; por clases sociales, hay diferencias por sexos en todas excepto en la I y II en las que niños y niñas presentan un consumo muy bajo o nulo de este tipo de productos (Gráfico 6).

Un 30,2% de la población infantil cántabra ingiere dulces (galletas, bollería, caramelos, mermeladas, etc.) de forma diaria y en torno a la mitad lo hace tres o más veces por semana. Solo el 15,1% no consumen nunca o casi nunca este tipo de productos.

6. Análisis de Situación

Gráfico 6.

Consumo de comida rápida, snacks o dulces, al menos tres veces por semana, por sexo y clase social*.



	I/II	III	IVa/IVb	V	I/II	III	IVa/IVb	V
	Niños				Niñas			
Comida rápida	0,3%	9,1%	6,9%	16,9%	0,0%	17,9%	6,5%	4,1%
Snacks	11,1%	27,4%	22,1%	35,6%	9,8%	25,8%	19,4%	15,4%
Dulces	74,0%	71,7%	57,6%	72,0%	52,0%	75,1%	72,7%	68,5%

Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria

*Clase social: asignada en función de la ocupación de la persona que sustenta el hogar.

- I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 ó más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- II: Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.
- III: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
- IV(a/b): Trabajadores manuales cualificados/semicualificados.
- V: Trabajadores no cualificados.

Actividades de promoción de una alimentación infantil y adolescente sana en Cantabria

Un aspecto importante a analizar en el consumo de alimentos de la población infantil y adolescente, es el que tiene lugar en el ámbito escolar, así como las actividades de promoción de una alimentación sana desde los diferentes sectores relacionados con los centros educativos.

6. Análisis de Situación

En el año 2009, en Cantabria, un total de 85.377 estudiantes estaban en sus aulas y de ellos la red de comedores de centros escolares públicos atendió diariamente a 11.200 (13,1%) en los 133 comedores escolares existentes. Hay que recordar, que la demanda de este servicio de comedor escolar en los últimos años, supone un recurso importante en la conciliación de la vida familiar y laboral siendo a la vez un pilar fundamental en la educación para la salud, a través de la promoción y adquisición de unos buenos hábitos alimentarios, tanto de los niños como de sus padres.

En Cantabria, la Consejería de Educación, sobre las bases que establece la *Orden EDU/27/2007*⁴⁶, elabora de forma anual un *Pliego de cláusulas técnicas por las que se han de regir los contratos de comedores y residencias escolares*, estableciendo las obligaciones de los centros docentes públicos, de la empresa contratista, de las materias primas, menús, duración y organización del suministro y de la vigilancia de alumnos y personal que ejecuta el contrato. En el Pliego correspondiente al curso 2009-2010 en su apartado 3.3 "Materias primas y menús" especifica que "Se tendrá en cuenta, como requisito del servicio, las recomendaciones establecidas en la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Programa NAOS) del Ministerio de Sanidad con el fin de fomentar una alimentación saludable".

En relación a estas recomendaciones el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la AESAN, junto con el Ministerio de Educación y diversas CCAA han elaborado un "*Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos*"; este documento ha sido aceptado el pasado día 21 de julio de 2010 por el Consejo Interterritorial de Salud estando pendiente de aprobación por la Conferencia Sectorial de Educación.

Dentro de la línea de fomento de hábitos alimentarios saludables en el medio escolar cabe resaltar que Cantabria forma parte de la *Red Española de Educación del Consumidor*, en la que participan todas las Autonomías, algunos Ayuntamientos y organizaciones de consumidores y profesores de centros públicos, que desarrollan programas docentes para fomentar la educación en el consumo de alimentos entre la población infantojuvenil.

La Escuela Europea de Consumidores del Gobierno de Cantabria en colaboración con la Consejería de Educación, durante el curso escolar 2007-2008, llevó a cabo el "Plan de Educación para el Consumo Responsable en los Centros Educativos de Cantabria" con 36 proyectos presentados, y la participación de 360 profesores, 9.000 alumnos y 36.000 personas implicadas en el ámbito familiar. También se realizaron 5 cursos formativos y 11 talleres prácticos sobre alimentación y consumo dirigidos a diferentes colectivos de la comunidad.

6. Análisis de Situación

Respecto al análisis del desayuno infantil de la última Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) 2006⁴⁷ (Tabla 7), destacar que entre el 9,5 y 11,96 % de la población de 1 a 4 y de 5 a 15 años respectivamente, desayunan sólo algo líquido o no desayunan.

Tabla 7.

Tipo de desayuno en población de 1 a 15 años (Distribución porcentual por sexo y edad)

	Sólo café, leche, cacao, etc.	Algo líquido y fruta o zumos	Algo líquido y pan, tostadas, galletas, cereales o bollería	Algo líquido y fruta o zumos y pan, tostadas, etc.	Otro tipo de desayuno	Nada
Ambos sexos						
1 a 4 años	9,28	1,38	66,38	13,05	9,67	0,22
5 a 15 años	10,14	1,55	56,24	15,80	14,45	1,82
Varones						
1 a 4 años	9,21	1,27	65,56	12,87	10,94	0,15
5 a 15 años	8,52	1,18	59,90	15,37	13,80	1,23
Mujeres						
1 a 4 años	9,36	1,50	67,24	13,24	8,35	0,30
5 a 15 años	11,87	1,95	52,34	16,26	15,13	2,44

En Cantabria, según la ESCAN 2006, no desayunan habitualmente el 2% de la población de 1 a 15 años.

En relación con la importancia de este desayuno infantil, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria desarrolla desde hace 8 años una campaña dirigida a escolares de Educación Primaria (6 a 12 años) con el lema en 2009 de "Buenos días desayuno". Su objetivo es mejorar los hábitos de vida saludables en la edad escolar haciendo hincapié en la importancia de comenzar el día con un buen desayuno y su influencia en el rendimiento escolar. Para ello cuenta con la colaboración de diversas empresas de la región que contribuyen con sus productos de manera desinteresada, a excepción de la pieza de fruta que aportan los alumnos para que se impliquen en la actividad. Esta consta de:

- Una charla impartida por profesional farmacéutico/a, que explica los beneficios de una dieta equilibrada y resalta la importancia de realizar un correcto desayuno.

6. Análisis de Situación

- Un desayuno consistente en leche con cacao soluble, pan con aceite de oliva virgen y una pieza de fruta. En el caso de que hubiere algún niño/a con enfermedad celíaca, se dispone también de alimentos sin gluten aportados por la Asociación de Celíacos de Cantabria (ACECAN).

Con el objetivo de reducir el consumo de golosinas y aumentar el consumo de frutas en el medio escolar, en el año 2004 la entonces Consejería de Sanidad y Servicios Sociales editó el libro *Proyecto de Educación para la Salud "Vitaminas frente a golosinas"*³⁵ diseñado y escrito por profesionales de la educación con experiencia en este campo, su metodología iba destinada a los docentes para desarrollar actividades en Educación Infantil y Primaria.

También en la promoción del consumo de frutas y hortalizas en el ámbito escolar la Asociación "5 al día" (<http://www.5aldia.com/>), asociación sin ánimo de lucro y de ámbito nacional que tiene como objetivo principal la promoción del consumo de frutas y hortalizas frescas en España, desarrolla un programa educativo en base a las recomendaciones de la OMS sobre la presencia de al menos 5 raciones de fruta y verdura fresca en la dieta diaria, estando dirigido a niños y niñas de entre 6 y 12 años. La Consejería de Educación de Cantabria ofreció este programa a todos los centros escolares de Educación Primaria en 2006 respondiendo 17 colegios y constatando su utilización por 7 centros escolares durante el curso 2006-2007, mientras que los otros 10 centros hicieron una "adaptación" del Programa a sus necesidades.

La Consejería de Desarrollo Rural, Ganadería, Pesca y Biodiversidad, partiendo del Reglamento (CE) nº 288/2009 de la Comisión Europea, tiene previsto desarrollar en Cantabria el *Plan Regional de Consumo de Fruta en las Escuelas* dentro del contexto del "Plan Nacional de Consumo de Fruta y Verdura en las Escuelas"⁴⁸. Este Plan pretende contribuir a mejorar los niveles de consumo de frutas y hortalizas entre la población infantil y proporcionar conocimientos a los escolares en relación con los hábitos de consumo saludables desde la infancia, contribuyendo así a la lucha contra la obesidad y enfermedades asociadas. Les ofrece además la posibilidad de establecer contacto con los productos agrícolas y acercarlos al conocimiento de los sistemas de producción y comercialización de los mismos. La medida incide por tanto en las políticas educativa, sanitaria y agroalimentaria.

Los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud, desarrollan dentro del ámbito escolar diferentes actividades, en colaboración con las AMPAs (Asociaciones de Madres y Padres de alumnos) y otras asociaciones, para promocionar una alimentación saludable. También determinados Centros de Salud, ofrecen el programa Consulta Joven, dirigida a pobla-

ción de 12 a 18 años que trata, entre otros temas, los problemas relacionados con la alimentación.

La Consejería de Sanidad ha participado también, a través de la Dirección General de Salud Pública, en diferentes eventos de ocio impulsados por otras Administraciones con el objetivo de promocionar estilos de vida saludable, resaltando la importancia de mantener una alimentación sana y practicar habitualmente ejercicio físico.

6. Análisis de Situación

6.2. Actividad física en la población infantil y adolescente. Situación en España y Cantabria

En relación al conjunto de actividades que desarrolla el ser humano en su vida cotidiana el Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación⁴⁹ (EUFIC) aporta las siguientes definiciones:

- ▶ **Actividad física:** Todos los movimientos corporales que derivan en un gasto energético. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar, etc.
- ▶ **Ejercicio:** Movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud.
- ▶ **Deporte:** Actividad física ejercida como competición que se rige por unas normas.

La medición de la actividad física infantil puede valorarse de forma indirecta a través del análisis de las tareas diarias habituales de la infancia que incluyen el juego, la escuela, el deporte, y otras actividades de ocio sedentario como la lectura, televisión, videojuegos, etc. Estas se han visto influenciadas por los cambios socioculturales que se han producido en las últimas décadas: reducción del juego al aire libre, incremento en las tecnologías de la comunicación, escaso tiempo libre familiar, inseguridad ciudadana, etc.

El estudio AVENA²⁹ en su desglose de resultados de la actividad física de los adolescentes de 13 a 18 años, entre los años 2000-2003, señala que los chicos resultaron ser más activos que las chicas (71% frente a 47%). Sin embargo, dos terceras partes de ellos y la mitad de ellas respondieron que estaban más de dos horas al día realizando actividades sedentarias como ver la TV o jugar a los video-juegos.

La ENSE 2006 recoge la actividad física que realiza en el tiempo libre la población de 0 a 15 años: Un 46% de los varones realizan ejercicio intenso o moderado frente a un 32,5% de las mujeres

En Cantabria, la ESCAN 2006 define las categorías de actividad física de las niñas y niños menores de 16 años de la siguiente manera:

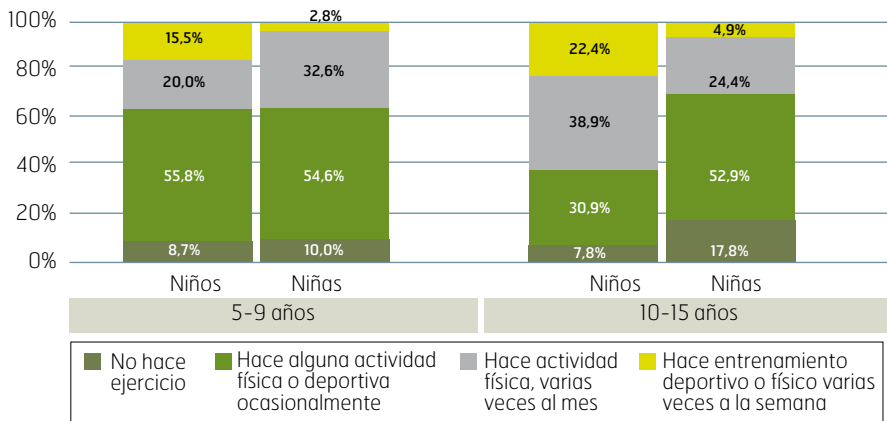
6. Análisis de Situación

- ▶ **No hace ejercicio:** su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria.
- ▶ **Hace alguna actividad física o deportiva ocasional** como caminar, ir en bicicleta, gimnasia suave o actividades recreativas de ligero esfuerzo.
- ▶ **Hace actividad física varias veces al mes** como deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo o juegos de equipo.
- ▶ **Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.**

Un porcentaje muy alto de menores en Cantabria, más del 75%, practica alguna actividad física aunque sea de forma ocasional. Las mayores diferencias entre sexos las encontramos en la práctica de ejercicio varias veces a la semana, el cual representa el 15,5% para los niños y el 2,8% en las niñas de 5-9 años, así como el 22,4% en niños y el 4,9% en niñas de 10 a 15 años. Además, las niñas de 10 a 15 años presentan un porcentaje alto de sedentarismo que duplica al de los niños (17,8% y 7,8% respectivamente). (Gráfico 7)

Gráfico 7.

Actividad física en el tiempo libre, por sexo y grupos de edad.



Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria

6. Análisis de Situación

En la publicación “La Televisión como hábito no saludable en el niño”⁵⁰ editada por la Consejería de Sanidad de Cantabria en el año 2000 (sobre mil encuestas realizadas por 47 pediatras de Atención Primaria), que incluye el análisis de la actividad física en el tiempo libre, mostró que practicaban actividad deportiva extraescolar un 49% de niñas de 2 a 13 años frente a un 67% de niños de igual edad. (Tabla 8)

Tabla 8.

Actividad física deportiva extraescolar en niñas/os de Cantabria.

	2 a 5 años	6 a 9 años	10 a 13 años
MUJERES	29,6%	50,3%	61,0%
VARONES	35,7%	71,7%	87,6%

Otras actividades como las horas de juego en su tiempo libre iban disminuyendo con la edad: casi 3 horas al día en los niños y niñas de 2 a 5 años frente a cerca de 2 horas al día en los de 10 a 13 años.

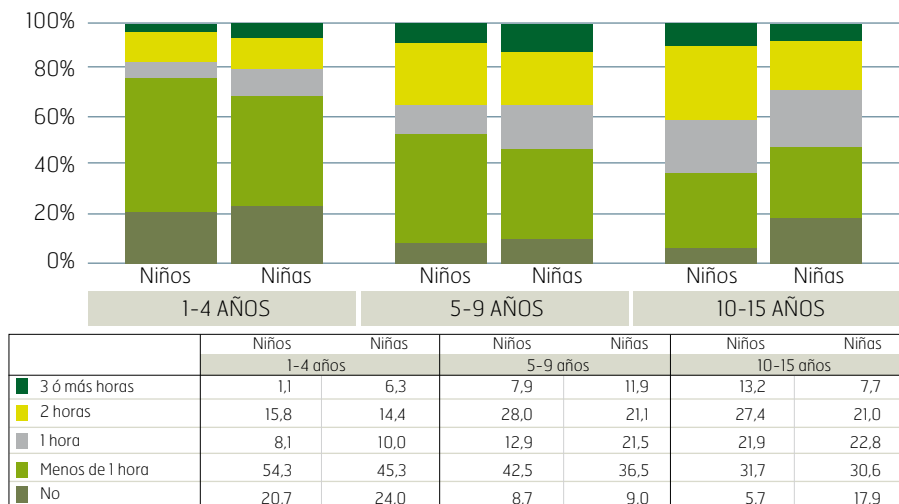
Respecto al consumo semanal de televisión (TV) este mismo estudio recogía que se incrementaba a medida que los niños y niñas iban siendo mayores. Los de 2 a 5 años la veían 9 horas, los de 6 a 9 años 12,5 horas y los de 10 a 13 años 14,6 horas. Asimismo, dedicaban 3 o más horas al día a ver la TV el 9%, 20% y 22% de los niños y niñas de 2 a 5, 6 a 9 y 10 a 13 años, respectivamente. Resaltar que en el 57% de los hogares cántabros había dos aparatos de TV, y en el 19% tres o más.

En la ESCAN 2006 los datos de consumo de TV en el grupo de edad de 1 a 15 años es muy elevado (86,4%). El consumo aumenta en los niños con la edad, tanto entre semana como en el fin de semana, mientras que en las niñas va disminuyendo el consumo semanal a medida que aumenta la edad. En ambos sexos los mayores consumos se dan los fines de semana, siendo los niños y niñas a partir de 5 años los que más horas diarias ven TV (Gráficos 8 y 9).

6. Análisis de Situación

Gráfico 8.

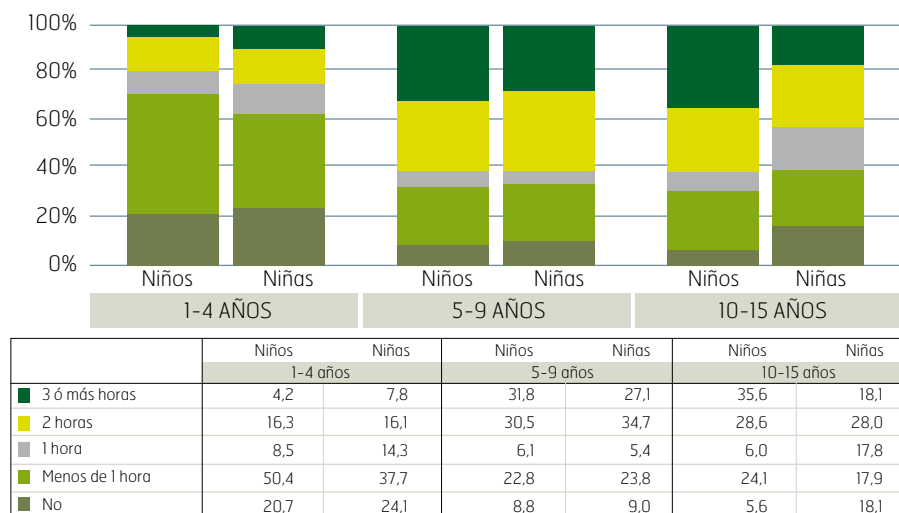
Consumo de TV entre semana, por sexo y grupos de edad.



Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Gráfico 9.

Consumo de TV en fin de semana, por sexo y grupos de edad.



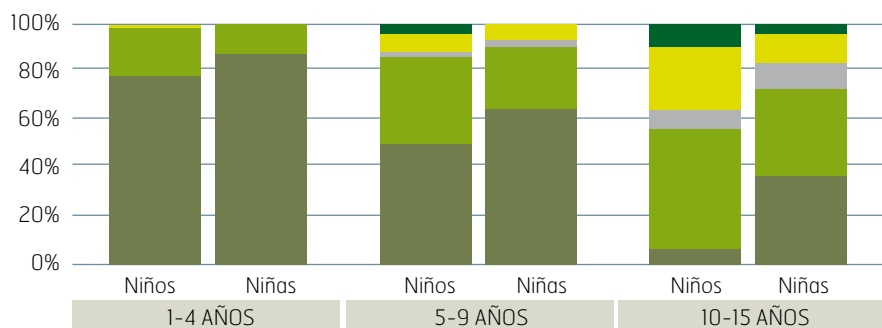
Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria

6. Análisis de Situación

En relación con el consumo de videojuegos, ordenador o Internet (Gráficos 10 y 11) el patrón es similar al de la TV, siendo mayor la utilización de éstos en fin de semana que entre semana. Es llamativa la diferencia entre el porcentaje de niños y niñas, que utilizan estas tecnologías, ya desde la temprana edad de 1 a 4 años siendo un 22,5% de niños frente a un 13,5% de niñas. Esta diferencia se incrementa aún más en el rango de 10 a 15 años en que el porcentaje de niñas que no las utilizan es casi 7 veces superior al de los niños (34,3% niñas frente a 5,3% niños).

Gráfico 10.

Utilización de videojuegos, ordenador o Internet entre semana, por sexo y grupo de edad.



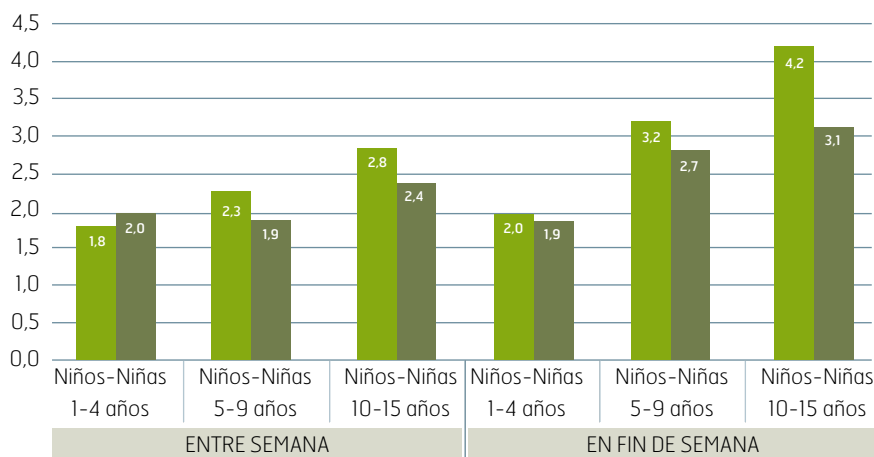
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	1-4 años		5-9 años		10-15 años			
■ 3 ó más horas	0,0	0,0	2,3	0,0	7,1	3,1		
■ 2 horas	1,1	0,0	7,6	3,2	26,9	12,1		
■ 1 hora	0,0	0,0	1,9	3,1	10,9	11,1		
■ Menos de 1 hora	21,4	13,5	40,1	32,0	49,8	39,4		
■ No	77,5	86,5	48,1	61,7	5,3	34,3		

Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Si sumamos las horas al día que se dedican a ver la TV y a utilizar videojuegos/ordenador/Internet (Gráfico 11) se observa que excepto en las niñas de 1 a 4 años, en el resto de grupos de edad son los niños los que consumen de media más horas entre la TV y los videojuegos, ordenador e internet, llegando a 2,8 horas diarias entre semana y 4,2 diarias en fin de semana.

Gráfico 11.

Consumo de TV/ y/o videojuegos/ordenador/Internet entre semana y en fin de semana.



Fuente: ESCAN-2006. Elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Actuaciones que favorecen la actividad física en Cantabria

No hay que olvidar que para la promoción y el fomento de la actividad física infantil, además del análisis del número de niños activos, del tiempo que invierten en esa actividad y en diferentes tecnologías en su tiempo de ocio, se requiere revisar la oferta de actuaciones que favorecen su realización en la Comunidad Autónoma.

Cantabria cuenta con la *Ley 2/2000 de 3 de julio*, del Deporte⁵¹ que ordena, coordina y promueve la actividad deportiva en sintonía con el mandato constitucional, que insta a los poderes públicos a fomentar la educación física, el deporte y la adecuada utilización del ocio (art. 43.3 C.E.).

El Gobierno de Cantabria, en esta línea de fomento de la actividad física y deportiva, ha realizado 2 convenios de colaboración:

1. Con el Racing Club, destinado a fomentar el deporte entre grupos de escolares y apoyar las actividades de promoción deportiva del Gobierno con un periodo de vigencia anual.
2. Con el Consorcio de Infraestructuras Deportivas, destinado inicialmente a cinco Ayuntamientos de Cantabria, para la construcción de piscinas e instalaciones complementarias para uso público, cuya vigencia es de 10 años.

6. Análisis de Situación

La Consejería de Cultura, Turismo y Deporte desarrolla un programa de subvenciones para la promoción deportiva en nuestra Comunidad. También esta Consejería está inmersa en la creación de un *Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte*, del Consejo Superior de Deporte, que contempla coordinar esfuerzos y aprovechar sinergias de la Sanidad Pública trabajando con criterios de transversalidad, para incrementar la práctica de actividad física en diversos colectivos (escolar, universitario, laboral, personas con discapacidad, mayores, personas en riesgo de exclusión social).

En cuanto a la existencia de clubes deportivos y número de licencias federadas, según la Memoria Socioeconómica y Laboral de Cantabria de 2008⁵², nuestra comunidad cuenta con un total de 1.416 clubes y 59.896 licencias federadas. Si se establece una relación entre estos valores y el número de habitantes, se observa que esta proporción es superior en Cantabria que en España (24,32 frente a 20,48 clubes/diez mil habitantes y 1028,9 frente a 735,48 licencias/diez mil habitantes respectivamente). Es decir, la actividad deportiva cobra más importancia a nivel regional que nacional. En la Comunidad, en cómputos generales, el 50,85% de los clubes existentes son clubes de baloncesto, fútbol, bolos y balonmano, y el 47,96% de las licencias proceden del fútbol, golf y caza.

A través de la Consejería de Desarrollo Rural, Ganadería, Pesca y Biodiversidad, el Gobierno de Cantabria firmó un Convenio de colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, para el desarrollo del *Programa piloto de desarrollo sostenible*, (en base a la aplicación de la Ley 45/2007 de 13 de diciembre, para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural)⁵³ con el objetivo de revitalizar 32 municipios. Contempla, entre otras, actuaciones destinadas a fomentar la actividad física mediante partidas presupuestarias para construir, adecuar y/o equipar locales, espacios públicos polivalentes, rutas de senderismo, espacios naturales recreativos, etc. en estas Entidades Locales.

La Consejería de Medio Ambiente ha iniciado la elaboración de un *Plan de Movilidad Ciclista* para planificar una “red tupida” de carriles que permitan unir municipios y fomentar los desplazamientos en bicicleta. Los objetivos de este Plan son: invertir la tendencia al incremento del uso del automóvil, crear redes para ciclistas y liberar el espacio público del tráfico para recuperar un entorno ciudadano de calidad.

Próximo a la ciudad de Santander y en la propia capital, las infraestructuras de que se dispone para disfrutar de la bicicleta sin peligro incluyen el carril bici que rodea al aeropuerto de Parayas (7,5 kms), el tramo de carril bici Grúa de Piedra a Playa de la Magdalena (2,6 kms), Playa de la Magdalena-Piquio, Piquio-Avenida de los Castros-Polio, Parque de las Llamas (2,9 kms), La Maruca-Ciriego, etc. En Torrelavega también existen 7 kilómetros utilizables en el Boulevard Ronda.

Desde la Consejería de Medio Ambiente se han promovido el carril bici Astillero-Ontaneda (con una extensión de 35 Km), el de Villaescusa (3 Km sobre la anti-

gua traza del ferrocarril de La Orconera), y el del parque de La Viesca en Torrelavega (4 km que unen Cartes con Torres) y que forma parte del futuro carril bici Corrales-Suances (20 Km aproximadamente).

