

Avances en Dieta Mediterránea y Vida Saludable

**I Jornada de Dieta Mediterránea y Vida
Saludable**

22 y 23 ENERO 2020

*Hospital de la Inmaculada
(Huércal-Overa, Almería)*





<https://auladietamediterranea.es>



ÍNDICE

- PRESENTACIÓN LIBRO – Pag. 4
Dr. Alejandro Bonetti Munnigh
 - SALUDA DIRECTOR GERENTE AGS NORTE ALMERÍA – Pag. 5
José Miguel Medina Simón
 - INTRODUCCIÓN – Pag. 6
José J. Gaforio
-
4. Conferencia Inaugural: El Aceite de Oliva Virgen Extra (AOVE) en la prevención de enfermedades no transmisibles crónicas.
Prof. Gaforio.
 5. Conferencia. Dieta Mediterránea. ¿Es la dieta perfecta para salvar el planeta y la salud del ser humano?
Dr; Bonetti
 6. Conferencia. Dieta Mediterránea. Un estilo de vida.
D. Jesús Serrano Marín.
 7. Conferencia. Dieta Mediterránea y Salud Publica.
Inclusión en la formación de Residentes.
Dr. Mateo Silvente Ramirez.
 8. Conferencia. Dieta Mediterránea y Corazón.
Dr. Manuel R Vida Gutiérrez.
 9. Conferencia. Dieta Mediterránea y Enfermedades Metabólicas.
Dr. Jaime Peñafiel Martinez.
 10. Conferencia. Dieta Mediterránea y la Infancia.
Dr. Fernando Sanchez Garcia.
 11. Conferencia. Inteligencia emocional y Dieta Mediterránea.
D. Fernando Ruzafa.
 12. Valor de la Adherencia a la Dieta Mediterránea. Estado actual. Interés de la Impedanciometria.
Dra. M^a Luisa Fernandez Soto.
 13. Conferencia. Primeros resultados de la Adherencia a Dieta Mediterránea y de Impedanciometria.
Dra. Diana Gimenez Rodriguez.
 14. Taller: Dieta Mediterránea y Gastronomía.
D. Antonio Gazquez Expósito. Restaurante las Eras. Tabernas. Almería.
 15. Conferencia de Clausura. Abordaje integral en promoción de Vida Saludable desde la Consejería de Salud y Familia.
Dña. M. Ángeles Martin Linares.



1. PRESENTACIÓN

Dr. Alejandro Bonetti Munnigh

Director Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable. Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla. (RAMAO). Fundación RAMAO.

Académico de las Academias de Ciencias, Medicina y Gastronomía de la Republica Dominicana. Propuesto como Prof. Emérito de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. Primada de América 1.538

Ponemos en vuestras manos, un libro electrónico de especial interés, que contiene el resumen de las ponencias de la Jornada de Dieta Mediterránea y Vida Saludable, desarrolladas en el Hospital de la Inmaculada, en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, durante los días 23 y 24 de enero del 2020.

Ha sido posible gracias a una colaboración directa entre el Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Fundación RAMAO, con la Delegación Territorial de Salud y Familia de Almería, representada por D. Juan de la Cruz Belmonte, así como de la Dirección Gerencia, Director Médico, Director Económico-Administrativo y la Dirección de Enfermería del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Asimismo, agradecer a la Delegada de Gobierno en Almería, Dña. M. Isabel Sánchez Torregrosa por su alta sensibilidad en todo lo relacionado a mejorar la Salud de los Almerienses y su compromiso en pro de divulgar y difundir las bondades de la Dieta Mediterránea.

El objetivo primordial es la formación de los profesionales sanitarios, en toda su extensión, para que se conviertan en “Agentes de Salud en Dieta Mediterránea”, para así lograr su correcta divulgación y difusión entre la población de las bondades para la “SALUD” de la Dieta Mediterránea y obtener una mayor adherencia a la misma.

A su vez, vamos a realizar un estudio pionero, que consiste en aplicar el Test de Adherencia a Dieta Mediterránea de los participantes, conjuntamente con la Impedanciometría, que nos permite conocer su composición nutricional (Peso, IMC. Índice Muscular. Índice de Grasa. Índice de Agua, etc.)

Desarrollaremos por espacio de 2 días un programa muy atractivo, completo y caracterizado por una actualización de los puntos más atractivos y de un Taller activo de Aceite de Oliva Virgen Extra (AOVE).

Hemos podido reunir un elenco de grandes profesionales, para que actualicen los temas de mayor trascendencia en Dieta Mediterránea y Vida Saludable, avalados por una gran experiencia en la materia y conocimiento profundo de la temática a tratar.

Nuestro más sincero agradecimiento a todos y cada uno de los profesionales que han colaborado en el desarrollo de estas jornadas y la implicación que han desarrollado en las mismas.

La Universidad de Almería (UAL) en las personas de D. Gabriel Aguilera Manrique, Decano de Ciencias de la Salud y la Prof. Diana Jiménez Rodríguez, tiene un papel protagonista en el desarrollo del estudio del conocimiento de la Adherencia a la Dieta Mediterránea y la implantación del estudio con Impedanciometría, que permitirá conocer a fondo el estado nutricional de nuestros profesionales y a muy corto plazo de los ciudadanos.

Mi reconocimiento y profundo agradecimiento a la Unidad Integral de Formación del AGS Norte de Almería, en la persona de D. Francisco Aguilera Manrique.

Confío plenamente que el esfuerzo de cristalizar estas Jornadas y plasmarlas en este Libro Electrónico, sean de gran utilidad para los profesionales sanitarios y por ende para toda nuestra población, a la cual nos debemos.



2. SALUDA DIRECTOR GERENTE AGS NORTE ALMERÍA

José Miguel Medina Simón

Médico de Medicina Familiar y Comunitaria.

Director Gerente del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Como director del Área Sanitaria Norte de Almería quiero agradecer la implicación de todas las instituciones y profesionales en la puesta en marcha de este proyecto.

Tenemos el honor y la oportunidad de ser pioneros en la formación de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, para la difusión al resto de la ciudadanía de todas las ventajas y beneficios de la Dieta Mediterránea, y tenemos que aprovecharlo.

Es una inversión en SALUD y PREVENCIÓN de aparición de patologías que acabarían mermando nuestra calidad de vida, en una tendencia de la sociedad actual a aumentar la esperanza de vida. El objetivo es que esos años que se han ganado, se vivan con calidad.

Vamos a poner todo nuestro empeño, que se ve materializado en la celebración de las Jornadas de Dieta Mediterránea y Vida Saludable, organizadas en nuestro Área Sanitaria, con la esperanza de poder darle continuidad en ediciones sucesivas.

Todos debemos ser conscientes de los beneficios que aporta a nuestra salud la incorporación de hábitos de vida saludable y una correcta alimentación, siendo el mayor exponente de dichas bondades nuestra dieta mediterránea.

Junto a la Universidad de Almería se va a desarrollar un estudio para valorar la adhesión a los hábitos de vida saludables de todos los participantes a las Jornadas.

Os animo a todos a participar en las Jornadas.



3. Introducción

José J. Gaforio

Catedrático de Inmunología
Universidad de Jaén.

Según “*Bloomberg Healthiest Country Index 2019*”, España es el país más saludable del mundo. Al mismo tiempo, nuestro país tiene el mayor índice de longevidad de la Unión Europea y, se prevé que en 2040 será el país más longevo, superando al actual líder que es Japón. Según el estudio realizado por el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington, la esperanza de vida en España alcanzará en ese año un promedio de 85,8 años. Estos resultados se publicaron en la revista “*The Lancet*”. Por otra parte, según datos de Eurostat, España se encuentra entre los primeros países en esperanza de vida en buena salud. Entre los factores que hacen posible alcanzar estos datos, todos los estudios resaltan a la dieta Mediterránea como un elemento principal.

No obstante, hay otros datos que suponen un riesgo para la salud de la población. Según un estudio publicado muy recientemente en la Revista Española de Cardiología, en el año 2016 había en España 23,5 millones de personas (el 50,5% de la población) con exceso de peso y, Andalucía no sale muy bien parada en esta estadística. Esta tendencia no es solo en España, es una tendencia global en todo el mundo. La obesidad predispone a enfermedades como cáncer, diabetes o enfermedad cardiovascular. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, las dos primeras causas de muerte en nuestro país son precisamente: enfermedad cardiovascular y cáncer. Hoy sabemos que, gran parte de los problemas de salud que aquejan a nuestra sociedad, proceden de seguir dietas poco saludables. Estas dietas se relacionan con inflamación crónica y estrés oxidativo y, como dice el doctor Frank Hu, profesor de nutrición y epidemiología del Departamento de Nutrición de la Escuela de Salud Pública de Harvard, “una de las herramientas más poderosas para combatir la inflamación no viene de las farmacias, sino de la tienda de comestibles, numerosos estudios han demostrado que los componentes de los alimentos o bebidas pueden tener efectos antiinflamatorios”.

Un dato preocupante es que, nos estamos alejando cada vez más de la dieta Mediterránea, y esto parece ser más acusado entre la población más joven, que ha abrazado un tipo de dieta occidental, bastante menos saludable que la Mediterránea.

