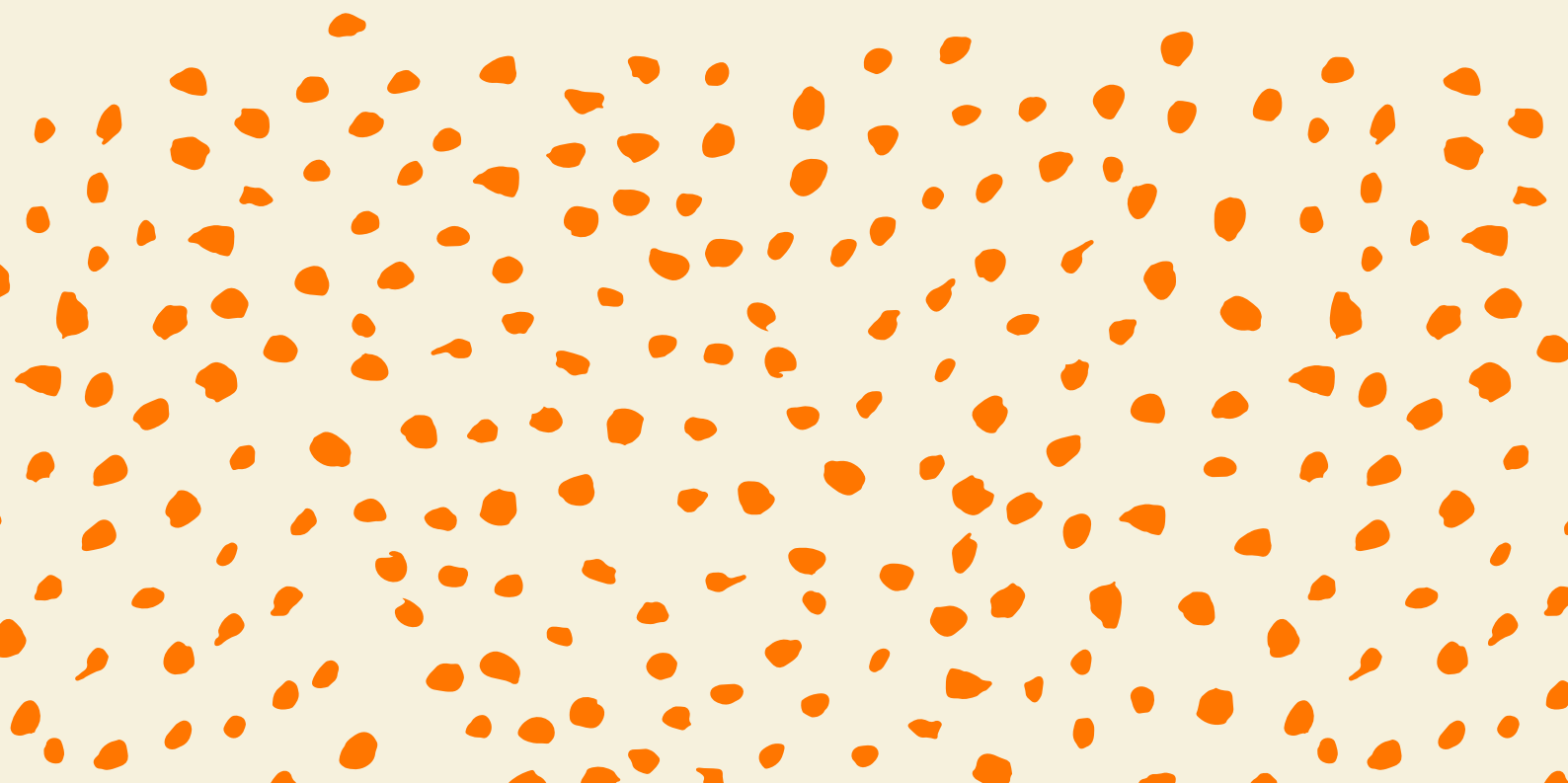


PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL (2022 - 2030)