También se dispone de otras rutas verdes como el carril bici en la carretera entre Santoña y Rubayo, donde una parte de esta ruta está provista de un carril separado del tráfico (la que transcurre por Ajo y Galizano), la subida a la Bien Aparecida, en Reinosa hacia Fontibre, etc.

Actualmente, se está elaborando en la Consejería de Medio Ambiente, un documento con el *inventario de los carriles bici* realizados hasta ahora, los que se van a llevar a cabo a medio plazo y los previstos para el futuro, de cara a la creación de la red. Además anualmente esta Consejería convoca subvenciones para financiar actuaciones de movilidad sostenible (construcción de carriles bici) en los Ayuntamientos de Cantabria.

La Consejería de Industria y Desarrollo Tecnológico del Gobierno de Cantabria, en colaboración con los ayuntamientos, impulsó en el año 2006 la implantación de un sistema de alquiler o préstamo gratuito de bicicletas por primera vez en Cantabria, que ofrece un servicio de movilidad práctico, rápido y pensado para el uso cotidiano, pudiendo considerarse como un modo de transporte público individual.

El sistema manual de bicicletas públicas, que en 2007 prestó 27.639 bicicletas, fue sustituido por un sistema automático "TusBic" que entró en funcionamiento a finales del año 2008. Con este sistema, que opera con tarjeta, se podrán recoger indicadores como número de usuarios por edad, lugar de recogida, época del año, etc. Según la Memoria 2008 Socioeconómica y Laboral de la Comunidad de Cantabria⁵² el sistema disponía de 15 puntos bici y 200 bicicletas, si bien en 2008 no estaban operativos todos los puntos.

Se ha impulsado también la implantación de servicios de préstamo en otros municipios de Cantabria, como Camargo, Bárcena de Cicero, Santoña, Arnuevo, Isla, Ajo, Noja, Argoños y la Mancomunidad de Municipios Altamira Los Valles. Un proyecto en esta línea es el *Plan de Movilidad Sostenible 2010-2013*⁵⁴ del Ayuntamiento de Santander,. El objetivo fundamental de este plan es mejorar la movilidad en la ciudad, mediante una serie de medidas y actuaciones encaminadas a mejorar el tráfico y promover el uso de los medios de transporte alternativos al vehículo privado, como pueden ser el transporte público, la bicicleta o el desplazamiento a pie.

La Consejería de Medio Ambiente también ha iniciado a principios de 2009 la realización de un *inventario de caminos de titularidad pública de Cantabria*, como paso previo a la elaboración de un catálogo general que permita su caracterización para la elaboración de una estrategia que, poniendo en valor nuestro patrimonio territorial, tiene por objetivo invitar y estimular por cercanía

6. Análisis de Situación

y accesibilidad a la población cántabra a la práctica habitual de la actividad física, mediante el uso y disfrute de la naturaleza como espacio de cultura y de ocio.

La Consejería de Obras Públicas, Ordenación del Territorio y Urbanismo ha puesto en marcha el **Plan Especial de la Red de Sendas y Caminos del Litoral**⁵⁵. Su objetivo fundamental es realizar un corredor que atraviese Cantabria, para delimitar una red de sendas y caminos de manera clara, accesible y segura; proteger y conservar el paisaje litoral y fomentar su uso y disfrute por parte de la población residente y visitante. Este corredor, que recorrerá la franja litoral cántabra, se vinculará a las Comunidades vecinas del País Vasco y Asturias para integrarse en redes supranacionales pasando a formar parte de los Senderos Europeos de Gran Recorrido (GR) "Sendero de la Cornisa Atlántica" (Gráfico 12) desde San Petersburgo hasta el Cabo San Vicente en Portugal.

El itinerario de esta Senda Costera transcurre por 29 municipios de Cantabria bañados por el mar Cantábrico. En total, se han propuesto 55 tramos que recorrerán de Este a Oeste nuestra Comunidad Autónoma y se completarán con un conjunto de 70 rutas de pequeño recorrido litoral parcialmente existentes, que tienen un importante valor patrimonial y cultural. Aunque siendo un Plan Especial la vigencia es indefinida, el periodo de tiempo para llevarlo a la práctica ha distribuido las actuaciones en tres fases de cuatro años siendo el primer cuatrienio el correspondiente a 2009-2013.

Gráfico 12.

Sendero de la Cornisa Atlántica.



6.3. Sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente en España y Cantabria

Según la ENSE 2006 en España hay un 27,6% de personas con exceso de peso en el grupo de población de 2 a 17 años (8,94% obesidad y 18,67% sobrepeso). En mujeres, el exceso de peso es de un 25,83%, clasificando como obesidad un 8,74% y sobrepeso un 17,09%. En varones, el exceso de peso es de un 29,32% mostrando obesidad el 9,13% y sobrepeso el 20,19% (Tabla 9).

Tabla 9.

Prevalencia de exceso de peso en población de 2 a 17 años.

	Ambos sexos	Niñas y adolescentes mujeres	Niños y adolescentes varones
Exceso de peso (SP+OB)	27,6%	25,83%	29,32%
Obesidad	8,94%	8,74%	9,13%
Sobrepeso	18,67%	17,09%	20,19%

Fuente ENSE 2006.

La Tabla 10 (ver página 66) muestra el IMC en población de 2 a 17 años según Comunidades Autónomas. Como puede apreciarse Cantabria supera ligeramente la prevalencia de exceso de peso en esta población (sobrepeso y obesidad de 28,25%), respecto a la de España (sobrepeso y obesidad de 27,61) .

Otros estudios^{3,4,29} han objetivado un aumento en la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en la población infantojuvenil en las últimas décadas en España.

6. Análisis de Situación

Tabla 10.

IMC en población de 2 a 17 años. Distribución porcentual según CCAA.

	Normopeso o peso insuficiente	Sobrepeso	Obesidad
Ambos sexos			
Total	72,39	18,67	8,94
Andalucía	68,34	19,71	11,95
Aragón	75,61	16,91	7,48
Asturias	71,62	23,82	4,56
Baleares	73,04	19,20	7,76
Canarias	60,98	23,14	15,88
Cantabria	71,75	21,24	7,01
Castilla y León	76,83	15,55	7,62
Castilla La Mancha	68,45	26,01	5,54
Cataluña	76,83	16,00	7,17
Comunidad Valenciana	71,97	15,59	12,44
Extremadura	70,44	19,73	9,84
Galicia	75,03	19,81	5,16
Madrid	75,04	19,48	5,49
Murcia	67,34	21,87	10,80
Navarra	72,39	19,37	8,23
Pais Vasco	80,54	14,32	5,14
La Rioja	68,87	18,70	12,44
Ceuta y Melilla	70,43	15,38	14,19

Fuente ENSE 2006.

El estudio enKid⁴, llevado a cabo durante el periodo de 1998 a 2000 en población española de 2 a 24 años, recoge una prevalencia de obesidad del 13,9% y de sobrepeso del 12,4% con una sobrecarga ponderal total del 26,3%.

El estudio AVENA²⁹, realizado entre los años 2000 y 2002, muestra una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 25,69% en varones y del 19,13% en mujeres adolescentes de entre 13 y 18 años.

En Cantabria los datos de la ESCAN 2006 relacionados con el exceso de peso en niños y niñas de 2 a 17 años señalan que un 28,2 % de esta población tiene un exceso de peso, correspondiendo el 21,2% a sobrepeso y el 7,0 % a obesidad. La desagregación de los datos por sexos muestra que el 30,8% de los niños y el 24,9% de las niñas presentan algún tipo de exceso de peso, clasificándose como sobrepeso al 23,8% de los niños y el 17,95% de las niñas. La prevalencia de obesidad en esta población es del 7%, no presentando diferencias entre sexos (Tabla 11).

Tabla 11.

Prevalencia de exceso de peso en población de 2 a 17 años.

	Ambos sexos	Niñas y adolescentes mujeres	Niños y adolescentes varones
Exceso de peso (SP+OB)	28,2%	24,9%	30,8%
Obesidad	7%	7%	7%
Sobrepeso	21,2%	17,95%	23,8%

Fuente ESCAN 2006.

Con esta prevalencia de exceso de peso de un 28,2% en la población de 2 a 17 años estaríamos hablando de un problema de sobrecarga ponderal que afecta a un número aproximado de 22.000 personas en este rango de edad en nuestra Comunidad Autónoma. (Instituto Nacional de Estadística en la revisión del Padrón Municipal 2009 en Cantabria⁵⁶).

A large, stylized number '7' rendered in a light green outline, positioned on the left side of the page. The background features abstract, layered green shapes that resemble a stylized bird or a large letter 'C'.

Justificación
del programa



7. Justificación del Programa

7. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Según lo expuesto el Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia de Cantabria se justifica por:

1. La elevada prevalencia del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población de 2 a 17 años en Cantabria (28,2 %).
2. La importancia de la adquisición de estilos de vida saludables en alimentación y actividad física ya desde las primeras etapas de la vida.
3. La existencia de causas del exceso de peso susceptibles de modificación.
4. La posibilidad de una detección clínica precoz del exceso de peso desde la infancia, con una sencilla medición del IMC.
5. La capacidad de evitar las consecuencias del exceso de peso a largo plazo a través de una intervención preventiva y/o terapéutica.
6. La existencia de la Estrategia Nacional NAOS que respalda las medidas que propone este Programa.

El Programa se elabora teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

1. Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física.
2. Promover la educación nutricional en el medio familiar y comunitario, escolar, sanitario y empresarial.
3. Estimular la práctica de actividad física regular en la población, con especial énfasis en los escolares.
4. Propiciar un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada.
5. Sensibilizar a los profesionales sanitarios pediátricos para impulsar la detección sistemática del sobrepeso y la obesidad en su población.
6. Realizar el seguimiento y evaluación de los resultados.

En el desarrollo del Programa se tendrá en cuenta que se requieren unas actuaciones sostenibles y evaluables a medio-largo plazo, dada la lentitud con la que se producen cambios en los estilos de vida de la población respecto a actividades tan cotidianas como la alimentación y el movimiento corporal.

A large, hollow, stylized number 8 is centered on the page. The background is a solid light green color with a large, abstract, darker green shape that resembles a stylized letter 'C' or a similar curve, framing the central text.

Objetivos
y líneas
estratégicas
de actuación



8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

8 OBJETIVOS Y LINEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN

8.1. Objetivos

8.1.1. Objetivo general

Disminuir el progresivo incremento de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población infantil y adolescente de Cantabria a medio-largo plazo.

8.1.2. Objetivos específicos

1. Aumentar los conocimientos sobre hábitos alimentarios y actividad física saludables en la población.
2. Promover hábitos alimentarios saludables y la práctica de actividad física especialmente en la población infantil y adolescente de Cantabria.
3. Incentivar las intervenciones que impulsen la alimentación saludable (AS) y la práctica habitual de actividad física (AF) en diferentes ámbitos de actuación.

8.2. Líneas estratégicas

La promoción de la alimentación saludable y la práctica de actividad física en la infancia y adolescencia van a llevarse a cabo mediante líneas estratégicas, desarrolladas en cuatro ámbitos:

- 8.2.1. - Familiar y comunitario**
- 8.2.2. - Escolar**
- 8.2.3. - Sanitario**
- 8.2.4. - Empresarial**

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

8.2.1.- *Ámbito familiar y comunitario*

LÍNEA ESTRATÉGICA 1.

Informar a la población cántabra sobre los beneficios de realizar una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular desde la infancia.

Actuaciones

1. Editar y distribuir material divulgativo sobre Alimentación Saludable (AS) y Actividad Física (AF).
2. Realizar campañas de difusión en medios de comunicación (radio, televisión, prensa, cartelería estática), encuentros, jornadas, etc. en relación a la AS y AF en la Comunidad.
3. Sensibilizar sobre la importancia de una alimentación saludable (mantenida en el tiempo) frente al concepto de dietas restrictivas hipocalóricas (habitualmente de corta duración y escasos resultados).
4. Fomentar la participación y/o firma de acuerdos con determinados colectivos sociales para la difusión de mensajes de buenos hábitos alimentarios y para promocionar la realización de actividad física.
5. Diseñar intervenciones dirigidas a colectivos de mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.
6. Integrar las actuaciones de este Programa en la página Web Institucional y en la Web de la Estrategia Nacional NAOS.

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ Materiales de difusión distribuidos por mil habitantes.
- ▶ Nº de campañas informativas realizadas en diferentes medios.
- ▶ Nº de jornadas, encuentros, charlas, dirigidas a la comunidad informando sobre alimentación y actividad física adecuadas.
- ▶ Nº de intervenciones dirigidas a colectivos de mayor riesgo de exceso de peso.
- ▶ Nº de actuaciones integradas en las paginas Web correspondientes.

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.

Promover la educación nutricional y la actividad física en la comunidad.

Actuaciones

1. Apoyar a las Corporaciones locales y entidades sin ánimo de lucro en sus actividades de promoción de alimentación y actividad física saludables.
2. Difundir en eventos lúdico-festivos, mensajes de Educación para la Salud (EpS) respecto a AS y AF.
3. Solicitar la colaboración de personajes populares como agentes promotores de salud en la dirección del programa.
4. Reforzar actividades que fomenten la educación en relación con la alimentación y el consumo.