Una parte muy importante de la medicina es la PREVENCIÓN y, en este campo, la alimentación juega un papel principal, por ello, la Jornada en Avances de Dieta Mediterránea y Vida Saludable, abordará temas tan interesantes como: el aceite de oliva virgen extra en la prevención de enfermedades; la Dieta Mediterránea como preservadora de la salud ambiental; necesidad de que los residentes MIR tengan una formación específica sobre el papel que la dieta Mediterránea tiene en la enfermedad y la salud; relación de la dieta Mediterránea con enfermedades del corazón y metabólicas; importancia de la dieta Mediterránea en la infancia; adherencia a la dieta Mediterránea; y políticas de promoción de la vida saludable en Andalucía. Todo ello se abordará en formatos diversos: conferencias, mesas redondas y, talleres.

Es necesario transmitir a la población todo este conocimiento y, para ello, los profesionales sanitarios, tienen que estar suficientemente formados para convencer a la población que merece la pena cuidar la alimentación, pues de ello dependerá su salud.

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, a través del Aula Médica de la Dieta Mediterránea y Vida Saludable, ha entendido la importancia de potenciar estos aspectos y, esta Jornada es un fiel y loable ejemplo de ello.



4. Conferencia Inaugural: El Aceite de Oliva Virgen Extra (AOVE) en la prevención de enfermedades no transmisibles crónicas.

José J. Gaforio



El patrón de dieta Mediterránea se ha convertido en un referente como modelo de alimentación saludable. Los aceites de oliva vírgenes constituyen el componente principal y más característico de la dieta Mediterránea, por ello, no se puede aplicar la etiqueta de "dieta Mediterránea" a un patrón dietético que no incluya este alimento.

Son numerosas las evidencias científicas que demuestran el carácter saludable de este aceite, incidiendo positivamente en la prevención de diferentes patologías. No obstante, es importante resaltar que hay que tener en consideración el tipo de aceite de oliva que se consume, ya que pueden obtenerse beneficios adicionales cuando el contenido

fenólico del aceite de oliva es elevado. Este aspecto es importante a la hora de formular recomendaciones a la población.

Uno de los grandes retos globales para la salud pública es la actual pandemia de obesidad. Hay suficientes estudios en los que se documenta que las dietas que usan como única grasa culinaria los aceites de oliva vírgenes, ingeridos de forma moderada y habitual, se asocian con un índice de masa corporal más saludable.

La hipertensión es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular en todo el mundo. Los ensayos clínicos aleatorizados que se han realizado indican que los aceites de oliva vírgenes reducen la presión arterial, por lo que su consumo podría ayudar a disminuir la carga de enfermedad cardiovascular global y el gasto farmacéutico.

Los aceites de oliva vírgenes tienen potencial efecto anti-aterosclerótico, favoreciendo la función endotelial y preservando la presión arterial, manteniendo la funcionalidad de las lipoproteínas plasmáticas, ejerciendo efectos antiinflamatorios y antioxidantes, y modulando la expresión génica en diferentes tejidos, lo que permite mantener una adecuada homeostasis.

Los estudios epidemiológicos coinciden en que una dieta, donde los aceites de oliva vírgenes son la principal fuente de grasa, se asocia con un efecto quimiopreventivo. Los estudios realizados en modelos animales sugieren el efecto quimiopreventivo que específicamente poseen los polifenoles de los aceites de oliva vírgenes y, muchos estudios *in vitro*, están esclareciendo los mecanismos de acción involucrados. Aunque es casi imposible realizar estudios en humanos sobre la capacidad quimiopreventiva de un solo nutriente, las observaciones acumuladas son suficientemente sólidas como para aconsejar el consumo de aceites de oliva vírgenes como fuente principal de grasa con objeto de reducir el riesgo de cáncer.

Tanto los estudios de intervención realizados en humanos como los observacionales demuestran que la dieta Mediterránea se asocia con la reducción de la incidencia de cáncer de mama, especialmente de cáncer de mama postmenopáusico. Además, los estudios observacionales sugieren que, los aceites de oliva vírgenes pueden desempeñar, por sí solos, un papel específico en la prevención del cáncer de mama postmenopáusico.

Se ha sugerido que la dieta Mediterránea reduce el riesgo de cáncer colorrectal; sin embargo, las evidencias se limitan a estudios observacionales en humanos y, hasta la fecha, no disponemos de las evidencias suficientes sobre el posible papel que específicamente podrían tener los aceites de oliva vírgenes en la prevención del cáncer colorrectal.



Aunque los aceites de oliva vírgenes tienen el potencial de reducir el riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer (prevención primaria), no tenemos evidencias clínicas sólidas que demuestren que puedan influir en la progresión a largo plazo de las lesiones pre-malignas o cancerosas una vez que éstas ya han aparecido (tratamiento).

Diferentes estudios experimentales preclínicos han confirmado significativos efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores, tanto de los aceites de oliva vírgenes como de algunos de sus compuestos bioactivos, en patologías autoinmunes como la enfermedad inflamatoria intestinal, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la esclerosis. Por ello, el consumo de aceites de oliva vírgenes y sus compuestos minoritarios podrían adquirir una gran importancia en la terapia nutricional, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, y podría ser un enfoque alternativo en la prevención y tratamiento de diferentes enfermedades inmuno-inflamatorias.

Por último, la producción sostenible de alimentos es indispensable e inevitable para alimentar a la creciente población. Necesitamos urgentemente mejores prácticas agronómicas para garantizar alimentos nutritivos, accesibles a todos y respetuosos con el medio ambiente. Esto también es aplicable al aceite de oliva.



5. Conferencia. Dieta Mediterránea. (DM) ¿Es la dieta perfecta para salvar el planeta y la salud del ser humano?

Dr. Alejandro Bonetti Munnigh

La definición de Dieta Mediterránea en el día de hoy la concebimos de la siguiente manera:

La Dieta Mediterránea es una filosofía de vida basada en una forma de alimentarnos, de cocinar los alimentos, de compartirlos, de disfrutar de nuestro entorno y nuestro paisaje, de vivir y de relacionarnos con el medio, de generar arte y cultura, historia y tradiciones vinculados a nuestros alimentos emblemáticos y su origen.

Recordemos que la Dieta mediterránea ha sido declarada como la más sostenible por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (1). Y también como la más sana por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2) Así como Patrimonio Inmaterial y Cultural de la Humanidad por la UNESCO. (3)

Es hablar de salud en mayúscula, es el prototipo de “Dieta Saludable”, en la prevención de Enfermedades Cardiovasculares, Metabólicas (Obesidad, Diabetes), Neoplásicas-Tumorales (Cáncer de Mama, Cáncer de Colon), Neurodegenerativas (Enfermedad de Alzheimer, Parkinson).

Es sinónimo de agricultura sostenible, respetuosa con el planeta y se engloba en el concepto de “Salud Planetaria”, donde vincula la salud poblacional y el cuidado del planeta. (4)

El doble reto que hoy se nos plantea es aportar a la sociedad una dieta por excelencia saludable y a la vez, estemos resguardando, cuidando, o porque no, mimando el Medio Ambiente.

La dieta occidental rica en grasas saturadas, carnes, alimentos muy procesados, tienen un alto porcentaje de contaminación ambiental, con la creación de gases de efecto invernadero, que afectan la capa de ozono.

El crecimiento demográfico y los cambios en los hábitos alimenticios, ha dado como resultado la transformación de bosques para el uso agrícola, el desarrollo de una agricultura intensiva, con utilización de pesticidas, alimentos genéticamente modificados. (5)

A la larga, una mayor producción de alimentos es requisito previo para la salud a nivel mundial. Esta intensificación de la actividad agrícola supondrá un aumento de los riesgos de exposición a agentes infecciosos provocados por las alteraciones en los ecosistemas, a productos como pesticidas, metales...además de una pérdida de biodiversidad, fertilidad del suelo. Los que corren más peligro son los niños, mujeres gestantes, y aquellos con enfermedades crónicas y países en vías de desarrollo, con altas tasas de pobreza. (5)

Permítanme una reflexión final. La paradoja del sistema de producción alimentaria actual reside en que millones de consumidores ricos en el primer mundo fallecen por enfermedades relacionadas con la riqueza (enfermedades coronarias, infartos, diabetes y cáncer), provocadas por dietas poco saludables, hipercalórica, ricas en grasas saturadas, abundantes hidratos de carbono y como no, carnes ricas en grasas alimentadas a base de cereales-pienso, mientras que en el Tercer Mundo la gente muere de enfermedades provocadas por la pobreza al negársele el acceso a la tierra para cultivar cereales con los que alimentar a sus familias, pero sí para cereales destinados al pienso para animales del mundo desarrollado. Probablemente la solución pase por el necesario debate global sobre como promover una dieta «más vegetariana», diversificada y rica en proteínas para el ser humano.



BIBLIOGRAFIA

- 1.FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. Volver poner en la mesa la Dieta Mediterránea y otras Dietas Saludables. Roma, 27 de noviembre 2019.
- 2.. OMS. Dieta, Nutrición y Prevención de las Enfermedades Crónicas. Informes Técnicos 096- Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2003.
3. UNESCO. La Dieta Mediterránea: Chipre, Croacia, España, Grecia, Italia, Marruecos y Portugal. Inscrito 2011 (8.0M) en la lista de los representantes del Patrimonio Cultural Inmaterial de Humanidad-.
4. Pérez Cueto E. Federico José A. ¿Dieta Sostenible y Saludable? Retrospectiva e implicaciones para la Nutrición Pública. Rev. Chilena de Nutrición. 42-(3). 301-305. 2015
5. Contaminantes medioambientales en la alimentación. J.A. Ortega García¹, J. Ferrís i Tortajada², A. Ortí Martín¹, J.A. López Andreu³, A. Cánovas Conesa⁴, J. Garcia i Castell⁵, J. Aliaga Vera¹, J.J. Alcón Saez¹, B. Beseler Soto¹, E. Andreu Alapont¹, N. Molini Menchón¹, I. Navarro Vázquez.¹Servicio de Pediatría. ²Unidad de Oncología Pediátrica. ³Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Infantil Universitari⁰ La Fe. ⁴Facultad de Ciencias Químicas Valencia. ⁵Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Sagunto. Grupo de Trabajo de Salud Medioambiental de la Sociedad Valenciana de Pediatría.