**EN
PLAN
BIEN**

Resumen ejecutivo



Índice



1. Introducción

2. Por qué debemos actuar

2.1. Obesidad infantil en España

2.1.1. Evolución temporal

2.1.2. Obesidad infantil y COVID-19

2.1.3. Obesidad infantil y brecha social

2.2. Determinantes de la obesidad infantil

2.2.1. Transmisión familiar

2.2.2. Estilos de vida

2.3. Consecuencias de la obesidad infantil

2.3.1. Consecuencias en la salud

2.3.2. Consecuencias sociales y económicas

2.4. Recomendaciones internacionales

3. Un plan en alianza

4. Una década para el cambio

5. Plan estratégico

5.1. Cómo lograr el cambio

5.2. Marco de acción

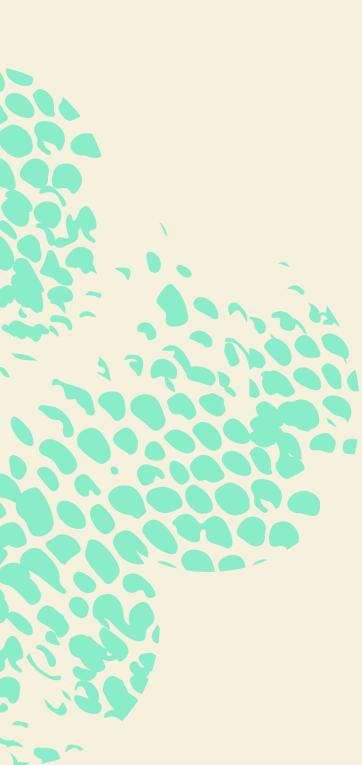
5.3. Plan de acción

5.3.1. Medidas prioritarias

5.3.2. Mecanismos de impulso

6. Gobernanza

7. Indicadores clave



1. Introducción

Crecer sanos y sanas no siempre es fácil. Existen obstáculos que dificultan que niños, niñas y adolescentes crezcan de forma saludable: no siempre tienen acceso a una alimentación adecuada, a veces no tienen tiempo o no cuentan con espacios adecuados para jugar o hacer deporte y, en ocasiones, no se dan las condiciones ideales para su bienestar emocional o para dormir lo necesario. Cuando esto ocurre, crecer sano o sana se complica.

Una de las principales dificultades que la infancia y la adolescencia enfrenta para crecer sana es el exceso de peso que afecta a cuatro de cada 10 niños y niñas y tres de cada 10 adolescentes en nuestro país. Esta situación es especialmente acusada en la infancia que vive en hogares con rentas bajas, que tiene el doble de posibilidades de desarrollar obesidad. Para estos niños, niñas y adolescentes, crecer de forma saludable es aún más complicado.

La obesidad dificulta que los niños y niñas crezcan sanos debido a las importantes consecuencias para su salud que pueden afectarles tanto en la infancia como en la edad adulta. Algunas de estas consecuencias son físicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, mayor riesgo de cáncer; otras son mentales, como baja autoestima, depresión o ansiedad; otras son sociales, como estigma, discriminación o dificultades para relacionarse; y todas ellas suponen una menor calidad de vida. Debido a estos efectos para la salud individual, la obesidad tiene importantes efectos colectivos que repercuten en nuestro desarrollo como país.

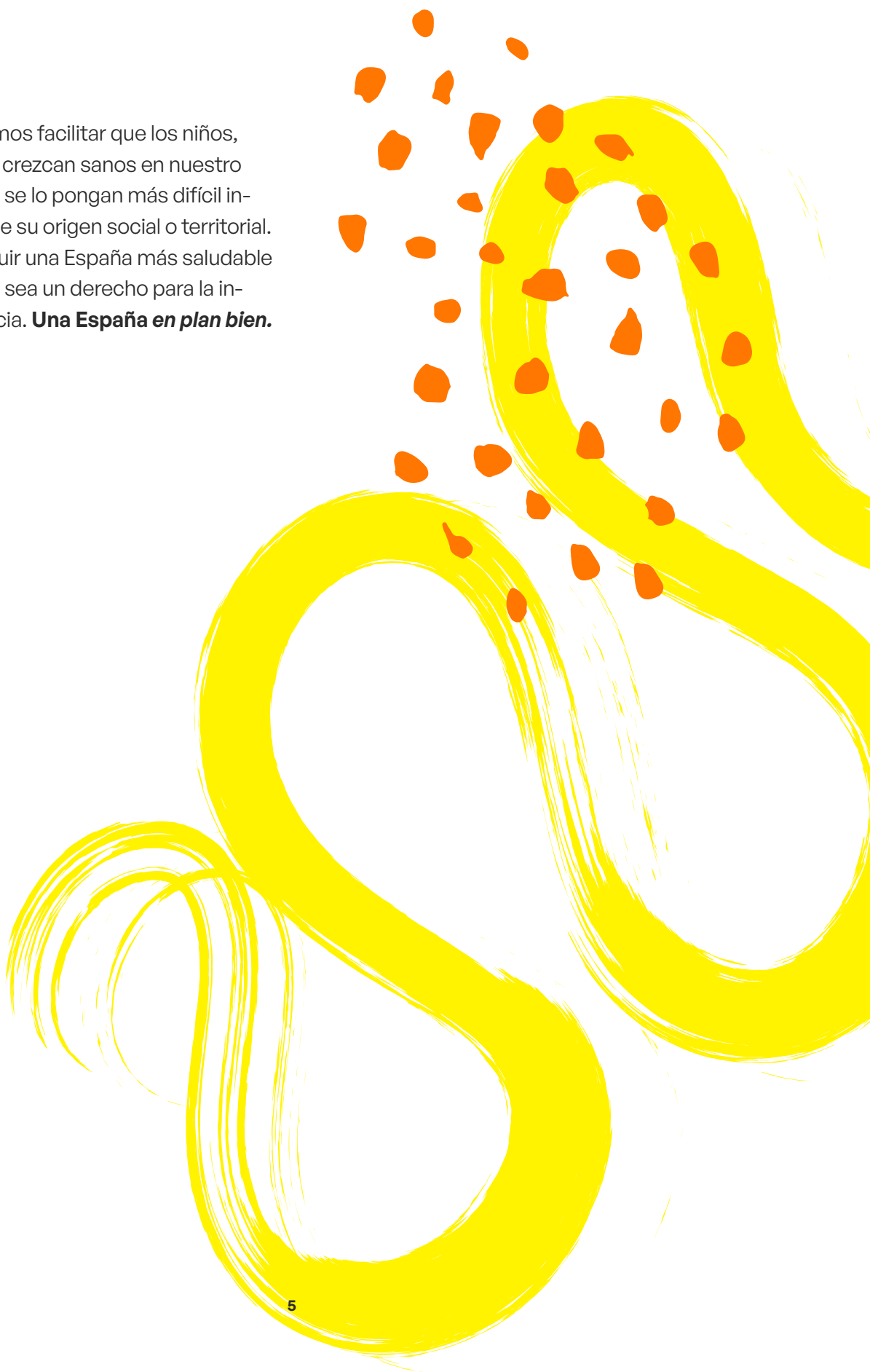
Para abordar la obesidad infantil debemos tener en cuenta su complejidad, no solo por sus múltiples consecuencias, también porque tiene muchas causas. Por ello, para garantizar el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, tenemos que actuar de forma integral asegurando que tienen acceso a estilos de vida saludable en sus entornos más cercanos, donde viven y pasan su tiempo: en la familia, en las escuelas, en los centros de salud, en internet, en las canchas y en los patios, en sus pueblos y ciudades.