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ N° de intervenciones de apoyo a Corporaciones Locales y otras entidades.
- ▶ N° de eventos lúdico-festivos con difusión de mensajes de EpS respecto a AS y AF.
- ▶ N° de personajes populares que colaboran en la difusión del programa como agentes promotores de salud.
- ▶ N° de actividades respecto a AS y AF realizadas y número de participantes en las mismas.

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

8.2.2.- Ámbito escolar

LINEA ESTRATÉGICA 1.

Promover en la comunidad educativa la adquisición de conocimientos, actitudes y hábitos favorables hacia una alimentación saludable y la práctica diaria de actividad física.

Actuaciones

- 1.** Organizar un grupo de trabajo a nivel escolar para el desarrollo de las actividades del Programa.
- 2.** Ofertar en los centros educativos material divulgativo sobre Alimentación Saludable (AS) y Actividad Física (AF).
- 3.** Colaborar en la implementación del “Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos” de la Estrategia NAOS en Cantabria.
- 4.** Promover la realización de actividades en el medio escolar dirigidas a fomentar la alimentación saludable y la actividad física.
- 5.** Promocionar la información sobre lactancia materna en el medio escolar.
- 6.** Impulsar la formación de agentes promotores de salud para trabajar en este ámbito.
- 7.** Divulgar entre las familias, personal docente y resto de integrantes de la comunidad educativa la puesta en marcha de este Programa buscando su implicación.
- 8.** Incentivar la colaboración entre el ámbito educativo y el sanitario para la difusión de hábitos y estilos de vida saludables.
- 9.** Reconocer a los centros educativos las actividades promotoras de estilos de vida saludables en el seno del Programa.

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ Material divulgativo ofertado y distribuido por centros escolares.
- ▶ Numero de centros escolares que implementan el Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos/ Numero de centros escolares x 100.
- ▶ Número de actividades realizadas en centros escolares dirigidas a fomentar la alimentación saludable y la actividad física.
- ▶ Numero de centros escolares en los que se ha realizado la promoción de la lactancia materna.
- ▶ Numero de cursos de formación de agentes promotores de salud.
- ▶ Número de integrantes de la comunidad educativa que han recibido información sobre AS y AF.
- ▶ Número de actividades realizadas en centros escolares en colaboración con colectivos sanitarios.

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

8.2.3.- Ámbito sanitario

LÍNEA ESTRATÉGICA 1.

Aumentar la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios de pediatría respecto al sobrepeso, obesidad y sedentarismo.

Actuaciones

1. Organizar un grupo de trabajo sanitario para el desarrollo de las actividades del Programa en este ámbito.
2. Promover la actualización del “Programa de Atención al Niño Sano” en su vertiente de educación para la salud en alimentación y actividad física.
3. Registrar sistemáticamente los datos antropométricos de peso, talla e IMC, según sexo y edad, de los controles del “Programa de Atención al Niño Sano” en los gráficos de crecimiento del soporte informático OMI-AP.
4. Actualizar los gráficos de crecimiento en el programa informático OMI-AP según criterios de la OMS.
5. Actualizar el “Documento de salud infantil” respecto a los gráficos de crecimiento e IMC utilizados.
6. Incentivar la inclusión del consejo nutricional y el fomento de la AF “adecuado a la edad” en las consultas de Atención Primaria de Pediatría.
7. Involucrar a los profesionales sanitarios de pediatría en la difusión a las familias de los beneficios de la reducción del consumo de sal en la población.
8. Elaborar y difundir material informativo y de apoyo necesario para aconsejar la práctica de AF y AS a todos los niños, niñas y adolescentes.
9. Organizar e impartir cursos de formación específica respecto al Programa.

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ Número de niños, niñas y adolescentes de 2 a 14 años con registros de IMC en sus controles del Programa de Atención al Niño Sano/Número de niños, niñas y adolescentes de 2 a 14 años explorados en el último año en dicho Programa x100.

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

- ▶ N° de profesionales sanitarios de Pediatría en Atención Primaria que incluyen en las consultas el consejo nutricional y el fomento de la AF adecuado a la edad.
- ▶ Material informativo elaborado y difundido en las consultas de Pediatría respecto a AS y AF así como en la “Consulta Joven”.
- ▶ N° de cursos de formación específica organizados e impartidos.
- ▶ N° de profesionales de Pediatría que reciben formación específica.

LINEA ESTRATÉGICA 2.

Reforzar a los profesionales sanitarios en el abordaje del exceso de peso en sus dos aspectos: preventivo y terapéutico.

Actuaciones

1. Involucrar a los profesionales sanitarios en la educación a las madres y los padres en las visitas prenatales sobre alimentación saludable y actividad física durante el embarazo y la repercusión que éstas aportarán a su hijo/a.
2. Involucrar a los profesionales sanitarios en el fomento y promoción de la lactancia materna.
3. Elaborar un protocolo de actuaciones preventivas respecto al exceso de peso infantil y adolescente.
4. Elaborar un protocolo de abordaje del diagnóstico y tratamiento del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) infantil y adolescente dirigido a profesionales sanitarios de Atención Primaria en Pediatría.
5. Incluir en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) los aspectos preventivos y terapéuticos del exceso de peso en la “Atención a la infancia y adolescencia”.
6. Potenciar la realización de actividades del Programa por profesionales sanitarios del SCS en centros escolares.
7. Coordinar las actuaciones terapéuticas realizadas desde Atención Primaria y Atención Especializada.

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ N° de profesionales sanitarios de Atención Primaria que incluyen en las visitas prenatales consejos respecto a la alimentación saludable y actividad física durante el embarazo.
- ▶ N° de Equipos de Atención Primaria que disponen de un coordinador/a de lactancia materna.
- ▶ Inclusión de las actividades preventivas y terapéuticas del exceso de peso infantil en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SCS.
- ▶ N° de profesionales sanitarios que realizan actividades del Programa en centros escolares.

LINEA ESTRATÉGICA 3.

Fomentar la investigación en los campos objeto del Programa

Actuaciones

1. Incentivar proyectos de investigación en las líneas del programa según recomendaciones sugeridas en la "Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil" del Sistema Nacional de Salud u otras.

2. Incluir la alimentación saludable y la actividad física infantiles y adolescentes como temas prioritarios en la convocatoria de subvenciones de Salud Pública.

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ N° de proyectos de investigación incentivados en los campos objeto del Programa.
- ▶ N° de proyectos subvencionados por la Dirección General de Salud Pública que incluyan AS y AF en la infancia y adolescencia.

8.2.4.- **Ámbito empresarial**

LINEA ESTRATÉGICA 1.

Promover la alimentación saludable y la actividad física en este ámbito .

Actuaciones

1. Difundir los compromisos adquiridos por el Ministerio de Sanidad y Política Social y las empresas en relación a la promoción de hábitos saludables sobre AS y AF.
2. Establecer convenios de colaboración con Entidades y asociaciones empresariales (CEOE-CEPYME y Asociación de Hosteleros de Cantabria, Escuelas de Hostelería, etc) para impulsar actuaciones de AS y AF respecto a este Programa.
3. Diseñar una campaña publicitaria de sensibilización dirigida especialmente a trabajadores y trabajadoras, con los 12 Consejos saludables.
4. Distribuir material informativo del Programa en este ámbito.
5. Divulgar en empresas de hostelería y restauración el programa Gustino, buscando su adhesión al mismo.

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ N° de actividades dirigidas a difundir los compromisos adquiridos por el Ministerio de Sanidad y Política Social y las empresas en relación a la promoción de hábitos saludables sobre AS y AF.
- ▶ N° de convenios de colaboración establecidos con las empresas.
- ▶ N° de materiales informativos distribuidos en este ámbito.
- ▶ N° de establecimientos de restauración adheridos en Cantabria al programa Gustino.

8. Objetivos y líneas estratégicas de actuación

LINEA ESTRATÉGICA 2.

Fomentar la calidad y el equilibrio nutricional de las comidas preparadas por empresas para comedores escolares.

Actuaciones

- 1.** Difundir en las empresas que elaboren comidas para comedores escolares, el “Documento de consenso sobre Alimentación en los centros educativos” de la Estrategia NAOS y otros documentos relacionados.
- 2.** Conocer los alimentos y bebidas a los que tiene acceso la población escolar de Cantabria en las máquinas expendedoras de los centros escolares.
- 3.** Fomentar el uso de aceites saludables en las comidas elaboradas para comedores escolares.
- 4.** Verificar los criterios de calidad de los aceites y grasas calentados en los establecimientos relacionados con comedores escolares según la Orden Ministerial de 26 de enero de 1989.

Indicadores (de seguimiento)

- ▶ N° de empresas que elaboran comidas para comedores escolares que siguen las líneas del Documento de Consenso.
- ▶ N° de caterings y comedores escolares que cumplen criterios de calidad de los aceites y grasas calentados.

The background is a solid light green color. It features several large, abstract, darker green shapes that resemble stylized leaves or petals. A large, hollow number '9' is positioned in the upper left quadrant. To the right of the '9' is a small, solid green square.

9

Evaluación
del programa

9. Evaluación del programa

9 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La puesta en marcha de este Programa requiere obtener la información que permita establecer el cumplimiento de los objetivos. Esta información se obtendrá a través de los indicadores de seguimiento y de resultados y se plasmará en el documento de evaluación.

Para elegir los indicadores de resultados, se ha consultado el documento “Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación” de la OMS⁵⁷ y la propuesta de Indicadores que a día de hoy está realizando el subgrupo de trabajo de evaluación y seguimiento AESAN-CCAA de la Estrategia NAOS.

A efectos prácticos, para la valoración del exceso de peso en la implementación de este Programa, se utilizarán las gráficas de crecimiento de la OMS del IMC según sexo y edad de la población de 0 a 5 años, y las de la población de 5 a 19 años^{16,17}. Avalan el uso de estas referencias de crecimiento la International Pediatric Association (IPA) de 2006, el European Childhood Obesity Group (ECOG) www.ecog-obesity.eu de mayo 2009, y el Standing Committee on Nutrition de Naciones Unidas.

En la elección de los indicadores se ha tenido en cuenta que sean universales, sensibles, útiles, factibles de medir, comparables con otras CCAA, y que aprovechen las fuentes de información existentes, además de adaptarse a las peculiaridades que el análisis de situación pone en evidencia en nuestra Comunidad Autónoma.

Siempre que sea factible y operativo, el indicador referido a personas se desglosará por sexo y edad para poner de manifiesto diferencias de género y tratar de corregir posibles desigualdades en salud.

Dado que el objetivo general a conseguir es a largo-medio plazo, se considera conveniente realizar una evaluación anual con los indicadores de seguimiento especificados en cada ámbito. Con posterioridad se realizará una evaluación de indicadores de resultados con la periodicidad ligada a la Encuesta Nacional de Salud en España, o a otros estudios que se puedan plantear en nuestra Comunidad.

En la evaluación de los indicadores de resultados de este Programa resulta crucial el rango de edades de la población infantil y adolescente a considerar según el ámbito analizado. Esto se debe a la heterogeneidad de los límites utilizados en las mismas, así como a la metodología utilizada para la obtención de las

9. Evaluación del programa

mediciones antropométricas (datos referidos en las encuestas ENSE-ESCAN y datos auxométricos en las consultas médicas de Atención Primaria) por lo que consideraremos globalmente los siguientes grupos de edades según el ámbito:

- ▶ En el **ámbito familiar y comunitario: la población de 2 a 17 años (para la valoración del IMC) y la población de 0 a 15 años (para la valoración de la actividad física)** que son las edades que se incluyen en la ENSE y en la ESCAN.
- ▶ En el **ámbito sanitario: la población de 2 a 14 años (para la valoración del IMC y la actividad física)** que incluye la franja de edades que atienden los profesionales pediátricos y la que aparece en los registros informáticos de OMI-AP del Servicio Cántabro de Salud.

Los principales indicadores de resultados permitirán conocer el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo por sexo y edad en la población infantil y adolescente.

La evaluación de resultados nos ha de permitir realizar comparativas nacionales y europeas siguiendo las directrices de la Estrategia NAOS.

9.1. Indicadores

INDICADORES DE EVALUACIÓN RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN

1. LACTANCIA MATERNA

- ▶ Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa al alta hospitalaria. Objetivo: $\geq 80\%$.
- ▶ Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa al mes. Objetivo: $\geq 70\%$.
- ▶ Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa a los 3 meses. Objetivo: $\geq 50\%$.
- ▶ Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa a los 6 meses. Objetivo: $\geq 30\%$.

Fuentes:

II Plan de Actuación 2008-2011 Salud de las Mujeres.
Encuesta de Salud de Cantabria.
Encuesta Nacional de Salud.

9. Evaluación del programa

2. PATRÓN DE DESAYUNO

- ▶ N° de menores de 16 años que desayunan todos los días antes de salir de casa / Total de menores encuestados x 100.
- ▶ N° de menores de 16 años que desayunan todos los días antes de salir de casa lácteos, cereales y frutas / Total de menores encuestados x 100.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.
Encuesta Nacional de Salud.

3. PATRÓN DE CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

- ▶ N° de menores de 16 años que consumen todos los días 4 o más piezas o raciones de fruta fresca-verduras / Total de menores encuestados x 100.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.
Encuesta Nacional de Salud.