6. Dieta mediterránea: un estilo de vida

Jesús Serrano Martín

Técnico de educación para la salud y participación comunitaria.
UGC de prevención, promoción y vigilancia de la salud. AGS Norte de Almería.



Reconocemos la obesidad como un problema de salud pública. Hablamos de una enfermedad que viene determinada por factores sociales y económicos, que no sólo tienen que ver con el sistema sanitario y que supone, por tanto, trabajar en la modificación de los entornos.

Es necesario invertir en políticas públicas que facilitan la disminución en el consumo de calorías y aumentar los tiempos que dedicamos a la actividad física. La publicidad, el transporte, la planificación de nuestras ciudades y pueblos, los sistemas educativos y sociales, y la propia oferta alimentaria, son claves para cambiar.

La dieta mediterránea, la de nuestras abuelas, la de nuestras madres, la dieta del aceite de oliva, la alimentación a base de colores, la de las frutas y verduras, que consume pocos productos procesados elaborados por la industria alimentaria, se basa en la dieta de temporada, de proximidad, la de las conservas caseras y de aprovechamiento, la que no genera envases ni residuos, se convierte en un reclamo saludable, sostenible y necesario que nos acerca a nuestras raíces y conecta con un futuro sostenible y saludable.

¿Cómo trabajamos la dieta mediterránea? Tradicionalmente la salud pública, se ha centrado en la prevención de los factores de riesgo con el objetivo de evitar la enfermedad, o bien, en reducir sus riesgos. Pongamos la mirada en el origen de la salud y no en la enfermedad, dicho de otra forma: ¿qué hace que las personas se mantengan sanas? ¿qué hace que usen el aceite de oliva, caminen 30 minutos diariamente o coman de 3 a 5 piezas de fruta o verdura diarias? Ponemos el foco en las capacidades, recursos, destrezas, oportunidades con las que contamos las personas, los grupos y las comunidades en su territorio, como facilitadoras de estilos de vida más saludables con relación a la alimentación equilibrada y actividad física.

Partimos por tanto, de un enfoque de la salud pública y bajo el paradigma del desarrollo positivo y los activos de salud (salutogénesis), incidiendo en los determinantes sociales, los factores de vulnerabilidad emocional, aspectos culturales incluidos la estética, imágenes de producción mediática y los mensajes educativos, informativos, publicitarios y comerciales que influyen sobre la autoimagen corporal, la autonomía personal y la capacidad crítica, sobre la autoestima, y el bienestar emocional de las personas, particularmente de las más jóvenes. Hay muchos chicos y chicas con exceso de peso que se sienten mal con su imagen corporal, pudiendo tener baja autoestima, o sufrir rechazo en su círculo de amigos o familia.

Desde esta perspectiva, ¿cuáles son nuestros recursos y activos en salud para trabajar la dieta mediterránea y el ejercicio físico?

Documentos marcos como el Plan para la Promoción de la Actividad física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE) y el Plan Integral de Obesidad Infantil, sientan las bases y despliegan las principales líneas de trabajo para la promoción y educación para la salud en alimentación saludable y fomento de la actividad física. Todos estos documentos marco se asientan sobre las bases de la perspectiva del ciclo vital, el modelo de activos en salud, el trabajo desde los determinantes y las desigualdades en salud y la perspectiva de género y considerando el papel y las capacidades de las personas y grupos para tomar decisiones saludables. Para dar soporte a estas líneas, contamos con la "Red Sandía", un espacio de profesionales para crear y fortalecer nuestros vínculos, compartir experiencias, proporcionar formación y reorientar y desarrollar el abordaje de la obesidad infantil en Andalucía.



Otros recursos institucionales de la Consejería de Salud y Familias con los que contamos son “Por un millón de pasos” y las “Rutas de vida sana”. La primera es una iniciativa que tiene como finalidad promover la práctica de actividad física en el conjunto de la población, a través de la organización de paseos en grupo. El proyecto está destinado a asociaciones y agrupaciones de personas, y su puesta en práctica es a nivel local. Por su parte, las Rutas de vida sana promueven el reconocimiento de las rutas que la ciudadanía utiliza para realizar actividad física (principalmente caminar) como un recurso municipal de promoción de la salud. Entre las medidas destinadas a que las personas logren tener una vida activa destacamos también el proyecto “Escaleras es Salud incluida en PAFAE, que ha demostrado su eficacia para promover el uso de las escaleras en vez del ascensor. En esta línea, la Consejería de Salud y Familias anima a las personas a que, en su vida diaria, suban y bajen escaleras, en vez de utilizar el ascensor. También se invita a las personas responsables de centros públicos, laborales, etc. a que pongan en marcha campañas de información y otras intervenciones que contribuyan a conseguir este fin.

No podemos olvidar como recurso la importancia del fomento de la lactancia materna y que incluimos en los planes de humanización de los servicios gine-obstétricos tanto en atención primaria como en hospital. Ese es el inicio de nuestras intervenciones profesionales para el fomento de la alimentación saludable. Existe evidencia que la lactancia materna es un factor de protección frente a la obesidad infantil, además de otros beneficios relacionados con el apego y la crianza.

Otra herramienta con la que contamos es el Consejo Dietético como una línea de acción que se está desarrollando en los servicios de atención primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consiste en que el personal de salud ofrezca asesoramiento a la población que atiende, así como información sobre activos para la salud que permitan mejorar sus hábitos de alimentación y llevar una vida activa. Las intervenciones incluyen la realización de talleres de la Cesta de la compra, lectura de etiquetado, etc. para capacitar a las personas y facilitar el proceso de toma de decisiones de una forma más sencilla y saludable ofreciendo información en forma de mapas de activos elaborados de forma local y comunitaria. El paciente o usuario está en el centro de las decisiones, el profesional tiene un papel facilitador y de acompañamiento. La comunicación interpersonal es centrar, es tecnología punta. Por ello, es importante dedicar un tiempo a cómo abordar la comunicación en consulta, a través del diagnóstico, cuidando el lenguaje, sin señalar, acusar ni etiquetar, explorando expectativas, valorando los antecedentes del problema en la familia..., en definitiva, hablar en clave de salud y no de peso.

Los centros educativos son un espacio imprescindible para promover estilos de vida saludables. La promoción de la salud en el medio escolar es un elemento amortiguador y compensador de las desigualdades y, sin duda, pueden mejorar los resultados académicos y reforzar el potencial inclusivo, socializador y comunitario. Los programas de Hábitos de vida saludables “Creciendo en Salud” (que incluye un plan de distribución de frutas y verduras) y “Forma Joven”, tanto en educación infantil, primaria, secundaria y centros de menores, han formado parte de los programas educativos desde hace años. Recordemos que estas propuestas de acción deben contemplar las intervenciones sobre el entorno para que las opciones más saludables sean accesibles: facilitar espacios adecuados y tiempos para la práctica de la actividad física, promover los desplazamientos escolares más activos como caminar o ir en bici por lugares seguros, favorecer la creación de carriles bicis y sus aparcamientos, conectar a las familias para realizarlos, proteger al alumnado de la publicidad, fuentes, sombras, facilitar el acceso a alimentos sanos más allá de las máquinas expendedoras de comida con altos niveles de grasas saturadas.

Desde el enfoque de la Salud Pública y bajo el paradigma del desarrollo positivo y los activos de salud, contamos con la iniciativa “Imagen y Salud” que reúne a instituciones, asociaciones y entidades pertenecientes a los sectores de la salud, la comunicación, el deporte, la publicidad, el diseño de moda, la alimentación, el consumo, la educación y la cultura con el objetivo de llevar a cabo actuaciones conjuntas orientadas a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y a la promoción de mensajes positivos para la ciudadanía sobre los patrones de belleza física y la alimentación saludable. Precisamente el culto al cuerpo, la equiparación de



autocontrol y delgadez, la identificación de autoestima y aceptación social del propio cuerpo en función de unos cánones arbitrariamente fijados, conforman un contexto que favorece las vivencias de malestar subjetivo y el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal, particularmente de las más jóvenes.

A nivel local y comunitario contamos con otros recursos en el territorio liderados por las administraciones locales, “los planes de acción local en salud” puestos en marcha desde 2008 y la “promoción de la salud en los lugares de trabajo”. Las administraciones locales tienen un papel fundamental en el fomento de los estilos de vida como autoridad sanitaria, administración más cercana a la ciudadanía y sobre todo por la oportunidad que supone poder hacer salud desde todas las políticas locales acompañadas y con el protagonismo de las redes sociales, el tejido asociativo, personas claves de la comunidad, los entes públicos y privados, etc., para proteger la salud de la población, cuidando su entorno medioambiental (agua potable, salud alimentaria, residuos, etc.) así como promoviendo estilos de vida saludables, para conseguir una mejor calidad de vida, más sana. Desde la promoción de la Salud en los lugares de trabajo el objetivo es Promover la salud de las personas e incrementar su propio control sobre la salud en los espacios de trabajo. Promoción sobre estilos de vida saludables, ejercicio físico, alimentación equilibrada y abordaje del tabaquismo, prevención de accidentes “in itinere”, el abordaje de las emociones y el estrés o los dolores de espalda, son algunos de los temas propuestos.