Conseguir que la infancia y la adolescencia crezca de forma sana supone facilitar que estos entornos promuevan estilos de vida saludable: una vida activa, una alimentación sana, bienestar emocional y buenos hábitos de descanso. Para asegurar que esto ocurre es necesario reforzar los servicios públicos, proteger su salud y fomentar un cambio cultural para convertir estos estilos de vida en deseables y disfrutables.

En esta misión, todos debemos trabajar conjuntamente: familias, profesorado, sanitarios, empresas, medios de comunicación, entidades del tercer sector, administraciones públicas de todos los niveles y, por supuesto, los propios niños, niñas y adolescentes.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil plantea la hoja de ruta para el cambio en la próxima década y para su elaboración ha contado con la participación de los principales actores que pueden hacerlo posible.

Con este Plan queremos facilitar que los niños, niñas y adolescentes crezcan sanos en nuestro país, sin barreras que se lo pongan más difícil independientemente de su origen social o territorial. Ese es el plan: construir una España más saludable en la que crecer sano sea un derecho para la infancia y la adolescencia. **Una España en plan bien.**



2. Por qué debemos actuar

2.1. LA SITUACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA

La obesidad infantil es **uno de los principales problemas de salud pública** a nivel internacional y se asocia, junto con el sobrepeso, con numerosos problemas de salud tanto en la infancia como en la edad adulta. Su prevalencia es tan elevada que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha declarado “epidemia del siglo XXI” y, como tal, conlleva altos costes individuales, sociales y económicos con implicaciones a corto, medio y largo plazo¹.

En Europa, el exceso de peso infantil —que incluye el sobrepeso y la obesidad— ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Por ello, la Región Europea de la OMS impulsó en 2007 la *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), un sistema de vigilancia de la obesidad infantil que permite la comparación entre países y el análisis de tendencias a lo largo del tiempo contribuyendo a mejorar el conocimiento del problema, monitorizarlo y evaluar el impacto de las políticas y medidas implementadas para abordarlo.