4. FRECUENCIA DE CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA, SNACKS O DULCES, EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE POR SEXO

- ▶ Frecuencia de consumo de comidas rápidas, en población infantil y adolescente femenina al menos 3 veces por semana / Población infantil y adolescente femenina encuestada x 100.
- ▶ Frecuencia de consumo de comidas rápidas, en población infantil y adolescente masculina al menos 3 veces por semana / Población infantil y adolescente masculina encuestada x 100.
- ▶ Frecuencia de consumo de snacks, en población infantil y adolescente femenina al menos 3 veces por semana / Población infantil y adolescente femenina encuestada x 100.
- ▶ Frecuencia de consumo de snacks, en población infantil y adolescente masculina al menos 3 veces por semana / Población infantil y adolescente masculina encuestada x 100.
- ▶ Frecuencia de consumo de dulces, en población infantil y adolescente femenina al menos 3 veces por semana / Población infantil y adolescente femenina encuestada x 100.

9. Evaluación del programa

- ▶ Frecuencia de consumo de dulces, en población infantil y adolescente masculina al menos 3 veces por semana / Población infantil y adolescente masculina encuestada x 100.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.

Encuesta Nacional de Salud.

5. CONSUMO PER CAPITA DE DIVERSOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS EN CANTABRIA

- ▶ Consumo Kilos/Litros totales anual per capita de los principales grupos de productos alimenticios.

Fuentes:

MERCASA (Panel de consumo del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino).

6. PORCENTAJE DE CENTROS ESCOLARES DE EDUCACION PRIMARIA QUE LLEVAN A CABO ACTIVIDADES SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE (AS) Y ACTIVIDAD FISICA (AF)

- ▶ N° centros escolares de educación primaria que realizan actividades sobre AS y AF / N° total de Centros escolares de educación primaria x 100.

Fuentes:

Consejería de Educación.

7. PORCENTAJE DE CENTROS ESCOLARES DE EDUCACION SECUNDARIA QUE LLEVAN A CABO ACTIVIDADES SOBRE AS Y AF

- ▶ N° centros escolares de educación secundaria que realizan actividades sobre AS y AF / N° total de Centros escolares de educación secundaria x 100.

Fuentes:

Consejería de Educación.

8. PORCENTAJE POBLACIONAL DE ESCOLARES QUE USAN EL COMEDOR ESCOLAR

- ▶ N° de niñas y niños de 5 a 12 años comensales / N° de niñas y niños en-

9. Evaluación del programa

cuestados de 5 a 12 años x 100.

- ▶ N° de niñas y niños de 13 a 15 años comensales / N° de niñas y niños encuestados de 13 a 15 años x 100.

Fuentes:

Consejería de Educación.
Encuesta de Salud de Cantabria.
Encuesta Nacional de Salud.

9. PORCENTAJE DE COMEDORES ESCOLARES QUE OFRECEN MENUS ESCOLARES DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE ALIMENTACION EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

- ▶ N° de comedores escolares que ofrecen menús escolares según directrices del Documento de Consenso sobre Alimentación en los Centros educativos/ N° total de colegios con comedor escolar x 100.

Fuentes:

Consejería de Educación.
Consejería de Sanidad.

10. PORCENTAJE DE COMEDORES ESCOLARES QUE OFRECEN INFORMACIÓN ALIMENTARIA A LAS FAMILIAS

- ▶ N°. Comedores Escolares Informantes/ N°. Comedores escolares x 100.

Fuentes:

Consejería de Educación.
Consejería de Sanidad.

INDICADORES DE ACTIVIDAD FISICA/SEDENTARISMO

1. PREVALENCIA DE SEDENTARISMO EN TIEMPO LIBRE POR SEXO Y GRUPO DE EDAD = PORCENTAJE DE POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE SEDENTARIA EN EL TIEMPO LIBRE POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

- ▶ N° de población femenina menor de 16 años, que no realiza actividad física en el tiempo libre /N° de población femenina menor de 16 años encuestada x 100.

9. Evaluación del programa

- ▶ N° de población masculina menor de 16 años, que no realiza actividad física en el tiempo libre /N° de población masculina menor de 16 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población femenina de 5 a 9 años, que no realiza actividad física en el tiempo libre /N° de población femenina de 5 a 9 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población masculina de 5 a 9 años, que no realiza actividad física en el tiempo libre /N° de población masculina de 5 a 9 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población femenina de 10 a 15 años, que no realiza actividad física en el tiempo libre /N° de población femenina de de 10 a 15 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población masculina de 10 a 15 años, que no realiza actividad física en el tiempo libre /N° de población masculina de 10 a 15 años encuestada x 100.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.

Encuesta Nacional de Salud.

2. PREVALENCIA DE REALIZAR “ALGUNA” ACTIVIDAD FÍSICA (AF, EJERCICIO O DEPORTE) EN TIEMPO LIBRE POR SEXO Y GRUPO DE EDAD = PORCENTAJE DE POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE QUE REALIZA “ALGUNA” ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN SEXO Y EDAD

- ▶ N° de población femenina menor de 16 años, que realiza alguna actividad física en el tiempo libre /N° de población femenina menor de 16 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población masculina menor de 16 años, que realiza alguna actividad física en el tiempo libre /N° de población masculina menor de 16 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población femenina de 5 a 9 años, que realiza alguna actividad física en el tiempo libre /N° de población femenina de 5 a 9 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población masculina de 5 a 9 años, que realiza alguna actividad física en el tiempo libre /N° de población masculina de 5 a 9 años encuestada x 100.

9. Evaluación del programa

- ▶ N° de población femenina de 10 a 15 años, que realiza alguna actividad física en el tiempo libre /N° de población femenina de 10 a 15 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población masculina de 10 a 15 años, que realiza alguna actividad física en el tiempo libre /N° de población masculina de 10 a 15 años encuestada x 100.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.

Encuesta Nacional de Salud.

3. INDICADORES DE SEDENTARISMO EN EL HOGAR: HORAS DE TV Y VIDEOJUEGOS, ORDENADOR O INTERNET

- ▶ Promedio de N° de horas en menores de 16 años que ven la **TV entre semana**.
- ▶ Promedio de N° de horas en menores de 16 años que ven la **TV en fin de semana**.
- ▶ Promedio de N° de horas en menores de 16 años que juegan con **videojuegos, ordenador o Internet entre semana**.
- ▶ Promedio de N° de horas en menores de 16 años que juegan con **videojuegos, ordenador o Internet en fin de semana**.
- ▶ Promedio de N° de horas que consumen **TV entre semana** las niñas-niños de 1 a 4 años/N° de niñas-niños de 1 a 4 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que consumen **TV entre semana** las niñas-niños de 5 a 9 años/N° de niñas-niños de 5 a 9 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que consumen **TV entre semana** las niñas-niños de 10 a 15 años/ N° de niñas-niños de 10 a 15 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que consumen **TV en fin de semana** las niñas-niños de 1 a 4 años/N° de niñas-niños de 1 a 4 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que consumen **TV en fin de semana** las niñas-niños de 5 a 9 años/N° de niñas-niños de 5 a 9 años.

9. Evaluación del programa

- ▶ Promedio de N° de horas que consumen **TV en fin de semana** las niñas-niños de 10ª a 15 años/N° de niñas-niños de 10 a 15 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que utilizan **videojuegos, ordenador o Internet entre semana**, las niñas-niños de 1 a 4 años/N° de niñas-niños de 1 a 4 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que utilizan **videojuegos, ordenador o Internet entre semana**, las niñas-niños de 5 a 9 años/N° de niñas-niños de 5 a 9 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que utilizan **videojuegos, ordenador o Internet entre semana**, las niñas-niños de 10 a 15 años/N° de niñas-niños de 10 a 15 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que utilizan **videojuegos, ordenador o Internet en fin de semana**, las niñas-niños de 1 a 4 años/N° de niñas-niños de 1 a 4 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que utilizan **videojuegos, ordenador o Internet en fin de semana**, las niñas-niños de 5 a 9 años/N° de niñas-niños de 5 a 9 años.
- ▶ Promedio de N° de horas que utilizan **videojuegos, ordenador o Internet en fin de semana**, las niñas-niños de 10 a 15 años/N° de niñas-niños de 10 a 15 años.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.

Encuesta Nacional de Salud.

4. INDICADORES DE ACTIVIDAD FISICA REGULADA EN EL AMBITO ESCOLAR

- ▶ N° de niños y niñas de 5 a 12 años federados /N° de niños y niñas encuestados x 100.
- ▶ N° de niños y niñas de 12 a 15 años federados/ N° de niños y niñas encuestados x 100.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.

Encuesta Nacional de Salud.

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte.

9. Evaluación del programa

INDICADORES DE EXCESO DE PESO EN POBLACION DE 2 A 17 AÑOS DE CANTABRIA EN EL AMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO

1. PREVALENCIA DE SOBREPESO EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE SEGÚN SEXO Y EDAD (de 2 a 17 años)

- ▶ N° de población femenina de 2 a 17 años con sobrepeso/N° de población femenina de 2 a 17 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población masculina de 2 a 17 años con sobrepeso/N° de población masculina de 2 a 17 años encuestada x 100.

2. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE SEGÚN SEXO Y EDAD (de 2 a 17 años)

- ▶ N° de población femenina de 2 a 17 años con obesidad/N° de población femenina de 2 a 17 años encuestada x 100.
- ▶ N° de población masculina de 2 a 17 años con obesidad/N° de población masculina de 2 a 17 años encuestada x 100.

Fuentes:

Encuesta de Salud de Cantabria.

Encuesta Nacional de Salud.

INDICADORES DE EXCESO DE PESO EN POBLACION DE 2 A 14 AÑOS DE CANTABRIA EN EL AMBITO SANITARIO

1. PREVALENCIA DE SOBREPESO EN POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN SEXO Y EDAD (de 2 a 14 años)*

- ▶ N° de población femenina de 2 a 14 años con sobrepeso/N° de población femenina de 2 a 14 años atendida en las consultas del Programa de Atención al Niño Sano en Atención Primaria* x 100.
- ▶ N° de población masculina de 2 a 14 años con sobrepeso/N° de población masculina de 2 a 14 años atendida en las consultas del Programa de Atención al Niño Sano en Atención Primaria* x 100.

* Población explorada en el último año

9. Evaluación del programa

2. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACION INFANTIL SEGÚN SEXO Y EDAD (de 2 a 14 años)*

- ▶ N° de población femenina de 2 a 14 años con obesidad/N° de población femenina de 2 a 14 años atendida en las consultas del Programa de Atención al Niño Sano en Atención Primaria* x 100..
- ▶ N° de población masculina de 2 a 14 años con obesidad/N° de población masculina de 2 a 14 años atendida en las consultas del Programa de Atención al Niño Sano en Atención Primaria* x 100.

** Población explorada en el último año*

Fuentes:

Servicio Cántabro de Salud. Atención Primaria.

INDICADORES DE DIFUSION Y FORMACION EN EL PROGRAMA

- ▶ N° de folletos, carteles, etc., sobre el programa editados y distribuidos cada año.
- ▶ Numero de profesionales (sanitarios, escolares, etc.) y otros colectivos implicados que reciben información respecto al programa
- ▶ Numero de profesionales (sanitarios de pediatría, escolares, etc.) implicados que reciben cursos de formación y/o actualización en los temas objeto del Programa.

A large, stylized number '10' rendered in a light green outline font, positioned on the left side of the page. The background features a large, abstract green shape that resembles a stylized '10' or a similar graphic element, with a dark green outline and a lighter green fill.

Comisión Técnica
y
Financiación

10 COMISIÓN TÉCNICA Y FINANCIACIÓN

Con el fin de facilitar la coordinación y colaboración entre los distintos ámbitos implicados, y realizar el seguimiento de las intervenciones realizadas según los criterios de evaluación del Programa, se creará una Comisión Técnica.

Esta Comisión será presidida por el Director General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, o persona en quien delegue, y estará integrada por representantes pertenecientes a los cuatro ámbitos de actuación implicados en este Programa.

La financiación de este Programa está recogida específicamente en el Plan de Gobernanza del Gobierno de Cantabria 2008-2011, con cargo a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Los recursos humanos y materiales existentes y los presupuestos anuales de esta Consejería, consignarán una partida presupuestaria suficiente, que garantice el mantenimiento y continuidad de este Programa a lo largo del tiempo.

The background is a vibrant green with abstract, layered shapes in various shades of green. A large, stylized number '11' is positioned in the upper left quadrant. To the right of the '11' is a small square icon.

11

Normativa
legal



11 NORMATIVA LEGAL

Desarrollo normativo europeo

Reglamento (CE) nº 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de enero de 2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria.

Reglamento (CE) nº 13/2009 del Consejo de 18 de diciembre de 2008, que modifica el Reglamento (CE) nº 1290/2005 sobre financiación de la política agrícola común y el Reglamento (CE) nº 1234/2007 por el que se crea una organización común de mercados agrícolas y se establecen disposiciones específicas para determinados productos agrícolas (Reglamento único para las OCM) con el fin de establecer un plan de consumo de frutas en las escuelas.

Reglamento (CE) nº 288/2009 de la Comisión de 7 de abril de 2009, por el que se establecen disposiciones de aplicación del Reglamento (CE) nº 1234/2007 del Consejo en lo relativo a la concesión de una ayuda comunitaria para la distribución de frutas y hortalizas, frutas y hortalizas transformadas y productos del plátano a los niños en los centros escolares, en el marco de un plan de consumo de fruta en las escuelas.