Aprovechemos las nuevas tecnologías para lanzar mensajes de salud y que potencien la capacidad crítica de las personas ante la información que nos bombardea. Para ello se pueden seleccionar webs, aplicaciones y perfiles en las redes que ofrezcan información veraz para combatir la presión mediática ante alimentos poco saludables.

Debemos igualmente hacer un esfuerzo por atender a las necesidades nutricionales y de actividad física derivados de las patologías crónicas. Un buen ejemplo de su abordaje son las Escuela de Pacientes dependiente de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Pacientes, personas cuidadoras, familiares, asociaciones y ciudadanía en general cuentan con estas actividades formativas para aprender y enseñar las mejores formas de cuidar y cuidarse. Cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias, patología renal..., son algunas de las patologías que se abordan acompañados por profesionales sanitarios y con la figura de los pacientes expertos.

Además de la movilización de estos recursos y activos expuestos, no podemos dejar a un lado otras medidas con evidencia que demuestra que se puede trabajar de forma eficaz la alimentación y el fomento de la actividad física. Es necesario reconocer el papel de las diferentes normativas y leyes para la regulación y/o limitación que nos protejan a las personas de la publicidad, promover el transporte activo, ofrecer espacios seguros, zonas verdes y de ocio con agua potable y fuentes, mobiliario adecuado y sombras..., a través de la planificación urbanística, adaptar la oferta alimentaria en centros de trabajo y educativos, establecer perímetros libres de establecimientos de comida rápida, garantizar la calidad nutricional y su accesibilidad con políticas de precios adecuados, valorar las tasas en las bebidas azucaradas, limitar los tamaños y raciones de los productos hipercalóricos y limitar el uso de grasas trans, y la cantidad de sal. Y, por último, y no menos importante, mejorar por parte de la industria alimentaria la transparencia de la información sobre el contenido de los productos procesados, apostando por un etiquetado claro, sencillo y veraz y que además garantice la seguridad y la trazabilidad de los productos.

En definitiva, se trata de poner en marcha actuaciones e intervenciones encaminadas a hacer fácil lo saludable, conociendo el impacto de las mismas, su grado de efectividad y su evidencia, sabiendo que ninguna por si sola, es suficiente.



7. Conferencia. Dieta Mediterránea y Salud Pública.

Dr. Mateo Silvente Ramirez

GRANDES MALES DE NUESTRA SOCIEDAD

- CARDIOPATIA ISQUEMICA
- ACIDENTE CEREBROVASCULAR
- DIABETES
- CANCER

CARDIOPATIA ISQUEMICA

- MAS FRECUENTE EN HOMBRES
- SIENDO LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN VARONES
- ASOCIADO A HTA
- HIPERCOLESTEROLEMIA
- OBESIDAD
- TABAQUISMOS
- SEDENTARISMOS

ACCIDENTE CARDIOVASCULAR

- MAS FRECUENTE EN MUJERES
- SEGUNDA CAUSA DE MUERTE
- ASOCIADO A ARRITMIAS
- HTA
- HIPERCOLESTEROLEMIA
- OBESIDAD

DIABETES

- ENFERMEDAD QUE SE ASOCIA A LAS ANTERIORES Y AGRAVA
- ASOCIADO A OBESIDAD
- CONCOMITANTE CON HTA
- DAÑO VASCULAR
- SEGÚN LA OMS SERA LA SEPTIMA CAUSA DE MUERTE EN 2030

REALIDAD ACTUAL Y Dmed

- EL NUMERO DE PUBLICACIONES EN LA BIBLIOGRAFIA SE DISPARA
- LA ASOCIACION DE LA Dmed y la disminución de ENFERMEDAD CV ES EVIDENTE
- Estudios como el PREDIMED, EPIC, SUN, WHICAP...



PREGUNTAS A RESIDENTES Y TUTORES DE LA UNIDAD DOCENTE DEL AGSNA

- 1- Tienes una formación académica reglada sobre dieta mediterránea?
(A) Facultad (B) MIR (C) Cursos
- 2- Que prioridad le das en tu práctica clínica diaria?
- 3- Lo consideras un primer eslabón de trabajo?
- 4- Tienes algún medio de valorar seguimiento y adhesión de los pacientes en consulta?
Que necesidades formativas necesitas?

CARACTERISTICAS DEL GRUPO

RESIDENTES

SIETE MUJERES Y NUEVE HOMBRES

EDAD MEDIA DE 26 AÑOS

TUTORES

DIEZ MUJERES Y SEIS HOMBRES

EDAD MEDIA 42 AÑOS

CONCLUSIONES

- COMO CONCLUSIONES LA FORMACION EN GENERAL SE TENDRIA QUE REALIZAR DESDE LA FACULTAD
- SE LE CONCEDE UNA IMPORTANCIA MEDIA EN LA PRACTICA CLINICA
- DEBE DE QUEDAR RECOGIDA EN LOS PLANES DE FORMACION MIR
- AUSENCIA DE CONOCIMIENTO DE MEDIOS DE SEGUIMIENTO Y ADHESION
- REALIZAR VIA INSTITUCIONAL CURSOS DE FORMACION
- APORTAR HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENO



8. Conferencia. Dieta Mediterránea y Corazón.

Dr. Manuel R Vida Gutiérrez



Ajustándonos al título de la presentación podríamos sintetizar nuestro mensaje diciendo que desde el punto de vista cardiovascular la dieta mediterránea se concreta, es decir, se inicia y se termina con una imagen y una fórmula:

La imagen es esta:
Y la fórmula es esta:

“IMAGÍNA TE UNA VULGAR BÁSCULA DE BAÑO”
 $IMC = \text{peso (kg)}/\text{talla (m}^2\text{)}$.

Donde IMC como sabemos que es el índice de masa corporal y cuyo resultado se puede interpretar, como también sabemos de la siguiente manera:

< 18,5	Peso insuficiente
18,5 – 24,9	Normal peso
25 – 29,9	sobrepeso
30 – 39,9	obesidad
40 – 49,9	obesidad mórbida
> 50	obesidad extrema

Esto es así tanto en cuanto la salud cardiovascular y la dieta mediterránea se encuentran en un punto, en la ausencia de sobrepeso. Ambas se distancian entre sí conforme aumentamos de peso. No es común padecer de enfermedad cardiovascular sin sobrepeso y no es común padecer de sobrepeso con una dieta mediterránea bien llevada a cabo. Con lo cual el factor determinante es el peso. Llevados a un peso adecuado podemos mejorar aún más nuestra salud cardiovascular si lo mantenemos con unos determinados alimentos que se han mostrado más cardioprotectores que otros. Pero siempre dejando bien claro que el punto crucial es el peso. Mantener un peso adecuado es evitar padecer los verdaderos enemigos de nuestro corazón como son el colesterol, la diabetes y la hipertensión. Este es el mensaje en sí mismo más efectivo es para salvar vidas. A este se añade buscar los alimentos idóneos. Y en esto ¿qué nos dice la Fundación Española del Corazón? Pues nos dice que:

“Si quieres cuidar tu corazón, no te olvides de estos alimentos” En nuestra alimentación semanal no deben faltar nunca estos aliados de nuestro corazón”:

Verduras, hortalizas y frutas

Ricas en antioxidantes, especialmente si las consumimos frescas. El potasio y magnesio que aportan cuidan el ritmo cardíaco. Poseen poco sodio y mucha fibra

Legumbres

Consumiéndolas al menos dos o tres veces en semana reducen hasta un 14% el riesgo de infarto o angina. Controlan el peso y reducen el colesterol.

Pescado

Son proteínas, pocas grasas saturadas y sobre todo ácidos grasos omega-3, los mayores aliados del corazón pues mejoran la función del endotelio, disminuyen la presión arterial, los triglicéridos, elevan la HDL y tienen acción neutra sobre la LDL. Además poseen efecto antiagregante plaquetario lo que previene la trombosis. Lo ideal es cuatro raciones semanales y que al menos dos de ellas sean pescado azul tipo atún, salmón, bonito, boquerón, caballa, jurel, palometa, sardina, etc.



Carne blanca

Bajas en grasas saturadas, alta en proteínas de buena calidad. Entre dos y tres veces en semana

Frutos secos

Sin excesos. Entre tres y siete raciones a la semana. Una ración es entre 20 y 30 gramos ya que son muy calóricos. Los más saludables son las nueces, anacardos, avellanas y almendras. Los cacahuets no son frutos secos, son legumbres desecadas.

Para concluir dos apreciaciones.

A) DÉCADA DE LOS 60 "ESTUDIO DE LOS 7 PAISES (Keys y Covián)

Estudio sobre la relación entre dieta y salud en 13.000 individuos de Grecia, Italia, Yugoslavia, Holanda, Finlandia, Japón y Estados Unidos.

Se demostró de forma inequívoca que los niveles de colesterol plasmático están directamente relacionados con el riesgo de padecer enfermedad coronaria. Las tasas más altas de enfermedad coronaria estaban en los países donde las cifras de colesterol eran más elevadas, siendo la isla de Creta, la de menor riesgo y una longevidad mayor.

La DIETA ERA EL FACTOR DETERMINANTE en las cifras de colesterol de las distintas poblaciones; grasa saturada de origen animal (carne, mantequilla) frente a la grasa procedente del aceite de oliva de los países mediterráneos.