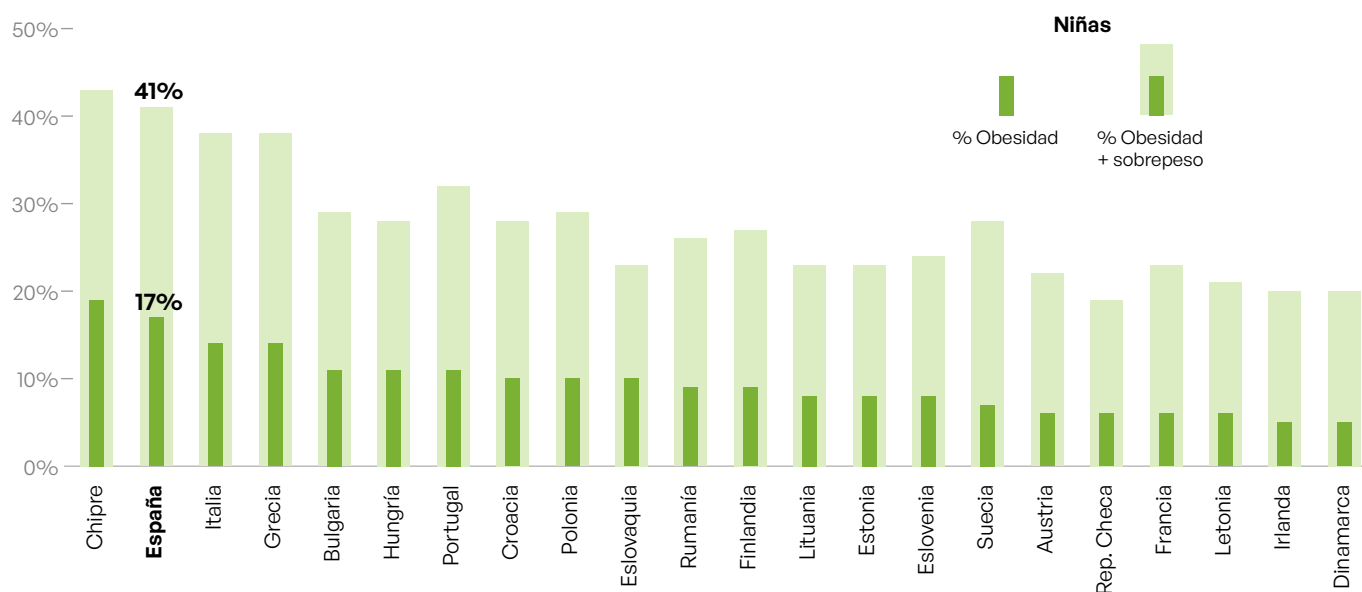
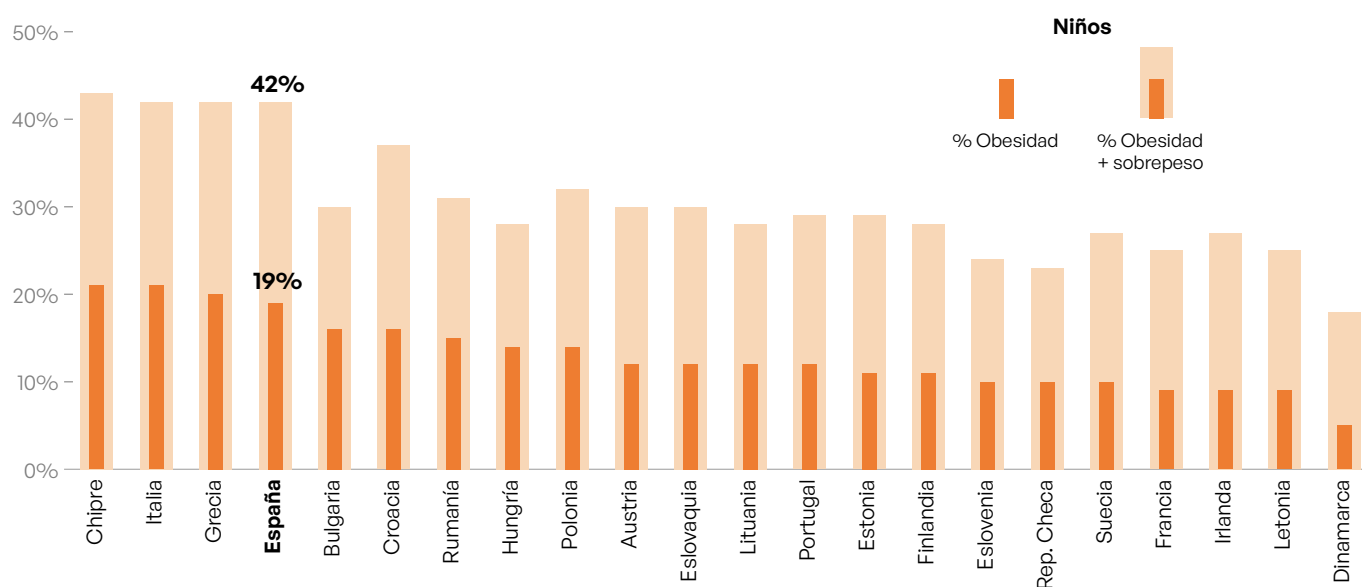
Los datos de la Iniciativa COSI² sitúan a España entre los países de la Unión Europea con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil junto con otros países del sur de Europa.

¹ Organización Mundial de la Salud. 2000. [Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation](#).

² WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). 2021. Report on the fourth round of data collection, 2015–2017 (2021).

Tasas comparadas de obesidad y sobrepeso infantil (6-9 años) por sexo en los países de la Unión Europea de la Iniciativa COSI

Fuente: COSI 2015-2017. OMS Europa.



Según el último dato disponible para España del estudio *ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad (ALADINO)*³ de la Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), en el marco de la iniciativa COSI, 4 de cada 10 niños y niñas tienen exceso de peso —23,3% sobrepeso y 17,3% obesidad—, siendo la obesidad más frecuente entre los niños y el sobrepeso entre las niñas.

4 de cada 10 niños y niñas tienen exceso de peso en nuestro país

Durante la adolescencia, según el Estudio *Physical Activity, Sedentarism and Obesity in Spanish Youth (PASOS)*⁴ —realizado por trece grupos de investigación coordinados por la Gasol Foundation— el exceso de peso en España se sitúa en el 32,5%, siendo el descenso de la obesidad el responsable de esta reducción, pasando del 17,3% al 9,7%, mientras que el sobrepeso desciende ligeramente hasta el 22,8%. A pesar de la diferencia respecto a la infancia, se sigue considerando una epidemia para esta franja de edad.

2.1.1. EVOLUCIÓN TEMPORAL

En la última década, el exceso de peso infantil en niños y niñas de 6 a 9 años muestra una **estabilización en niveles altos de prevalencia**.