Desarrollo normativo español

Constitución Española de 1978, artículo 43.1: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud” 43.2: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto” 43.3: “Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, artículo 1.1: “La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”.

Ley 11/2001, de 5 de julio, por la que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, artículo 2: “La Agencia se crea con el objetivo general

de promover la seguridad alimentaria, como aspecto fundamental de la salud pública, y de ofrecer garantías e información objetiva a los consumidores y agentes económicos del sector agroalimentario español, desde el ámbito de actuación de las competencias de la Administración General del Estado y con la cooperación de las demás Administraciones públicas y sectores interesados”.

Ley 20/2002, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria, artículo 1: “La presente Ley tiene por objeto garantizar el máximo nivel de protección de la salud y de los intereses de los consumidores de alimentos y tiene en cuenta todas las etapas de la producción, transformación y distribución de alimentos y piensos. Queda excluida la producción primaria para uso privado y la preparación, manipulación o almacenaje domésticos de alimentos para el consumo propio”.

Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta Ley, establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar: la equidad, la calidad, y la participación ciudadana.

Artículo 64: “Sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

ORDEN SCO/66/2004, de 12 de enero, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral de Obesidad, Nutrición y Actividad Física.

Ley 44/2006, de 29 de diciembre, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios, que introduce en su ámbito de aplicación los aspectos relacionados con la nutrición y cuyo propósito es el establecimiento de un marco legal básico común aplicable al conjunto de las actividades que integran la seguridad alimentaria y la consecución de hábitos nutricionales y de vida saludables. En su Disposición Final octava específica que “La Agencia Española de Seguridad Alimentaria, cambia su denominación por la de Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición”.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedi-

miento para su actualización. Este decreto supone la incorporación de servicios nuevos y una mayor concreción de la cartera. Una innovación fundamental es la inclusión de la Salud Pública, (hecho que tiene la máxima relevancia para la Estrategia NAOS contra la obesidad) recogiendo con carácter general “la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y las deficiencias”.

Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

Anteproyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición presentado en Consejo de Ministros el 2/10/2009 La nueva ley reforzará la lucha contra la obesidad puesta en marcha en España a través de la Estrategia NAOS, y abordará de forma integral la seguridad alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumidor, reforzando la coordinación y la cooperación entre administraciones para el diseño de planes de control oficial integrados, coordinados y sistematizados.

Desarrollo normativo Cantabria

Ley Orgánica 8/1981, Estatuto de Autonomía para Cantabria artículo 25: “En el marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria el desarrollo legislativo y la ejecución de las siguientes materias:

25.3: “Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud. Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social”.

25.6: “Defensa de los consumidores y usuarios, de acuerdo con las bases y la ordenación de la actividad económica general y la política monetaria del Estado, las bases y coordinación general de la Sanidad, en los términos de lo dispuesto en los artículos 38, 131 y números 11 y 13 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución”.

Ley de Cantabria 2/2000, de 3 de julio, del Deporte artículo 1.1 “La presente Ley tiene por objeto regular la extensión, ordenación y promoción del deporte en la Comunidad Autónoma de Cantabria”.

Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, Título VI, Capítulo I, artículo 64 k “Actuaciones relacionadas con la Salud Pública. La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria promoverá el desarrollo de las actuaciones relacionadas con la salud pública: la promoción de estilos de vida saludables para la población, así como

promoción de la salud y prevención de las enfermedades en grupos de mayor riesgo”.

Ley de Cantabria 1/2006, de 7 de marzo, de Defensa de los Consumidores y Usuarios, para la protección, defensa, educación, formación de los consumidores y usuarios en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en el marco de la legislación básica del Estado y en cumplimiento del mando establecido en el apartado 6 del artículo 25 del Estatuto de Autonomía de Cantabria.

Ley 7/2008, de 26 de diciembre, de creación de la Agencia Cántabra de Consumo que tiene como fines generales la protección, defensa, educación y formación de los consumidores y usuarios de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección y defensa de los consumidores y usuarios.

The background is a solid light green color. Overlaid on this are several abstract, darker green shapes. A large, stylized number '12' is the central focus, rendered in a white outline font. To the right of the '12' is a small white square. The overall design is clean and modern.

12.

Bibliografía

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2002.
2. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2005;125(12):460-6.
3. PAIDOS' 84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Madrid: Jomagar; 1985.
4. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clín (Barc)* 2003;12(19):725-32.
5. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
6. Vázquez Sánchez R y López Alemany J. Los costes de la obesidad alcanzan el 7% del gasto sanitario. *Rev Esp Econ Salud Sept-Oct 2002*; 1(3).
7. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. Bruselas 2005.
8. Ramkinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ. The human obesity gene map /the 2005 update. *Obesity* 2006;14:529-644
9. R.A. Lama, Alonso A, Gil-Campos M, Leis R, Martínez V, Moráis A, Moreno JM, Pedrón MC y Comité de Nutrición de la AEP. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *An Pediatr (Barc)* 2006; 65(6):607-15.
10. Christakis N A, Fowler J H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med.* 2007; 357:370-9.
11. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Grupo de trabajo de Prevención de la obesidad infantil y juvenil. Madrid. 2007.

12. Bibliografía

12. Rubio Miguel A, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes* 2007; 10.

13. Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández Ramos, C. Lizárraga, et al. *Curvas y Tablas de Crecimiento (Estudios longitudinal y transversal)* Bilbao: Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo Fundación F. Orbeagoz Eizaguirre ; 2004.

14. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E et al. *Curvas y tablas de crecimiento. Estudio Longitudinal.* Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación F. Orbeagoz. Madrid. Editorial Garsi; 1988.

15. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1240-3.

16. World Health Organization. *Child growth standards 2006.* Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/index.html

17. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html

18. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Technical report series 894.* Geneva 2000.

19. *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Third National Health and Nutrition Examination Survey. Analysis by the Levin Group.* 1999.

21. Organización Mundial de la Salud. *57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.* Ginebra. 2004.

22. Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro Blanco: Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad.* Bruselas, 2007.

23. Código PAOS. *Código de Autorregulación de Publicidad dirigida a menores.* Ministerio de Sanidad y Política Social. AESAN. 2005.

24. *Plan de reducción del consumo de sal.* Ministerio de Sanidad y Política Social. AESAN. 2009.

25. <http://www.estudioevasyon.com/Html/proyecto.htm> Proyecto EVASYON.
26. <http://www.gustino.es>
27. 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° 2007/25.
28. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50. A guideline developer's handbook. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008.
29. Wärnberg J, Ruiz J.R, Ortega F.B, Romeo J, González-Gross M, Moreno L.A, García-Fuentes M, Gómez S, Nova E, Díaz L.E, Marcos A, Grupo AVENA. Estudio AVENA (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados obtenidos 2003-2006. XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP. 2006: 50-55.
30. García_Reyna N I, Carrascosa A, Gussinyer S. Niñ@s en movimiento, un programa para el tratamiento de la obesidad infantil. Med Clin 2007; 129: 619-23.
31. Martínez Vizcaíno V, Salcedo Aguilar F, Franquelo Gutiérrez R et al. Prevalencia de obesidad y tendencia de los factores de riesgo cardiovascular en escolares de 1992 a 2004: estudio de Cuenca. Med Clin 2006;126:681-5.
32. Moliner-Urdiales D, Ruiz JR, Ortega FB, Rey-Lopez JP, Vicente-Rodriguez G, España-Romero V, Munguía-Izquierdo D, Castillo MJ, Sjöström M, Moreno L A. Association of objectively assessed physical activity with total and central body fat in Spanish adolescents; The HELENA Study. Int J Obes (Lond) 2009; 33: 1126-1135.
33. Hernández JL. La educación física, los estilos de vida y los adolescentes; cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan. Estudio Universidad Autónoma de Madrid.
34. <http://www.thaoweb.com/programa.html> Programa Thao
35. Sainz Ortiz C, G.de Linares Mendaro C, Corrales Bustamante P, Pérez Muñoz C. Proyecto de Educación para la Salud "Vitaminas frente a golosinas". Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2004.
36. <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/alimentosseguros.pdf>
<http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/alimentacionsaludable.pdf>

12. Bibliografía

37. Aguilera E, Ugarte T, Muñoz P, Vara L, Sanz de Castro S y Grupo CANHTA-BRIA. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Cantabria. *Gac Sanit.* 2008; 22(5):461-4.
38. Plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.
39. II Plan de Actuación 2008-2011: Salud de las Mujeres. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
40. <http://www.ihan.es/index2.asp>.
41. Alimentación en España. Producción, industria, distribución y consumo. Informe MERCASA 2009: 556-562.
42. <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pag/busquedaGuiada.aspx>. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Encuesta de Salud de Cantabria ESCAN 2006.
43. <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/alimentacion/home.htm>
44. Creer F R. Lactancia materna y enfermedad cardiovascular ¿Cuál es la relación? *Pediatrics* (ed esp) 2005;59 (6):339.
45. Demmer T.A., Jones PJH, Wang Y et al. Effects of early cholesterol intake on cholesterol biosynthesis and plasma lipids among infant until 18 months of age. *Pediatrics* (ed esp) 2005;59 (6):393.
46. Orden EDU/27/2007 por la que se regula el funcionamiento del servicio complementario de comedores escolares en los centros públicos no universitarios dependientes de la Consejería de Educación.
47. Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta Nacional de Salud.: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
48. Plan Nacional de Consumo de Fruta y Verdura en las Escuelas 2009-2010. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Educación.
49. Consejo Europeo de Información sobre la alimentación. Salud y estilo de vida. Actividad física [consulta 10 dic 2009]. Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/salud-estilo-de-vida/actividad-fisica/expid/review-physical-activity-health/>

- 50.** Redondo Figuro C, Bercedo Sanz, Capa García L, González-Alciturri Casanueva M.A. "La televisión como hábito no saludable en el niño". Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. 2000.
- 51.** Ley 2/2000 de 3 de julio, del Deporte. Boletín Oficial de Cantabria de 11 de julio de 2000. BOE de 25 de julio de 2000.
- 52.** Memoria socioeconómica y laboral de la Comunidad de Cantabria 2008. Consejo Económico y social de Cantabria.
- 53.** Ley 45/2007 de 13 de diciembre de Desarrollo Sostenible del Medio Rural.
- 54.** <http://www.a21santander.com/agenda21/planmovilidad.aspx>
- 55.** http://www.gobcantabria.es/portal/page?_pageid=80,4031941&_dad=interportal&_schema=INTERPORTAL. Información pública del Plan Especial de la Red de Sendas y Caminos del Litoral.
- 56.** Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal 2009. Cantabria.
- 57.** Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación OMS 2006.

The background is a solid light green color. It features several large, overlapping, abstract shapes in a slightly darker shade of green. These shapes are rounded and pointed, resembling stylized leaves or petals. In the center of the page, the number '13' is written in a large, white, sans-serif font. To the right of the number, the word 'Anexos' is written in a smaller, white, sans-serif font. Below the word 'Anexos', there is a small white square symbol.

13

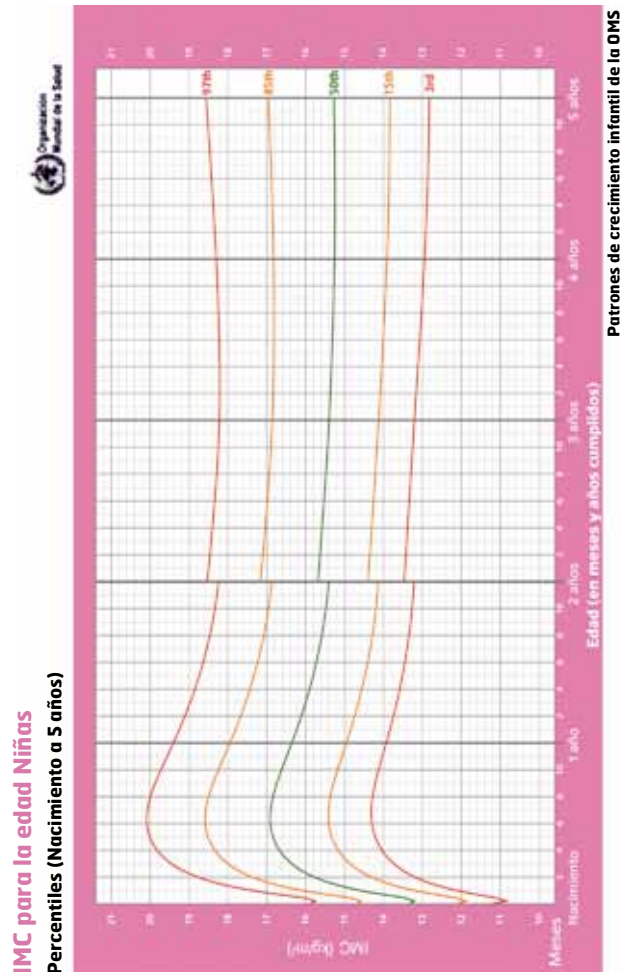
Anexos



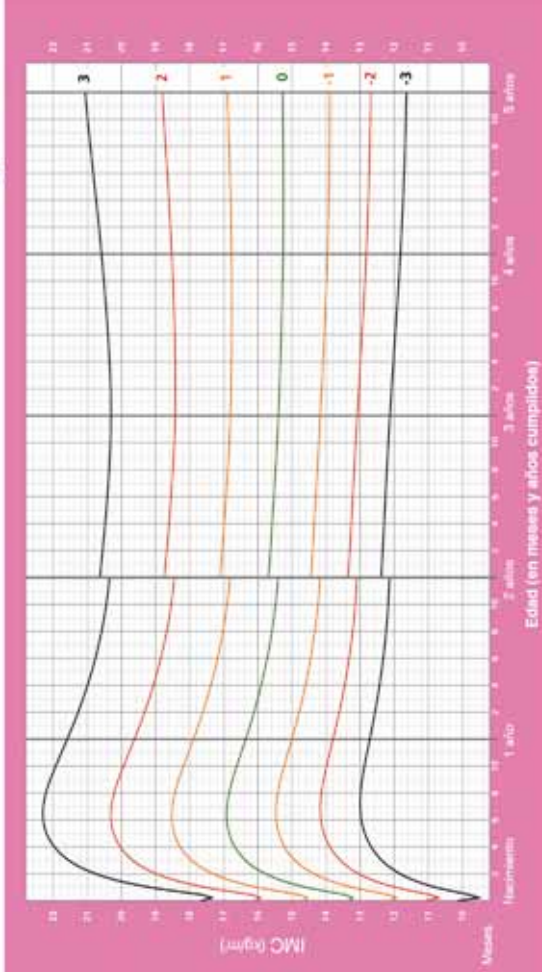
13 ANEXOS

Anexo I. Gráficos de IMC según sexo y edad. (OMS 2006 y 2007)