Reconocimiento definitivo, por parte de la comunidad científica, de que la alimentación de los países ribereños del mediterráneo tiene un efecto protector frente a patologías cardiovasculares y cáncer.

B) El colesterol es la herramienta que usa el organismo para construir la aterosclerosis, componente básico de la enfermedad cardiovascular. El campo de batalla está en reducirlo, a niveles de cuando nacemos, igual que los niveles del reino animal irracional, sin enfermedad cardíaca.



9. Dieta Mediterránea y enfermedades metabólicas

Fco. Javier Peñafiel Martínez

Endocrinología y Nutrición
Hospital Universitario Torrecárdenas



Las enfermedades metabólicas constituyen un grupo de patologías frecuentemente asociadas entre sí, a menudo ligadas a la obesidad de predominio central, y que conllevan un significativo aumento del riesgo cardiovascular.

Obesidad de predominio central, hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipemia constituyen los componentes básicos del denominado “síndrome metabólico”. Frecuentemente también se asocian al mismo la enfermedad del hígado graso, el síndrome de ovarios poliquísticos, la hiperuricemia y el síndrome de apnea obstructiva del sueño, entre otros.

En los últimos años estamos asistiendo a un importante y continuo incremento en la incidencia y prevalencia de obesidad a nivel mundial, y con ello, también de todas las enfermedades metabólicas. La intensidad de este aumento ha llegado a ser descrita por algunos autores como un fenómeno “epidémico”.

El sustrato metabólico fundamental subyacente en el síndrome metabólico es la resistencia a la insulina. Asimismo, repetidos estudios confirman a este síndrome como un estado protrombótico y proinflamatorio, asociado con niveles elevados de proteína C reactiva, interleucina-6 e inhibidor del activador del plasminógeno (PAI) -1. Todo ello explica porqué el síndrome metabólico es un factor de riesgo importante para el desarrollo posterior de diabetes mellitus tipo 2 y / o enfermedad cardiovascular.

El tratamiento de las enfermedades metabólicas debe abordar el control de la tensión arterial, el abandono del hábito de fumar, el control glucémico en pacientes con diabetes y la reducción del colesterol sérico, todo ello siguiendo las pautas recomendadas por las distintas sociedades científicas. Además, ante un diagnóstico de síndrome metabólico debemos recordar que existe una amplia evidencia de la utilidad de una modificación agresiva del estilo de vida centrada en la reducción de peso y el aumento de la actividad física: una correcta alimentación en este tipo de pacientes se ha demostrado muy útil de forma consistente en reiterados trabajos. En los últimos años las evidencias confirman que la dieta mediterránea puede ser especialmente ventajosa en este entorno clínico: numerosos estudios evidencian una influencia claramente positiva y protectora de este tipo de dieta sobre las distintas enfermedades metabólicas.

BIBLIOGRAFIA

Koh KK, Han SH, Quon MJ. Inflammatory markers and the metabolic syndrome: insights from therapeutic interventions. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46:1978.

Hu FB, Meigs JB, Li TY, et al. Inflammatory markers and risk of developing type 2 diabetes in women. *Diabetes* 2004; 53:693.

Rutter MK, Meigs JB, Sullivan LM, et al. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and prediction of cardiovascular events in the Framingham Offspring Study. *Circulation* 2004; 110:380.

Esposito K, Marfella R, Ciotola M, et al. Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *JAMA* 2004; 292:1440.

Tortosa A, Bes-Rastrollo M, Sanchez-Villegas A, et al. Mediterranean diet inversely associated with the incidence of metabolic syndrome: the SUN prospective cohort. *Diabetes Care* 2007; 30:2957.



Salas-Salvadó J, Fernández-Ballart J, Ros E, et al. Effect of a Mediterranean diet supplemented with nuts on metabolic syndrome status: one-year results of the PREDIMED randomized trial. *Arch Intern Med* 2008; 168:2449.

Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K, et al. The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57:1299.

López-Suárez A, Bascuñana-Quirell A, Beltrán-Robles M, et al. Metabolic syndrome does not improve the prediction of 5-year cardiovascular disease and total mortality over standard risk markers. Prospective population based study. *Medicine (Baltimore)* 2014; 93:e212.



10. Dieta mediterránea en la infancia

Fernando Sánchez García



“El padre de la enfermedad pudo haber sido cualquiera, pero seguro que la madre es la mala alimentación”. (Hipócrates)

Desde tiempos de Hipócrates, era conocido que los desequilibrios alimentarios podían desencadenar enfermedades, y en el transcurso de los años, múltiples trabajos científicos, han venido a corroborarlo.

Ya en los años 60, el Dr. Keys en su trabajo denominado “Siete países”, destacaba la importancia de la dieta tradicional mediterránea en la disminución de la prevalencia de los problemas cardiovasculares, sin embargo, a partir de esos años empezó a producirse un abandono progresivo de este tipo de dieta, con la implantación progresiva de un patrón alimentario más propio del norte de Europa, que ha traído como consecuencia, un aumento en la prevalencia de patologías directamente relacionados con el desequilibrio en la alimentación.

La dieta mediterránea (DMt), ha sido reconocida como prototipo de dieta saludable y la estrategia NAOS avala dicha designación. En 2010 la UNESCO declara a la DMt patrimonio de la humanidad, y la FAO la incluye como modelo de dieta sostenible.

Dicha DMt se caracteriza por un perfil dietético basado en alimentos típicos de la región mediterránea y en su estilo de vida, recomendando el uso de aceite de oliva como grasa principal, junto con los frutos secos; la ingesta de al menos 2 raciones de verduras y 3 raciones de fruta al día, la ingesta de pescado antes que carne como fuente de proteínas, y el uso de Hidratos de carbono de bajo índice glucémico, junto con un estilo de vida, que combina la comida en familia y la actividad física.

La importancia de recomendar la DMt a la población infantil, viene reforzada no solo por la gran cantidad de las patologías crónicas directamente relacionadas con la dieta que se inician en esta etapa, sino por ser en la infancia donde se adquieren los hábitos nutricionales y de estilo de vida, que perdurarán en la vida adulta.

Esta dieta, va a ser beneficiosa tanto para la prevención como, para el tratamiento de un importante grupo de patologías, de una alta prevalencia en la población infantil.

DM y patologías:

Obesidad infantil (S. Metabólico)

Diabetes Mellitus

Dislipemias

Hipertensión arterial

Asma

Catarros y Otitis

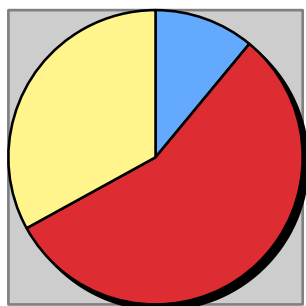
Los profesionales sanitarios, contamos con diferentes herramientas, para medir el grado de adherencia de los niños a dicha DMt, siendo la más usada, el cuestionario Kidmed, para niños y adolescentes con edades entre 2 y 24 años.

Dicho cuestionario consta de 16 preguntas dicotómicas (sí/no) relacionadas con distintos aspectos de la DMt, y nos permite clasificar al paciente en tres grupos según el grado de adherencia. (Baja adherencia, necesita mejorar y buena adherencia).

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/79e1f5ee-76df-4b4d-be99-f53b0fa6b95b>

El estudio EnKID, realizó una valoración del grado de adherencia a la DMt de la población infantil, reflejando

una adherencia no optima en el 52% de la población. Dichas cifras han ido aumentando en estudios posteriores, lo que corrobora el aumento progresivo del abandono de la DMt.

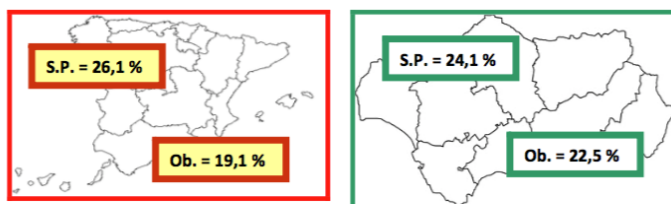


- Alta
- Media
- Baja

En nuestra área sanitaria, hemos estudiado el grado de adherencia de la población infantil obesa atendida en consultas externas, con una muestra de 84 pacientes de edades entre 4 y 14 años, resultando que un 89% de los mismos, presentaba un grado no óptimo de seguimiento de dicha DMt.

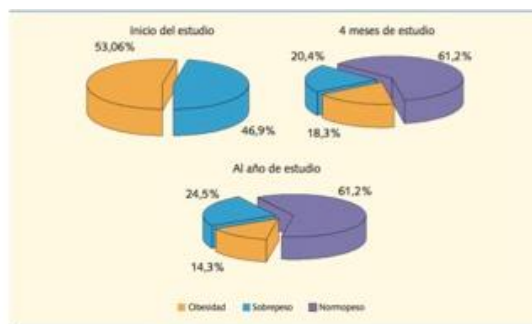
Los errores dietéticos más frecuentes recogidos en esta población consistían en: ausencia de desayuno y baja ingesta de frutas y verduras.

Obesidad infantil, cuya alta prevalencia en nuestra región, ha sido puesta de manifiesto por estudios como ALADINO y EnKid.



Prevalencia de Sobrepeso (S.P.) y Obesidad (Ob.) en España y Andalucía. Estudio Aladino 2010 – 2011, niños y niñas de 6 a 9,9 años.