Si ampliamos el análisis a la edad infantojuvenil (8-16 años) y la evolución a las dos últimas décadas, los datos del Estudio PASOS muestran que la obesidad se ha duplicado en el caso de las niñas y las adolescentes (5,3% frente a 10,1%) mientras que en los niños y los adolescentes la cifra permanece estable (15,9% frente al 15,1%).

Si además tenemos en cuenta la obesidad abdominal, un indicador muy asociado a efectos adversos para la salud, el crecimiento de la obesidad infantil y adolescente en los últimos veinte años ha sido aún más relevante, pasando de un 16% a un 22,8%, debido principalmente a la duplicación de la obesidad en las niñas y adolescentes (de 9,3% a 20%).

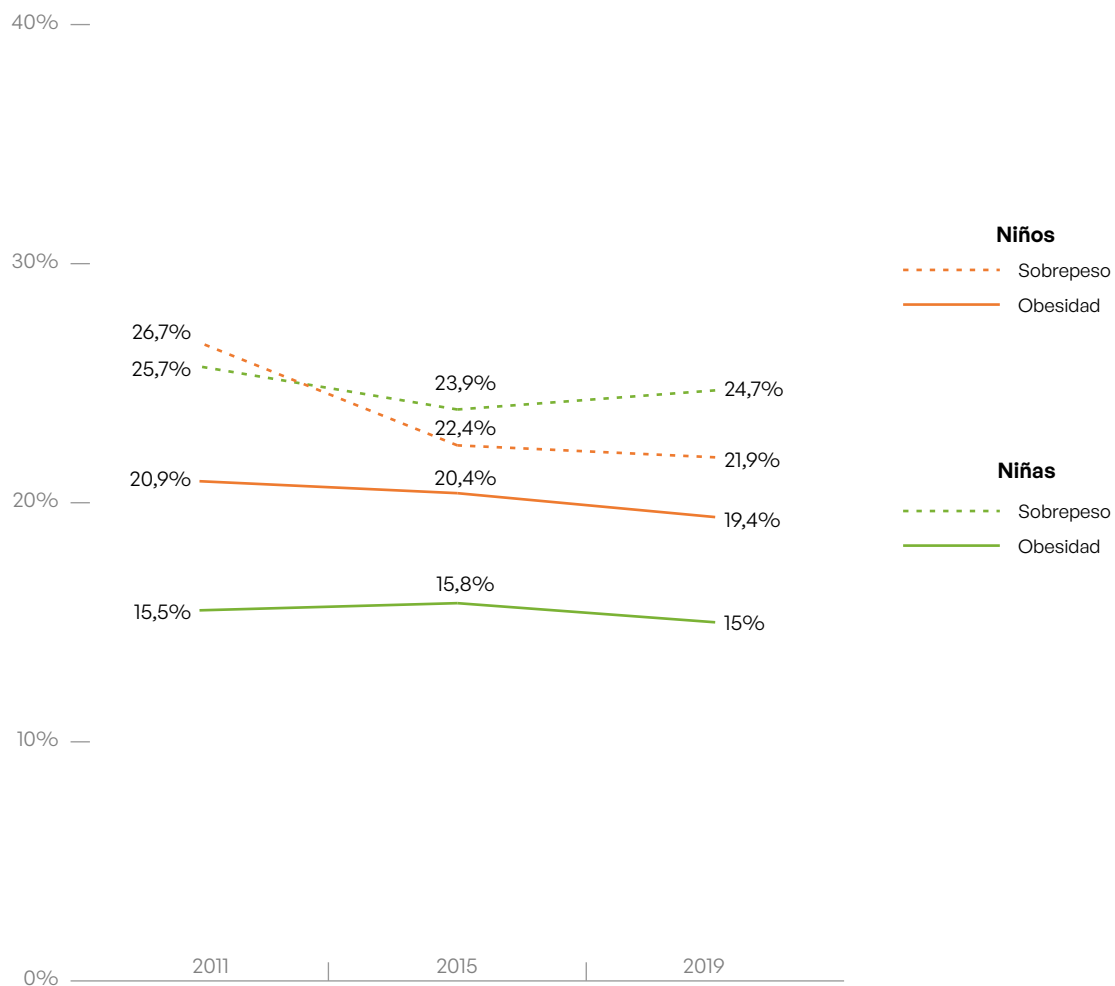
La obesidad se ha duplicado en las niñas y las adolescentes en los últimos 20 años

³ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. 2020. [Estudio de ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad en España](#) (ALADINO 2019).

⁴ Gasol Foundation. 2019. Resultados principales del [Estudio PASOS 2019](#) sobre la actividad física, los estilos de vida y la obesidad de la población española de 8 a 16 años.

Evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil (6-9 años) por sexo (2011-2019)

Fuente: Estudio ALADINO 2019. Agencia Española de Nutrición y Seguridad Alimentaria (AESAN).