Anexo I a. Gráficos de crecimiento de 0 a 5 años (OMS 2006) (Percentiles y puntuación z-scores)

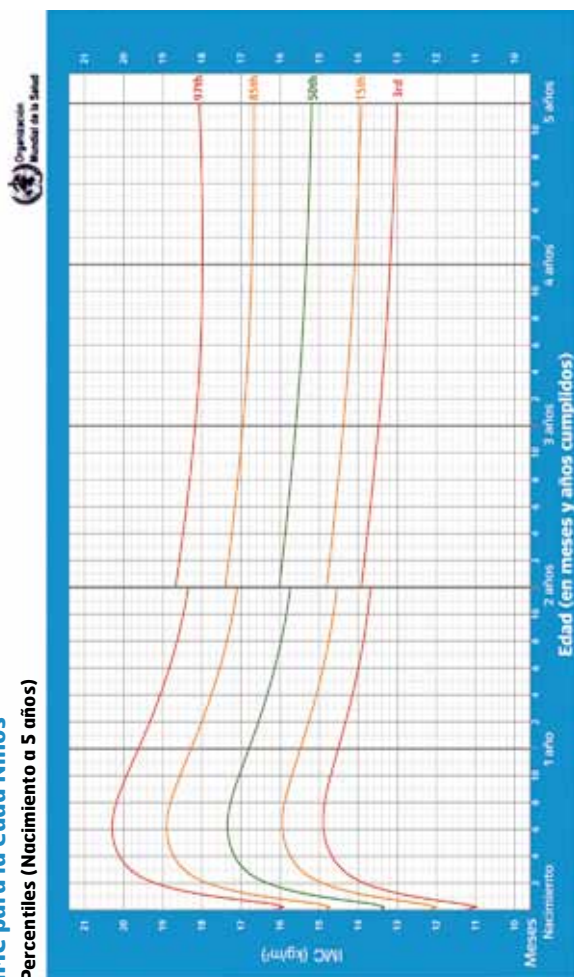


IMC para la edad Niñas
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

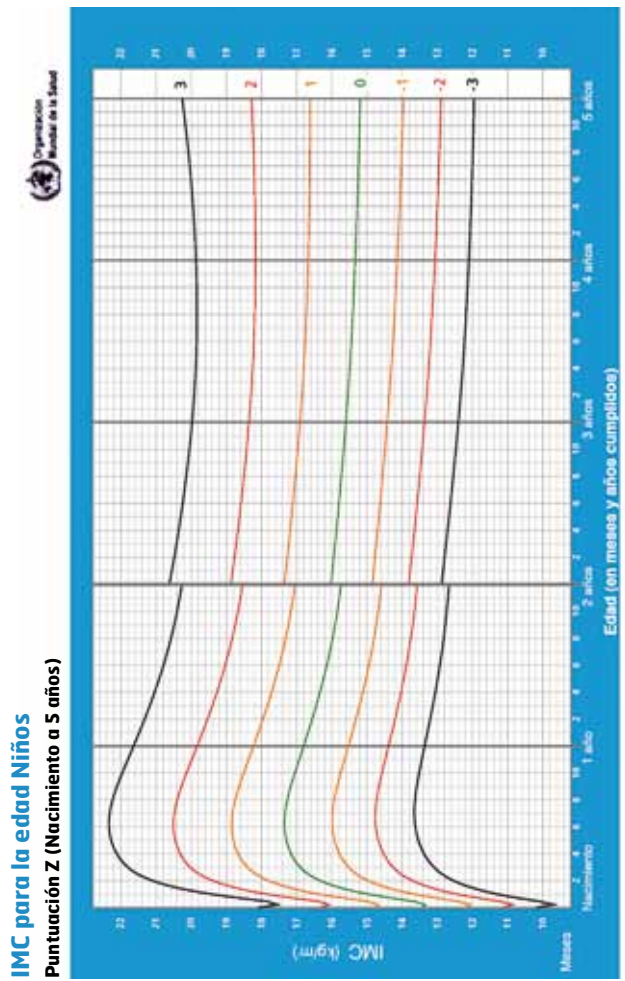


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niños
Percentiles (Nacimiento a 5 años)

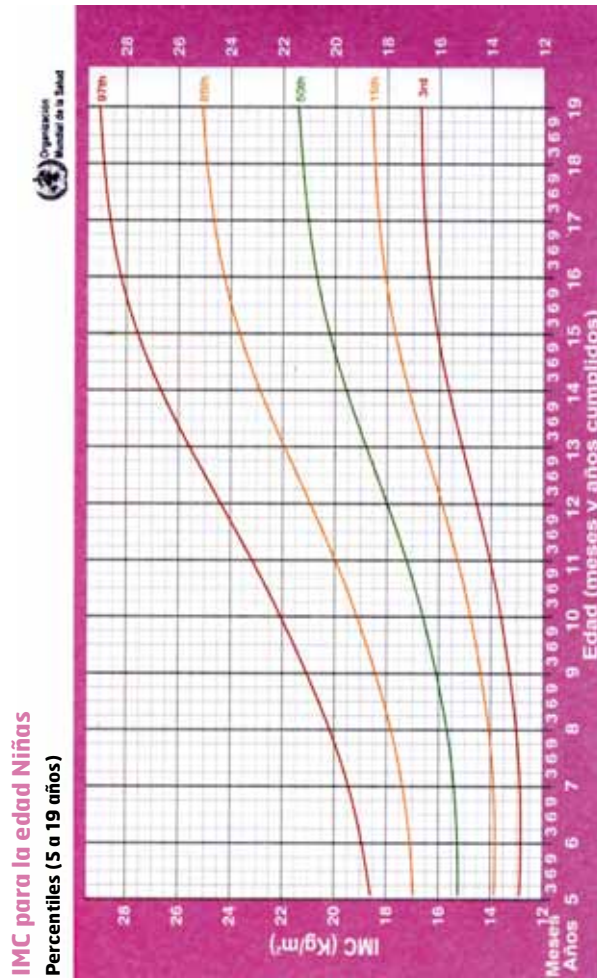


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

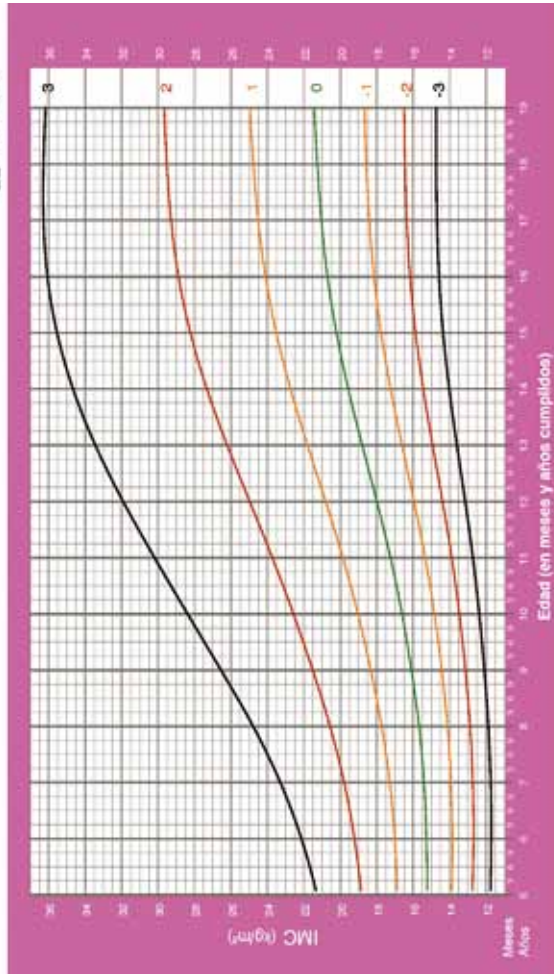


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

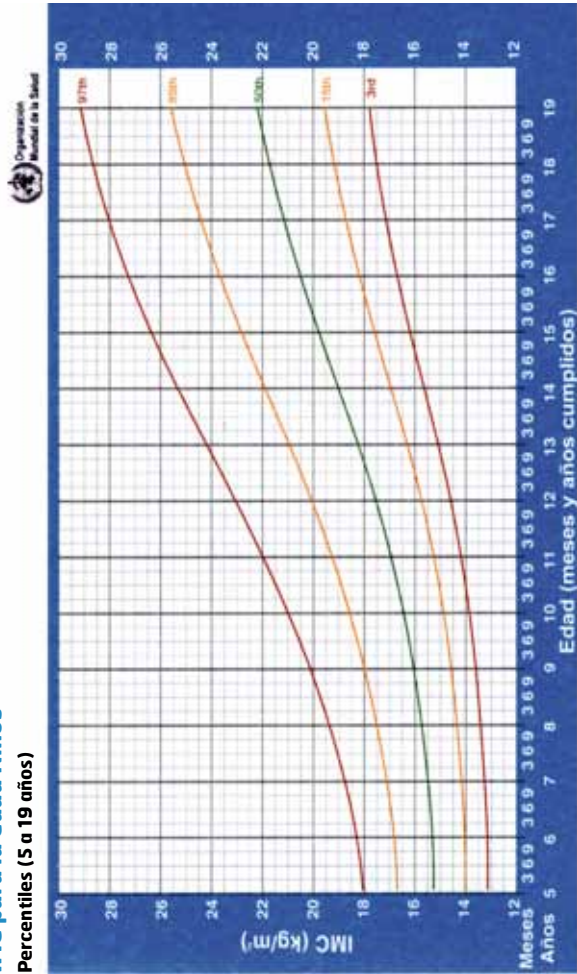
**Anexo I b. Gráficos de crecimiento de 5 a 19 años (OMS 2007)
(Percentiles y puntuación-z-scores)**



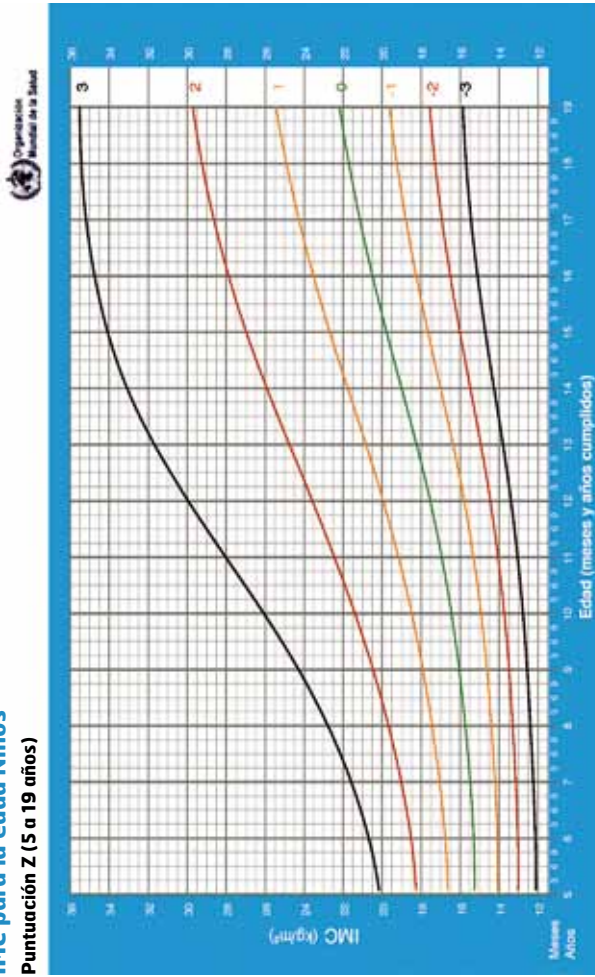
IMC para la edad Niñas
Puntuación Z (5 a 19 años)



IMC para la edad Niños
Percentiles (5 a 19 años)



IMC para la edad Niños
Puntuación Z (5 a 19 años)



Anexo II. Abreviaturas

A.F.: Actividad física

A.S.: Alimentación saludable

AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

AMPAs: Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad

CDC: Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades

ENSE: Encuesta Nacional de la Salud en España

EpS: Educación para la Salud

ESCAN: Encuesta de Salud en Cantabria

FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias

GAP: Gerencia de Atención Primaria

GPC: Guía de Práctica Clínica...