Presentamos un trabajo muy representativo, de la eficacia de la DMt en el tratamiento de la Obesidad infantil; así como otros trabajos, que reportan los beneficios de este tipo de dieta en patologías como: Diabetes, Asma, Hipertensión, etc.



Consideramos que es nuestro deber como profesionales sanitarios, promover este tipo de alimentación en las familias y sobre todo en los niños, verdadero eje de las mismas, y para ello trataremos de promover todos los factores favorecedores de su implantación, minimizando en los posible los negativos.

Factores favorecedores de la DMt	Fact. negativos en la implantación
Consejo sanitario	Forma de vida actual. Poco tiempo en la cocina
Educación nutricional a la familia	Gran oferta de alimentos precocinados
Ed. Nutricional en el colegio (EVACOLE)	Dietas inadecuadas en medios de comunicación, modas.
Regulación de la publicidad (PAOS)	Fiestas, ocio y restauración.



Avances en Dieta Mediterránea y Vida Saludable

Podemos concluir que la DMt es una dieta equilibrada y de fácil implementación que ha demostrado sus beneficios no solo en la profilaxis, sino en el tratamiento de enfermedades tan prevalentes como la obesidad infantil, el asma, o la diabetes.

Dado que, en las últimas décadas, se ha venido produciendo cierto abandono de la misma, los profesionales sanitarios que atendemos a los niños tenemos la responsabilidad de establecer estrategias para aumentar su adherencia, basadas en una educación nutricional al niño y su familia, desde las consultas de hospital y Atención primaria, en las visitas a los colegios, en la supervisión de los comedores escolares (EVACOLE) y en la denuncia de publicidad engañosa.



11. Conferencia. Inteligencia emocional y Dieta Mediterránea

D. Fernando Ruzafa

Arquitecto Técnico, Colaborador del Aula de Dieta Mediterránea y Vida Saludable, Experto en Inteligencia Emocional en la Gestión de Recursos Humanos, Coach grupal, Estudios Universitarios en Coaching Personal y Estudios Avanzados en Felicidad y Resiliencia. Máster en Dirección y Gestión de Recursos Humanos. Master en Psicología y Coaching Deportivo.



Aunque a priori pueda sorprender el título de Inteligencia Emocional y Dieta Mediterránea, nos encontramos ante una asociación muy poderosa de dos pilares fundamentales en la mejora personal, es decir, un alto desarrollo de nuestra Inteligencia Emocional nos va a ayudar en la tarea de ir incorporando a nuestra vida la Dieta Mediterránea en mayor medida, o en su caso de ir mejorando en nuestro seguimiento de la misma, si es que ya la tenemos incorporada parcial o plenamente.

Pero también a su vez, un seguimiento de la Dieta Mediterránea nos va a aportar un estado de salud idóneo con una energía óptima para afrontar nuestros retos diarios y usar de forma más efectiva la Inteligencia Emocional.

La inmensa mayoría de autores que tratan el tema de la mejora personal, hacen especial hincapié en que la base de inicio pasa por mejorar nuestra vida a nivel físico, es decir algo tan básico como comer de forma saludable, hacer ejercicio y dormir las horas necesarias para una recuperación óptima. Una vez que cuidamos esta base tenemos un terreno ideal para trabajar nuestra gestión emocional en condiciones óptimas, entrando en juego nuestro desarrollo de la Inteligencia Emocional.

Hay que reseñar que solemos quejarnos de un mundo muy acelerado, donde nos cuesta mucho regular nuestras emociones y tenemos la sensación a menudo de que las situaciones nos superan. Esto sucede porque nos enfrentamos a múltiples retos diarios, a una velocidad de vida pasmosa, en muchas ocasiones sin el descanso necesario, sin la práctica de ejercicio o sin una dieta adecuada que favorezca todo lo anterior.

De ahí la importancia de la Dieta Mediterránea en nuestra vida como el combustible ideal para sacar el máximo partido a nuestro cuerpo y de la Inteligencia Emocional como herramienta de mejora continua y elemento motivador que nos anime en nuestro mantenimiento de esta dieta tan favorable, sin caer en alternativas más pobres, a veces por una falsa comodidad y en otras ocasiones por la comentada aceleración que no nos da tiempo a pararnos y ver si estamos avanzando en el camino correcto.

Otra labor importantísima de la Inteligencia Emocional directamente enfocada a los “Agentes de Salud” es que en su desarrollo encontramos las herramientas necesarias que nos van ayudar no solo a un buen seguimiento de nuestra dieta, sino también a una buena difusión de la misma, sabiendo comunicar de forma adecuada sus bondades y transmitiéndolas a otras personas con gran eficacia, realizando un impacto positivo y muy meritorio en la sociedad actual.

Después de abrir esta ventana para mostrar un enorme campo de trabajo y mejora apasionante, veamos de forma muy básica la Inteligencia Emocional como yo la veo, como una caja de herramientas que tenemos que ir mejorando de forma continua para que nos ayude a superar los retos que nos vamos encontrando a nivel emocional.

Como bien sabéis el coeficiente intelectual, también conocido como cociente intelectual (CI), al final es el resultado de un test comparativo, que durante muchos años se le ha dado excesiva importancia desde mi punto de vista, para calificar a las personas como poco, normal o muy inteligentes, pero cuando Daniel Goleman psicólogo estadounidense realizó un estudio sobre las personas que ocupaban los cargos más relevantes de nuestra sociedad descubrió, por el contrario de lo pueda parecer, que no eran por norma las personas con un alto CI, por lo que le llevo a desarrollar la teoría sobre otra forma de inteligencia que definió como “La capacidad de reconocer



nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos” acuñando el término de Inteligencia Emocional y demostrando que las personas que son más Inteligentes Emocionalmente ocupan puestos más relevantes que personas con CI más altos.

Esto es una buena noticia, ya que la Inteligencia Emocional se puede entrenar, al contrario que nuestra capacidad cerebral que es la traemos de serie al nacer, como se podría decir simplificando mucho. Por tanto, algo que se puede entrenar nos da un gran margen de mejora, y esto ya por si solo se convierte en un reto apasionante.

Permitirme ahora una pequeña reflexión, cuando en casa necesitáis realizar alguna pequeña operación de bricolaje ¿Qué hacéis?... imagino que lo primero conseguir la herramienta necesaria para realizar la tarea, los o las que seáis muy manitas posiblemente tendréis una caja de herramientas donde cuando os surge algún problemilla vais a buscar lo que os hace falta para esa ocasión. Si pensáis que esto es así, entonces no me explico cómo en un tema tan importante como el de las emociones, que regula nuestro estado de ánimo, nuestro comportamiento, nuestra forma de afrontar la vida y nos condiciona nuestro día a día, pues no nos preocupamos de adquirir herramientas, ni el entrenamiento necesario para usarlas por el simple hecho de que nos las vemos, ni tocamos físicamente. Pero no os quepa la menor duda que están ahí y las personas que las usan y manejan se desenvuelven mucho mejor en un mundo donde descuidamos muchas veces los puntos que verdaderamente nos fortalecen, porque nos son materiales, solo nosotros somos los responsables de adquirirlos o de seguir enfrentándonos a nuestros retos con pocas herramientas y de escasa calidad.

Para finalizar enumerar muy brevemente las 5 herramientas principales de la Inteligencia Emocional:

1. Autoconciencia

Consiste en analizar la capacidad de conocimiento que cada individuo tiene de sí mismo.

2. Autocontrol

Con mayor autocontrol podemos autorregular nuestras emociones y sentimientos y ser más prácticos socialmente.

3. La motivación

La motivación es una fuerza que nos impulsa, nos da energía adecuada para emprender y alcanzar las metas que nos proponemos.

4. La empatía

La empatía consiste en entender la realidad existencial del “otro”, “ponerse en su lugar”, “caminar en sus zapatos”...

5. Las Habilidades sociales

Las habilidades sociales son, junto con la empatía, la capacidad que podemos tener y aprender las personas para manejar y desenvolvemos de forma adecuada en las relaciones con los otros.

"No es que dejemos de hacer ciertas cosas porque son difíciles, son difíciles porque no las hacemos" (Séneca).



12. Valor de la Adherencia a la Dieta Mediterránea. Estado actual. Interés de la Impedanciometría.

Dra. Ma Luisa Fernandez Soto

Prof. Dra M^a Luisa Fernández Soto. Coordinadora de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Académica de número de RAMAO.



El patrón alimentario de Dieta Mediterránea (DM), como dieta de calidad, se asocia con una disminución del riesgo cardiovascular y con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y de algunos tipos de cáncer. La DM, de acuerdo con la definición original que propuso el Dr. Keys en sus investigaciones, se caracteriza por un elevado consumo de verduras, hortalizas, legumbres, cereales de grano entero, frutas, frutos secos y una ingesta elevada de aceite de oliva virgen extra (como la principal fuente de grasa en la dieta). También se caracteriza por un consumo moderado de pescado, de productos lácteos (con predominio de yogures y quesos), de un bajo consumo de carne y derivados cárnicos y de un consumo regular, pero moderado, de vino durante las comidas; pero la DM no se puede considerar sólo como un patrón de

alimentación saludable sino que engloba un estilo de vida saludable, con respeto a las tradiciones, y una práctica moderada de ejercicio físico. Recientemente se ha añadido una nueva cualidad y es la de ser sostenible con el medio ambiente.