2.1.2. OBESIDAD INFANTIL Y COVID-19

Existen cada vez más indicios de que la pandemia ha podido empeorar las cifras de obesidad infantil, especialmente para **niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA)** en situación de mayor vulnerabilidad⁵. La reducción de la movilidad y de la interacción social, el incremento del uso de pantallas, el aumento de consumo de alimentos con alto contenido en azúcares, grasas y sal —especialmente en hogares en los que la pandemia ha tenido un mayor impacto económico— y la dificultad de acceso al sistema sanitario son algunos de los factores que podrían haber intervenido como facilitadores del incremento de la obesidad infantil durante la pandemia de COVID-19.

2.1.3. OBESIDAD INFANTIL Y BRECHA SOCIAL

La desigualdad en la infancia tiene una relación directa con el exceso de peso infantil. **España uno de los países de la Unión Europea en los que la tasa de riesgo de pobreza infantil y la de obesidad presentan una correlación más alta.** A nivel del hogar, el porcentaje de niños y niñas con obesidad se duplica para los hogares con menos ingresos (23,7%) en comparación con los que tienen más ingresos (10,5%). Tanto la obesidad como el sobrepeso infantil son más frecuentes en hogares con menos recursos y disminuyen su frecuencia a mayor nivel de ingresos⁶.

La obesidad infantil se duplica para los niños y niñas en hogares con menos ingresos

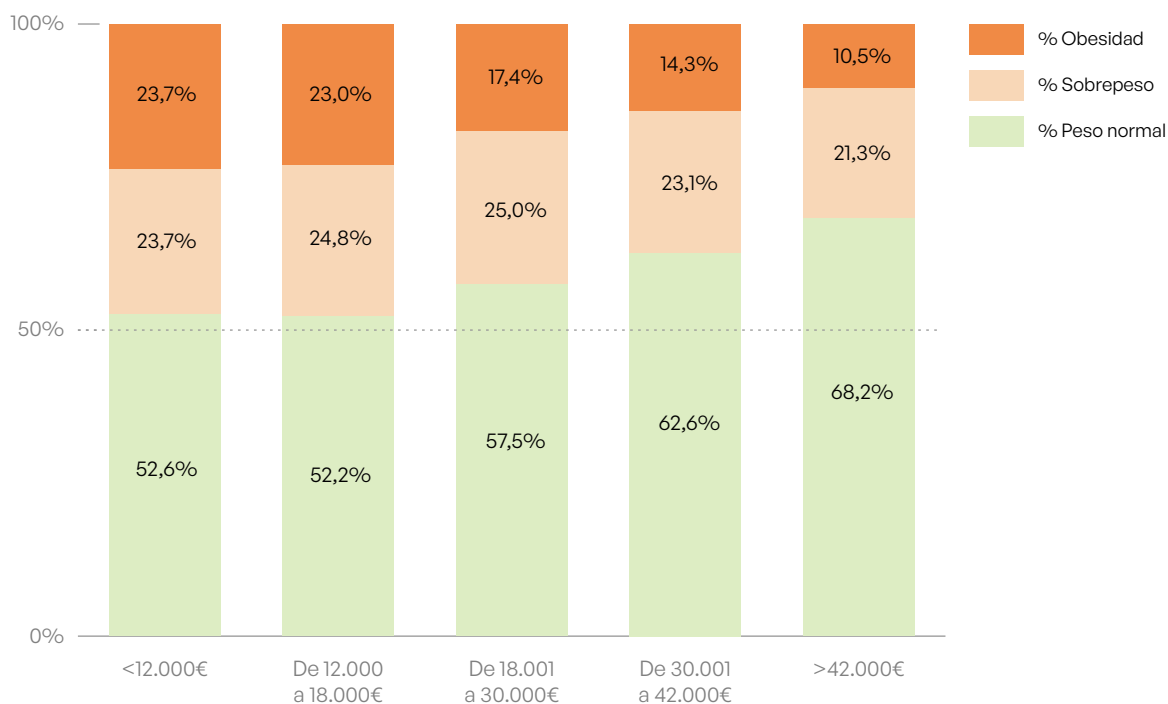
La pobreza infantil es, por tanto, uno de los factores que aumentan la probabilidad de tener exceso de peso. Además, la evidencia muestra que la prevalencia del exceso de peso se concentra en mayor medida entre los NNA de origen gitano, migrante y con discapacidad. Estos grupos especialmente vulnerables son prioritarios para las acciones del Plan.

⁵ Oficina Regional OMS Europa. 2022. [WHO European Regional Obesity Report 2022](#).

⁶ Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Consumo y Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Presidencia de Gobierno. 2022. [Obesidad y Pobreza Infantil: Radiografía de una doble desigualdad](#). Estudio del rol de los factores socioeconómicos en la obesidad de los escolares en España.

Sobrepeso y obesidad infantil según renta del hogar

Fuente: Adaptado de Informe Obesidad y Pobreza Infantil: Radiografía de una doble desigualdad.
 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil.



2.2. DETERMINANTES DE LA OBESIDAD INFANTIL

El sobrepeso y la obesidad se producen por un desequilibrio energético entre las calorías consumidas (alimentación) y gastadas (actividad física y sedentarismo).

Sin embargo, las causas de este desequilibrio no son únicas ni sencillas, sino que **la obesidad tiene un origen multicausal y complejo** en el que intervienen factores genéticos, biológicos, psicosociales, de estilo de vida, sociodemográficos y ambientales a lo largo de la vida de los NNA, con una especial importancia de la primera infancia, que es la etapa que más influye en el desarrollo físico, mental y social a corto y largo plazo.