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

IMC: Índice de masa corporal

IOTF: International Obesity Task Force

LM: Lactancia Materna

NAOS: Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

pc: Percentil

SCS: Servicio Cántabro de Salud

SEEDO: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Anexo III. Lista de tablas

Tabla 1. Criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos. (Pág. 21)

Tabla 2. Alteraciones asociadas a la obesidad. (Pág. 29)

Tabla 3. Relación entre el IMC y el riesgo de padecer patologías asociadas con la obesidad en la edad adulta. (Pág. 30)

Tabla 4. Los 10 factores de riesgo principales, como porcentajes de la carga de morbilidad expresada en AVAD. (Pág. 43)

Tabla 5. Consumo per cápita de alimentos y bebidas por C.C.A.A. Hogares. Kilos/litros en 2008. (Pág. 46)

Tabla 6. Prevalencias lactancia materna Cantabria 2007-2009. (Pág. 49)

Tabla 7. Tipo de desayuno en población de 1 a 15 años (Distribución porcentual por sexo y edad). ENSE 2006. (Pág. 53)

Tabla 8. Actividad física deportiva extraescolar en niñas/os. Cantabria. (Pág. 58)

Tabla 9. Prevalencia de exceso de peso en población de 2 a 17 años. ENSE 2006. ENSE 2006. (Pág. 65)

Tabla 10. IMC en población de 2 a 17 años. Distribución porcentual según CCAA. (Pág. 66)

Tabla 11. Prevalencia de exceso de peso en población de 2 a 17 años. ESCAN 2006. (Pág. 67)

Anexo IV. Lista de gráficos

- Gráfico 1.** Incremento de prevalencias de sobrepeso en niños de 5 a 11 años. (Pág. 16)
- Gráfico 2.** Distribución del gasto total en alimentación 2008. (Pág. 44)
- Gráfico 3.** Consumo kg per cápita de hortalizas y frutas frescas según tipo de familia. (Pág. 45)
- Gráfico 4.** Frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos en la población. ESCAN 2006. (Pág. 48)
- Gráfico 5.** Tipo de lactancia por sexo en población encuestada. ESCAN 2006. (Pág. 50)
- Gráfico 6.** Consumo de comida rápida, snacks o dulces, al menos tres veces por semana, por sexo y clase social. ESCAN 2006. (Pág. 51)
- Gráfico 7.** Actividad física en el tiempo libre, por sexo y grupos de edad. ESCAN 2006. (Pág. 57)
- Gráfico 8.** Consumo de TV entre semana, por sexo y grupos de edad. ESCAN 2006. (Pág. 59)
- Gráfico 9.** Consumo de TV en fin de semana, por sexo y grupos de edad. ESCAN 2006. (Pág. 59)
- Gráfico 10.** Utilización de videojuegos, ordenador o Internet, por sexo y grupo de edad. ESCAN 2006. (Pág. 60)
- Gráfico 11.** Consumo de TV/ y/o videojuegos/ordenador/internet entre semana y en fin de semana. ESCAN 2006. (Pág. 61)
- Gráfico 12.** Sendero de la Cornisa Atlántica. (Pág. 64)

The background is a solid light green color. It features several large, overlapping, abstract shapes in a slightly darker shade of green. These shapes resemble stylized leaves or petals, with some having pointed tips and others being more rounded. The number '14.' is rendered in a white, outlined font, positioned in the upper left quadrant of the page.

14.

Relación de
autores y
colaboradores

14. Relación de autores y colaboradores

14 Relación de autores y colaboradores**Grupo redactor del Programa:**

- ▶ M^º Eugenia López Delgado. Subdirectora General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
- ▶ Carmen Bonilla Miera. Pediatra. D. G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad
- ▶ María Lourdes del Barrio Gómez. Médico. D. G. de Salud Pública. Consejería de Sanidad
- ▶ Verónica Brugos Llamazares. Médico de Familia y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

Agradecimientos por sus aportaciones (por orden alfabético)

- ▶ Nieves Álvarez Martín. Ex Directora de la Escuela Europea de Consumidores del Gobierno de Cantabria (actual Presidenta de la Red Europea E-cons)
 - ▶ Natalia Bueno López. Técnico Jurídico. Servicio de Estudios y Normativa de la D. G. de Desarrollo Rural. Consejería de Desarrollo Rural, Ganadería, Pesca y Biodiversidad
 - ▶ Víctor Canduela Martínez. Pediatra. Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud
 - ▶ Javier Cubero Sanjurjo. Técnico Deportivo. D.G. de Deporte. Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
 - ▶ M^º Carmen Cuesta Bustillo. Subdirectora General de Medio Ambiente. Consejería de Medio Ambiente
 - ▶ Ángel de Diego Celis. Jefe de Oficina de Estudios y Proyectos. D. G. de Medio Ambiente. Consejería de Medio Ambiente
 - ▶ Eva M^º Fernández Estebáñez. Secretaria de la D.G. de Ordenación del Territorio y Evaluación Ambiental Urbanística. Consejería de Obras Públicas Ordenación del Territorio, Vivienda y Urbanismo
 - ▶ Eva M^º Fernández Sota. Psicóloga. D.G. Salud Pública. Consejería de Sanidad
 - ▶ Manuel Fresno Boj. Jefe de Servicio del ICA (Industria, Calidad y Desarrollo Alimentario). D.G. de Pesca y Alimentación. Consejería de Desarrollo Rural, Ganadería, Pesca y Biodiversidad
 - ▶ Sira de Frutos Candel. Técnico de Inspección Alimentaria. Servicio de Seguridad Alimentaria. Consejería de Sanidad
 - ▶ Manuel Galán Cuesta. Jefe de Servicio de Salud Pública. Consejería de Sanidad
 - ▶ Jesús García Merino. Técnico Superior. D. G. de Salud Pública (hasta 2006). Consejería de Sanidad
 - ▶ Alvaro González de Aledo Linos. Jefe de Sección de Promoción y Educación para la Salud. Consejería de Sanidad
 - ▶ Ignacio González de San Pedro Chasco. Técnico de Inspección Alimentaria. Servicio de Seguridad Alimentaria. Consejería de Sanidad
 - ▶ Pilar Lobeto Guerras. Coordinadora de la Unidad Técnica de Orientación y Atención a la Diversidad. Consejería de Educación
 - ▶ Marta Malo Mateo. Jefa de Sección de Higiene Alimentaria. Servicio de Seguridad Alimentaria. Consejería de Sanidad
 - ▶ José Antonio Prada Vázquez. Jefe de Sección de Programas y Formación. D.G. de Juventud. Consejería de Empleo y Bienestar Social
 - ▶ Santiago Rodríguez Gil. Director General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
 - ▶ Marta Sainz Pérez-Peña. Asesora de la Unidad Técnica de Orientación y Atención a la Diversidad. Consejería de Educación
 - ▶ Mar Sánchez Movellan. Jefa de Sección de Programas de Salud de la Mujer. Consejería de Sanidad
 - ▶ Javier Vada Sánchez. Especialista en Medicina Interna. Sección de Promoción y Educación para la Salud. Consejería de Sanidad
 - ▶ Miguel del Valle González. Jefe de Servicio de Seguridad Alimentaria. Consejería de Sanidad
- Observatorio de Salud Pública:
- ▶ Angeles Cabría García. Directora
 - ▶ Dolores Prieto Salceda. Técnica Superior
 - ▶ Óscar Pérez González. Técnico Superior



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública



PROGRAMA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA
INFANCIA Y ADOLESCENCIA
CANTABRIA

Come sano y muévete: 12 decisiones saludables



 GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

 *estrategia*
naos
¡come sano y muévete!



Come sano y muévete: 12 decisiones saludables

Imprenta: Artes Gráficas Quinzaños
Depósito Legal: SA-702-2009

La Estrategia NAOS, acrónimo que corresponde a las iniciales de Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud, es la respuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo frente a las ascendentes cifras de obesidad que se registran en nuestro país. Coordinada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) la Estrategia NAOS tiene como objetivos sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y reunir e impulsar aquellas iniciativas, tanto públicas como privadas, que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos saludables a lo largo de toda la vida.

Si quieres obtener más información sobre la Estrategia NAOS y las actividades de la AESAN consulta nuestra página web:

www.naos.aesan.msps.es



12 decisiones saludables para planificar tu alimentación y estilo de vida

1 Come sano, es fácil

Comer sano contribuye a tu bienestar y tu salud y protege de la enfermedad. **Planificar una dieta saludable es fácil**, ya que conocer los valores nutritivos de los alimentos y la base de la nutrición está al alcance de todos.



2 Despierta y desayuna

Un buen desayuno te cargará las pilas para empezar el día con mucha energía, te hará sentir mejor y te cansarás menos en tu tarea diaria. En España recomendamos consumir **lácteos, pan o cereales y fruta**. No te saltes nunca el desayuno; hacerlo contribuye a incrementar el riesgo de obesidad porque se tiende a picar entre horas.

3 Vive activo, muévete para estar sano

Sube y baja las escaleras, camina, practica **algún tipo de actividad física**, por lo menos 30 minutos al día.



4 Haz deporte, diviértete

Hacer ejercicio y practicar deporte supone una oportunidad magnífica para **divertirte y cuidar de tu salud** al mismo tiempo. Elige el que mejor se adapte a tus circunstancias y tus gustos.





5 Quítate la sed con agua

Hidrátate. **Bebe mucha agua**, sobre todo cuando hagas ejercicio. ¡Tu cuerpo te lo agradecerá!



6 Come "de cuchara", los hidratos de carbono son la base

Los llamados platos "de cuchara" forman parte de la tradición y la cultura gastronómica de España. Su ingrediente principal son las legumbres. **Lentejas, garbanzos, guisantes o judías** son muy saludables y nos aportan muchos nutrientes, entre ellos las proteínas vegetales. Es preferible que las comas mezcladas con cereales como pan, arroz, cuscús o maíz, así como sus productos integrales.

7 Toma frutas y verduras "cinco al día"

Es muy fácil. Por ejemplo, puedes tomar **tres piezas de fruta y dos raciones de verdura**: una en forma de ensalada y otra rehogada o cocida como acompañamiento de un plato. Consume frutas, verduras y hortalizas de temporada.





8 Elige alimentos con fibra

La fibra se encuentra sólo en los alimentos de origen vegetal, por eso debes consumir con mucha frecuencia **cereales integrales, legumbres, verduras, hortalizas y frutos secos.**



9 Consume más pescado

El pescado ha de ser tu aliado, debes tomarlo **de 3 a 4 veces a la semana.** Interésate por la amplia variedad de pescados que se ofrecen en el mercado.

10 Reduce las grasas

Nuestra alimentación actual supone un excesivo consumo de grasas perjudiciales para la salud, como son las de origen animal y algunas de origen vegetal, como los aceites de coco, palma o palmiste. Pero **hay grasas beneficiosas** que, con moderación, sí deben formar parte de la dieta, como las que se encuentran en los **pescados “azules”** (sardina, caballa, boquerón, salmón...) o en el **aceite de oliva.**



11 Deja la sal en el salero

Introduce el uso de **hierbas aromáticas, apio, vinagre o especias,** para añadir más sabor a las comidas.





12 Mantén el peso adecuado

Si tienes sobrepeso ponte en manos de un **profesional de la salud**. Las dietas mágicas, que prometen perder peso en poco tiempo, son peligrosas para la salud.



Y además:

- * No te olvides de consumir **productos lácteos**. El calcio que contienen es básico para fortalecer tus huesos. Si no toleras la leche, toma otros alimentos ricos en calcio, como **yogur, queso, batido de soja, sardinas enlatadas, algas, frutos secos, legumbres, semillas de sésamo, etc.**
- * No abuses de alimentos precocinados ni de bebidas refrescantes; en este caso es mejor sustituirlas por **zumos de frutas hechos por ti**, pues los que encuentras a la venta ya envasados pueden contener mucho azúcar.
- * Evita el consumo de alcohol, o hazlo de forma moderada y esporádica.



Pirámide Naos

Alimentación:

Ocasionalmente

Hay productos que sólo deberían tomarse de forma ocasional, como bollos, dulces, refrescos, "chucherías" o patatas fritas y similares.

Varias veces a la semana

Pescados blancos y azules, legumbres, huevos, carnes, embutidos, frutos secos, son alimentos importantes y pueden combinarse con otros, debiendo consumirse varias veces a la semana, aunque no todos los días.

A diario

Alimentos como las frutas, verduras y hortalizas, cereales, productos lácteos, pan y aceite de oliva, deben ser la base de la dieta y consumirse a diario. También el arroz y la pasta pueden alternarse.

Actividad física:

Ocasionalmente

Dedicar poco tiempo a actividades sedentarias como ver la televisión, jugar con videojuegos o utilizar el ordenador.

Varias veces a la semana

Practicar varias veces a la semana algún deporte o ejercicio físico como la gimnasia, la natación, el tenis, el atletismo o los deportes de equipo.

A diario

Realizar todos los días durante al menos 30 minutos alguna actividad física moderada como caminar, ir al trabajo o al colegio andando, sacar a pasear al perro o subir las escaleras a pie en vez de utilizar el ascensor.



Agua

El agua es fundamental en la nutrición, y deben beberse al menos entre 1 y 2 litros diarios de agua.