Para conocer el grado de adherencia a la DM se utiliza habitualmente el cuestionario del estudio PREDIMED de 14 ítems. Se asigna el valor +1 a los ítems que supondrían buena adherencia a la DM mientras que se asigna 0 a aquellos que tienen mala implicación con la DM. Posteriormente se realiza la suma de cada uno de ellos y se considera que una persona tiene buena adherencia a la DM cuando la puntuación total sea igual o superior a nueve; si la suma total es inferior a nueve se considera baja adherencia a la DM.

Se evidencia como los procesos de industrialización, urbanización, desarrollo económico y globalización del mercado alimentario están produciendo cambios en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida. Todo ello, está provocando la adopción de estilos de vida sedentarios (que como consecuencia reducen el gasto energético), la elección de alimentos de peor calidad nutricional (como snacks, alimentos precocinados, procesados y ricos en grasa y azúcares refinados), modificando, además, la manera y/o el hábito de comer (comiendo más rápido, delante de las pantallas, sin una mesa comunal o de camino al trabajo).

Sus beneficios en salud se han puesto de manifiesto reiteradamente en diferentes estudios epidemiológicos; un metaanálisis realizado sobre estudios prospectivos de cohorte indica que la DM se asocia con una menor mortalidad global y más específicamente con mayor reducción de la mortalidad coronaria. El estudio PREDIMED, o la cohorte española de la investigación europea entre cáncer y nutrición (EPIC) concluyen que la dieta mediterránea se asocia con una reducción de la mortalidad y con una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud.

A pesar de estos resultados, suficientemente contrastados en la bibliografía, el porcentaje de individuos que siguen este patrón de alimentación correctamente todavía es bajo en población general, y menor en individuos con sobrepeso u obesidad. La ingesta alimentaria en España ha sufrido un profundo cambio alimentario en términos de macronutrientes, disminución de la ingesta calórica pero con un aumento excesivo en el consumo de grasa acompañado de un déficit de hidratos de carbono, sobre todo polisacáridos. Varios estudios publicados demuestran que solo el 20% de los españoles adultos siguen la dieta mediterránea, mientras que el 46% incorpora solo alguno de estos alimentos.

La puntuación media del cuestionario de adherencia a la DM en pacientes de nuestra consulta de obesidad mórbida en programa de cirugía bariátrica demuestran que la media es de 7,02 \pm 1,5, dos puntos por debajo de la puntuación que supondría una buena adherencia a la DM. Sólo el 14,58% de nuestros pacientes mostraban buena adherencia a la DM como se muestra en la figura.



El seguimiento de la DM ha dado lugar a un beneficio en términos de IMC, pero no hay una asociación clara con otros datos de composición corporal. Existen diferentes índices antropométricos para identificar el sobrepeso y la obesidad; el peso, el IMC, el índice cintura cadera (ICC), la circunferencia de la cintura, porcentaje de grasa corporal mediante el estudio de diferentes pliegues cutáneos.

El estudio de la composición corporal (CC) mediante la impedancia bioeléctrica (IBE) se incorporan a la práctica clínica para estimar la masa grasa (MG) y la masa libre de grasa (MLG) en el modelo más sencillo compartimental. Los modelos más complejos analizan distintos componentes de la MLG: agua corporal total (ACT), agua intracelular (AIC), agua extracelular (AEC) y masa celular activa (MCA). Así los compartimentos corporales pueden medirse cuantitativamente.

Además de la antropometría y la IBE, otras técnicas como la densitometría de rayos X doble fotón dual (DXA) y las técnicas radiológicas, también se utilizan en los centros que pueden disponer de las mismas. DXA es el método de referencia para analizar el compartimento óseo, se considera también técnica de referencia para CC en la práctica clínica porque permite valorar con precisión masa grasa y masa magra, tanto a nivel corporal total como a nivel segmentario, valorando además la grasa visceral y la relación entre MG y MLG, estimando así el índice sarcopénico. Su accesibilidad y coste limitan todavía su uso clínico, unido a la dificultad añadida de no tener disponibilidad a pie de cama y no valorar correctamente los cambios de hidratación.

La IBE es un método indirecto para la medida de la CC, basado en la capacidad del cuerpo humano para transmitir la corriente eléctrica. Esta se transmite bien a través de los líquidos y electrolitos, mientras que la grasa y el hueso son relativamente no conductores. De esta forma, la impedancia mide el agua corporal total (ACT) y, mediante ecuaciones predictivas basadas en técnicas de referencia, a partir del valor estimado de este, se obtienen la MLG y la MG.



El desarrollo reciente de nuevos equipos de impedanciometría multifrecuencia, espectroscópicos o segmentales, abren un abanico de posibilidades para realizar otras mediciones como la monitorización de fluidos corporales y valorar cambios longitudinales en los compartimentos corporales, obviando incluso el uso de ecuaciones específicas. Su aplicación en trabajos de investigación valorando la modificación de los CC y su relación con la adopción de patrones alimentarios saludables, como el de DM, nos proporcionará resultados más consistentes y significativos que solo los basados en la valoración de los cambios de peso corporal.

Bibliografía

Bonaccio M, Iacoviello L, de Gaetano G, Moli-Sani Investigators. The Mediterranean diet: the reasons for a success. *Thromb Res* 2012; 129:401-4.

Guasch-Ferré M, Hu FB, Martínez-González MA, Fitó M, Bulló M, Estruch R, et al. Olive oil intake and risk of cardiovascular disease and mortality in the PREDIMED Study. *BMC Med* 2014; 12: 78.



Ibarrola-Jurado N, Bulló M, Guasch-Ferré M, Ros E, Martínez-González MA, Corella D, et al. Cross-sectional assessment of nut consumption and obesity, metabolic syndrome and other cardiometabolic risk factors: the PREDIMED study. *PLoS One* 2013; 8: 57367

Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol* 1986; 124: 903-15.

Martínez-González MA, Fernández-Jarne E, Serrano-Martínez M, Wright M, Gomez-Gracia E. Development of a short dietary intake questionnaire for the quantitative estimation of adherence to a cardioprotective Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58:1550-2

Saulle R, Semyonov L, La Torre G. Cost and cost-effectiveness of the Mediterranean diet: results of a systematic review. *Nutrients* 2013; 5:4566-86.

Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ* 2008; 337:1344.

Trichopoulos A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med* 2003; 348: 2599-608



13. Conferencia. Primeros resultados de la Adherencia a Dieta Mediterránea y de Impedanciometría.

Dra. Diana Gimenez Rodriguez

Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería.



El Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable en colaboración con la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería (UAL) realizaron un estudio piloto entre los asistentes al I Congreso del Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable, con el objetivo de evaluar la adherencia a la dieta mediterránea y la bioimpedancia entre los asistentes al evento. La recogida de datos se realiza a través de:

- La medición de la impedancia bioeléctrica (estimación de la composición corporal) se realiza a través de un dispositivo médico para el análisis de composición corporal Akern. Es un método no invasivo, indoloro y de fácil aplicación, en el que se emite un impulso eléctrico sin perjuicio para la salud. En dicha medición, existen unos componentes claves: la resistencia, la reactancia y el ángulo de fase. Este último es empleado como marcador de integridad de la membrana celular.
- La adherencia a la dieta mediterránea se realiza a través del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (modificado de Trichopoulou et al., 2003). Para determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea, se clasificó en función de la puntuación total en: Alta adherencia 10-14 puntos; Media adherencia 7-9 puntos; Baja adherencia 0-6 puntos.

Los principales resultados se muestran a continuación:

La muestra quedó compuesta por 51 personas (23 hombres y 28 mujeres) con una edad media de 41,8 años \pm 16,6 d.e. Su peso medio fue de 73,72 kg. \pm 14,4d.e y la talla 1,71 \pm 0.09 d.e.

Los parámetros del ángulo de fase fueron normales en la población estudiada.

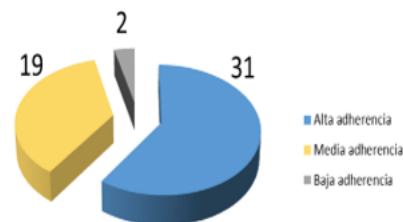
Además, en cuanto al nivel de actividad física, la mayoría de la muestra (68.7%) se consideraba activo-muy activo y atleta.

Con respecto a la adherencia a la dieta mediterránea, la media fue de 10.25 \pm 2.1d.e.

Solo existen dos personas que se pueden catalogar dentro del grupo de baja adherencia (teniendo en cuenta que su puntuación se encuentra en el límite 6), encontrándose la mayoría (59.6%) en una alta adherencia a la dieta mediterránea.

Seguramente estos magníficos resultados son consecuencia del evento en el que se realizó el pilotaje, siendo posible que las personas que asistieron a dicho congreso fueran conocedoras de las bondades de la dieta mediterránea, además de encontrarse altamente motivadas a su seguimiento.

Parámetro	Media \pm d.e.
Resistencia	568,8 \pm 88,9
Reactancia	59,9 \pm 8,25
Ángulo de fase	6,0 \pm 0,72
	Hombres: 6,48
	Mujeres: 5,68





No obstante, podemos destacar que en la muestra analizada puede existir una mejora en tres puntos: Mayor consumo de fruta, pescado o mariscos y legumbres.

De esta forma, el I Congreso del Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable fue el inicio de un camino que tiene como meta, avanzar y poner en práctica estrategias dedicadas a mejorar la salud de las personas.

En este contexto, consideramos que es importante investigar acerca del papel que juega la adherencia de la dieta mediterránea en las propiedades de la membrana celular; para ello, tendremos que estudiar dichos parámetros en población general para que se adapte a la generalidad de la sociedad y podamos investigar la relación real entre la adherencia a la dieta mediterránea y la impedancia.