2.2.1. TRANSMISIÓN FAMILIAR

La obesidad infantil se transmite en las familias desde las fases iniciales de la vida. Es más frecuente si los progenitores tienen obesidad, si durante el embarazo hay una ganancia de peso excesiva o diabetes gestacional o si la lactancia materna no es exclusiva durante los primeros meses de vida. También influye, como hemos visto, la renta del hogar y otros factores de vulnerabilidad social, las percepciones familiares sobre la obesidad y los hábitos saludables de las familias.

Según los datos del Estudio ALADINO 2019, **los progenitores en España infraestiman de forma importante el exceso de peso infantil:** el 69,1% de los niños y niñas con exceso de peso son percibidos por sus progenitores dentro de un peso normal. Esta percepción distorsionada es más frecuente si alguno de los progenitores tiene exceso de peso, si el hogar tiene un menor nivel de estudios o de ingresos o si el hijo es varón. Una de las principales dificultades que conlleva una percepción inadecuada del exceso de peso infantil es que minimiza el problema y retrasa su abordaje.

**7 de cada 10 escolares
con exceso de peso
son percibidos por
sus progenitores dentro
de un peso normal**



2.2.2. ESTILOS DE VIDA

La obesidad infantil es más frecuente en NNA con estilos de vida menos saludables en relación a la actividad física —menos tiempo dedicado a actividad física y más a actividades sedentarias—, a la alimentación —menos consumo de fruta y hortalizas y más consumo de alimentos y bebidas procesados con alto contenido calórico, en azúcares, grasas y sal y bajo contenido en fibra y en nutrientes esenciales—, al bienestar emocional —ansiedad, depresión, baja autoestima, aislamiento social— y al sueño —menor cumplimiento de las recomendaciones de horas de sueño—.

No dormir las horas recomendadas duplica el riesgo de obesidad en niños y niñas en etapa escolar

Un desequilibrio en el bienestar emocional incrementa la probabilidad de presentar obesidad

Los estilos de vida no son solo elecciones individuales, sino que los contextos socioculturales y económicos y los entornos donde viven y crecen los NNA tienen una gran influencia en la medida que facilitan o no la motivación y el acceso a los estilos de vida saludables. Dentro de estos contextos **destacan por su importancia tres sistemas: el alimentario, el de ocio y deporte y el sociocultural.**

BIENESTAR EMOCIONAL Y SUEÑO

Aunque los enfoques clásicos que relacionan los estilos de vida y el desarrollo de obesidad infantil se han centrado en la importancia de la actividad física y la alimentación, la evidencia científica internacional muestra cada vez de forma más clara la importancia del sueño⁷ y el bienestar emocional^{8,9} en el mantenimiento de un peso saludable, tanto de manera directa como a través de su influencia sobre la actividad física y la alimentación.

⁷ Miller et al. 2018. [Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: a systematic review and meta-analysis of prospective studies.](#)

⁸ Moradi et al. 2020. [Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies.](#)

⁹ Sutaria et al. 2019. [Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis.](#)

1. El sistema alimentario en todas sus fases, desde la producción y la distribución hasta el precio y el consumo de alimentos y bebidas, influye en la disponibilidad, acceso y preferencias de NNA a productos más o menos saludables tanto dentro como fuera del hogar.

2. El sistema de ocio y deporte influye en la accesibilidad de los NNA a espacios y rutinas en su vida cotidiana en los que realizar actividad física con otros NNA o en familia, el mantenimiento de una movilidad activa o la realización de ocio activo y deporte.

EVOLUCIÓN DE LA DIETA EN ESPAÑA

La composición de los patrones de alimentación y dieta ha evolucionado en las últimas décadas en nuestro país: ha disminuido el consumo de frutas, verduras, legumbres y productos frescos propios de la dieta mediterránea y ha aumentado el consumo de alimentos procesados con mayor contenido en azúcares, sal y grasas y menor contenido en fibra, proteínas y micronutrientes esenciales.

- Este cambio en la dieta de NNA se asocia con una mayor densidad energética, un aumento del consumo de azúcares libres y un descenso del consumo de fibra, tres de los principales factores que contribuyen al riesgo de desarrollar obesidad.
- Según los datos de la Iniciativa COSI, España es el país de la UE en el que menos niños y niñas consumen vegetales diariamente y el tercero en el que menos consumen fruta fresca diariamente.



VIDA ACTIVA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Los estudios ALADINO y PASOS 2019 muestran algunos datos relevantes en relación a la actividad física que realizan los NNA en nuestro país:

- El 75,4% de los niños y 65,2% de las niñas son activo/as y el 23% de los niños y el 25% de las niñas son sedentarios.
- Los estilos de vida menos saludables se asocian entre sí, de forma que los y las escolares con una alimentación menos saludable son también menos activos.
- A lo largo de la adolescencia disminuye el porcentaje de escolares activos, aumentando las diferencias por género de forma que las adolescentes son progresivamente menos activas que los adolescentes.