14. PONENCIA: DIETA MEDITERRÁNEA Y COCINA SALUDABLE.

Antonio Gázquez Expósito



PONENCIA TALLER DEMOSTRATIVO

- 1- Dieta mediterránea, definición y esencia.
- 2- Productos de temporada K.O. y otros productos del Mediterráneo.
- 3- Legado de nuestros antepasados. (platos de la cocina tradicional de Almería actualizados).
- 4- Alimentos más importantes (virtudes) y técnicas de cocinado.
- 5- Menú piloto versus cocina tradicional y de vanguardia (montaje y exposición de menú).

DESAYUNO EN HOSPITAL DÍA 24 DE ENERO/2020

- CAFÉ
- LECHE
- INFUSIONES (te, mananilla, poleo)
- ZUMO DE NARANJA (natural)
- MACEDONIA DE FRUTAS NATURALES (naranja, manzana, fresas, kiwi)
- TOSTADAS:
 - PAN INTEGRAL
 - PAN NORMAL
- TOMATE RALLADO NATURAL GERGALEÑA
- ACEITE DE OLIVA V. E. ALMAZARA DE LUBRIN
- AGUA MINERAL.



15. Conferencia de Clausura. Abordaje integral en promoción de Vida Saludable desde la Consejería de Salud y Familia.

Dña. M. Ángeles Martín Linares



Funcionaria del cuerpo superior facultativo de IISS. Es licenciada en Veterinaria por la Facultad de Córdoba y Doctora en Veterinaria por la Universidad de Murcia. Es Experto Universitario en Gestión de Seguridad Alimentaria por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Está certificada por la Asociación Americana de Calidad (ASQ) como Auditora de Calidad, Auditora de Sistemas Biomédicos y Auditora APPCC. Es Lead Auditor ISO 9001:2015. Lea Instructor for FSPCA Preventive Controls for Human Foods. Qualified Trainer for Seafood HACCP Alliance (SHA) in Seafood Hazard Analysis and Critical Control Point. Qualified Trainer for SHA in Sanitation Control Procedures (SCP) for processing fish and fisheries products.

Abordaje integral en Promoción de vida Saludable desde la Consejería de Salud y Familias

La alimentación es uno de los principales determinantes de nuestra salud. El enfoque de la salud en todas las políticas es una estrategia de la comunidad andaluza, que queda definida en los sucesivos Planes de Salud y que incluye como objetivos:

- Diseñar e implantar una estrategia de alimentos saludable para la población andaluza, teniendo en cuenta las desigualdades sociales y de género en los patrones de consumo.
- Impulsar, promover y desarrollar la gastronomía y la alimentación como un sector estratégico para la economía de Andalucía, por su capacidad para generar empleo y actividad económica, conservar el patrimonio cultural gastronómico y los recursos naturales.
- Aumentar el bienestar social y la calidad de vida de la población andaluza, a través de una alimentación saludable y segura.

Hasta ahora: Plan para la promoción de actividad física y alimentación equilibrada. 2004-2008.

Con la finalidad de promocionar la actividad física y la alimentación equilibrada, se planteaban una serie de objetivos operativos en función de los diferentes grupos de población y/o ámbito de intervención identificados:

- Población general
- Servicios sanitarios (Red de Salud Pública de Consejo Dietético, gestionada por la Escuela Andaluza de Salud pública (EASP), constituye un importante elemento de apoyo a los y las profesionales, como recurso formativo y de intercambio de conocimiento y experiencia entre los más de setecientos profesionales que la forman.
- Ámbito educativo: En estrecha colaboración con la Consejería, con competencias en materias de educación, resalta la puesta en marcha de: o Programa de Alimentación Saludable en la Escuela durante los años 2004-2011. o Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN), cuyo seguimiento continúa hasta la puesta en marcha del nuevo programa educativo de promoción de hábitos saludables en 2015. o Plan de Evaluación de la Oferta Alimentaria en los Centros Escolares de Andalucía "EVACOLE", que lleva a cabo el personal de Protección de la Salud del Cuerpo Superior

Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía, y que ha supuesto un importante avance cualitativo en la valoración nutricional de los menús escolares.

- Entorno laboral e industria alimentaria y restauración o El Programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo es la vía de implantación de las acciones de promoción de hábitos saludables en el



ámbito laboral, concretamente a través de acciones de sensibilización y talleres de actividad física y de alimentación saludable.

- En el ámbito de la relación con la industria alimentaria, para fomentar una alimentación saludable, las acciones se han desarrollado mayoritariamente en el área de la restauración y a nivel local.
- En cuanto a la relación con la industria productora de alimentos, hay que destacar la mantenida por la Consejería en materia de agricultura para el abastecimiento de planes y campañas de promoción de productos saludables.

Lo nuevo: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE UNA VIDA SALUDABLE EN ANDALUCÍA

Se precisa de un nuevo impulso de las administraciones públicas, en este caso por la Consejería de Salud y Familias, para seguir reduciendo el sobrepeso y la obesidad en Andalucía.

Esta estrategia tiene la finalidad de mejorar la salud y el bienestar de la población andaluza mediante la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables.

Se centra en la promoción de hábitos y comportamientos relacionados con:

- ALIMENTACIÓN SALUDABLE
- ACTIVIDAD FÍSICA
- SUEÑO SALUDABLE
- BIENESTAR EMOCIONAL
- SEXUALIDAD RESPONSABLE
- USO POSITIVO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)

Principales líneas de actuación:

1. Acciones para fomentar los hábitos saludables en:

- El ámbito sanitario, papel fundamental, tanto en la prevención de la obesidad y del sobrepeso como en su detección y tratamiento. Es prioritario reforzar la capacitación de los profesionales de la salud y dotarles de herramientas que faciliten su labor, en coordinación con otros agentes.
- Centros educativos, de formación profesional y universitarios: incorporar iniciativas y políticas para promover hábitos saludables, tanto en relación con la alimentación como con la actividad física.
- Centros de Servicios Sociales para personas mayores, menores en situación de guarda y tutela, y personas con discapacidad.
- Centros de trabajo, tanto administraciones públicas como empresas privadas.

2. Acciones para fomentar los hábitos saludables en grupos de población en situación de riesgo social (zonas desfavorecidas, inmigrantes en situación de precariedad, personas sin hogar, centros de menores infractores y centros penitenciarios).

3. Acciones para potenciar la responsabilidad social ante la salud por parte del sector empresarial.

Debe implicarse en la promoción de una oferta de productos y servicios más saludables e informar de manera fiel sobre los componentes nutricionales. De manera complementaria, es preciso revisar el marco normativo relativo a la accesibilidad y publicidad de los productos y servicios menos saludables.

- Vending inteligente y saludable
- Programa de reducción progresiva de sal
- Programa de eliminación progresiva de grasas trans
- Vigilancia del etiquetado y de la composición nutricional de los alimentos

4. Acciones de formación, investigación e innovación en el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludables y su relación con la prevención de enfermedades crónicas.

Programas y estrategias lideradas por la Consejería de Salud y Familias



Los principales programas y estrategias de salud que abordan de manera operativa el fomento de los hábitos saludables incluidos en la nueva Estrategia son:

- Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía, coordinado desde el Servicio de Prevención.
- Programa de Promoción de Salud en el Lugar de Trabajo, coordinado desde el Servicio de Promoción y Acción Local en Salud.
- Estrategia de envejecimiento saludable "En buena edad" y Examen de Salud para Mayores de 65 años, coordinados desde la Subdirección de Planificación, Derechos y Resultados en Salud.
- Estrategia de Acción Local en Salud, coordinada desde el Servicio de Promoción y Acción Local en Salud.
- Estrategia de Seguridad Alimentaria para Andalucía, coordinada desde el Servicio de Seguridad Alimentaria.
- Estrategia GRUSE (Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud), coordinada desde el Servicio de Promoción y Acción Local en Salud.
- Estrategia Andaluza de Salud Sexual y Reproductiva, coordinada desde el Servicio de Prevención.
- Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCuida) coordinada desde el Servicio Andaluz de Salud.

Planes y programas liderados por otras Consejerías de la Junta de Andalucía

Los principales planes y programas que abordan de manera operativa el fomento de los hábitos saludables, pero este caso con la salvedad de que son liderados por otras Consejerías de la Junta de Andalucía:

- Programa Educativo para la Promoción de Hábitos de Vida Saludable, en sus dos modalidades "Creciendo en Salud" y "Forma Joven en el ámbito educativo", liderado por la Consejería de Educación y Deporte, en colaboración con la Consejería de Salud y Familias, la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, y la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible.
- Plan Escolar de Consumo de Frutas y Hortalizas, liderado por la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, en cooperación con la Consejería de Salud y Familias y la Consejería de Educación y Deportes.
- Plan de Deporte en Edad Escolar, liderado por la Consejería de Educación y Deporte, en coordinación con otros departamentos de la Junta de Andalucía, las entidades locales y las entidades deportivas andaluzas, que integra las actividades físico-deportivas desarrolladas en los centros educativos, en horario no lectivo.
- Plan Andaluz de la Bicicleta, liderado por la Consejería de Fomento, Infraestructura y Ordenación del Territorio, en coordinación con otros departamentos de la Junta de Andalucía.
- Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, liderado por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, contando con la participación de otras Consejerías con competencias en materias relacionadas con el ámbito de las drogas y adicciones.