3. El sistema sociocultural condiciona los modelos sociales que influyen en las relaciones sociales, el tiempo y los recursos que los NNA y las familias tienen para dedicar a actividades saludables, al descanso y al bienestar y las percepciones sociales sobre el desarrollo saludable o la obesidad.

LA ERA DE LAS PANTALLAS

Vivimos en una sociedad interconectada, en la que el uso de las Tecnologías para la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC) ocupa cada vez más espacio en la vida cotidiana de NNA desde edades muy tempranas.

Un reciente estudio realizado por Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)¹⁰, en el que han participado más de 50.000 NNA españoles entre 11 y 18 años, perfila el uso generalizado de internet, en muchos casos de forma intensiva, que puede asociar consecuencias para su salud física, vinculadas al sedentarismo digital, y también sobre su salud mental y social:

- La inmensa mayoría (94,8%) tiene móvil, siendo la edad media de acceso al primer móvil los 11 años.
- Más de la mitad (58%) duerme con el móvil en la habitación y el 21% se conecta a partir de medianoche todos o casi todos los días.

- El 31,6% pasa más de cinco horas al día conectado a internet entre semana, aumentando esta cifra al 49,6% durante el fin de semana.
- Se cifra en 33% el porcentaje de adolescentes que estarían desarrollando un uso problemático de internet y de las redes sociales. Este porcentaje es mayor entre las chicas y se incrementa significativamente a partir de los 14 años.
- El 22,8% ha sufrido acoso escolar y el 9,2% ha sufrido ciberacoso en algún momento de su vida.



¹⁰ UNICEF España, Universidad de Santiago de Compostela y Consejo General de Colegios Profesionales de Ingeniería en Informática. 2021. [Impacto de la Tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades.](#)

2.3 CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

2.3.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD

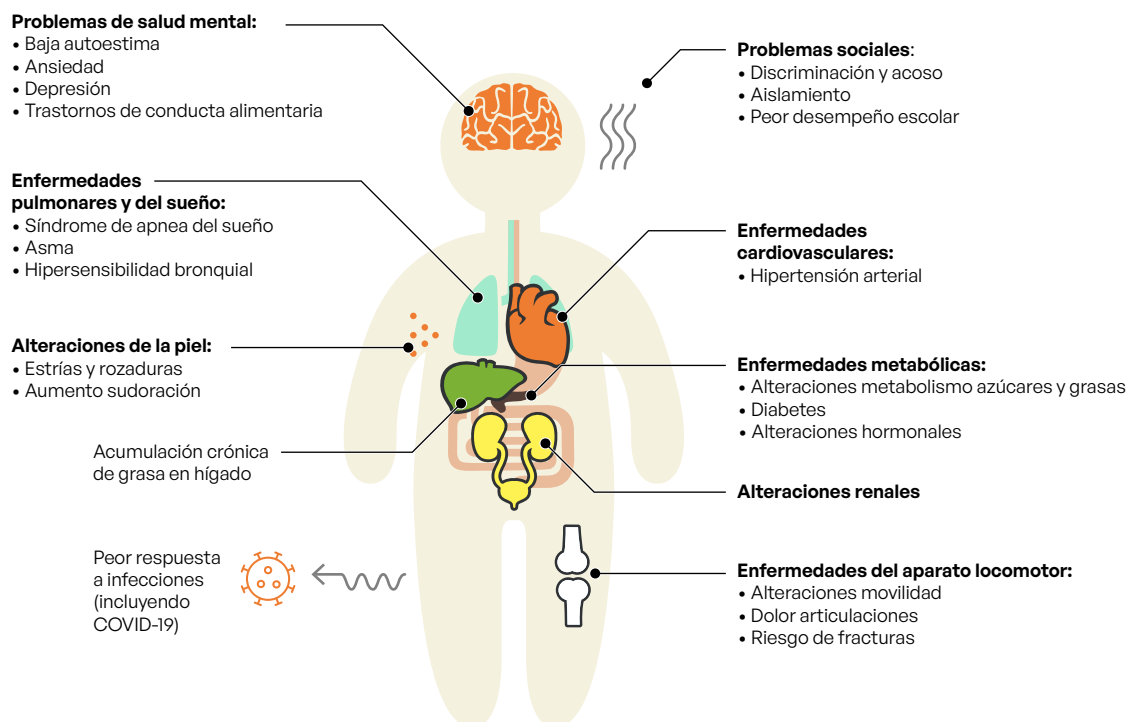
La obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, dado que conlleva consecuencias en la salud física, mental y social tanto en la infancia y la adolescencia como en la edad adulta.

A) Consecuencias en la salud durante la infancia y la adolescencia

La obesidad infantil está asociada con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud que afectan a múltiples sistemas del organismo cuya gravedad aumenta con el grado de obesidad. Aunque en el pasado se consideraba que estos problemas se producían en la edad adulta, en la actualidad sabemos que muchos de ellos empiezan en la infancia y la adolescencia, condicionando la calidad de vida de NNA.

El 55% de los niños y niñas con obesidad serán adolescentes con obesidad

El 80% de los adolescentes con obesidad serán adultos con obesidad



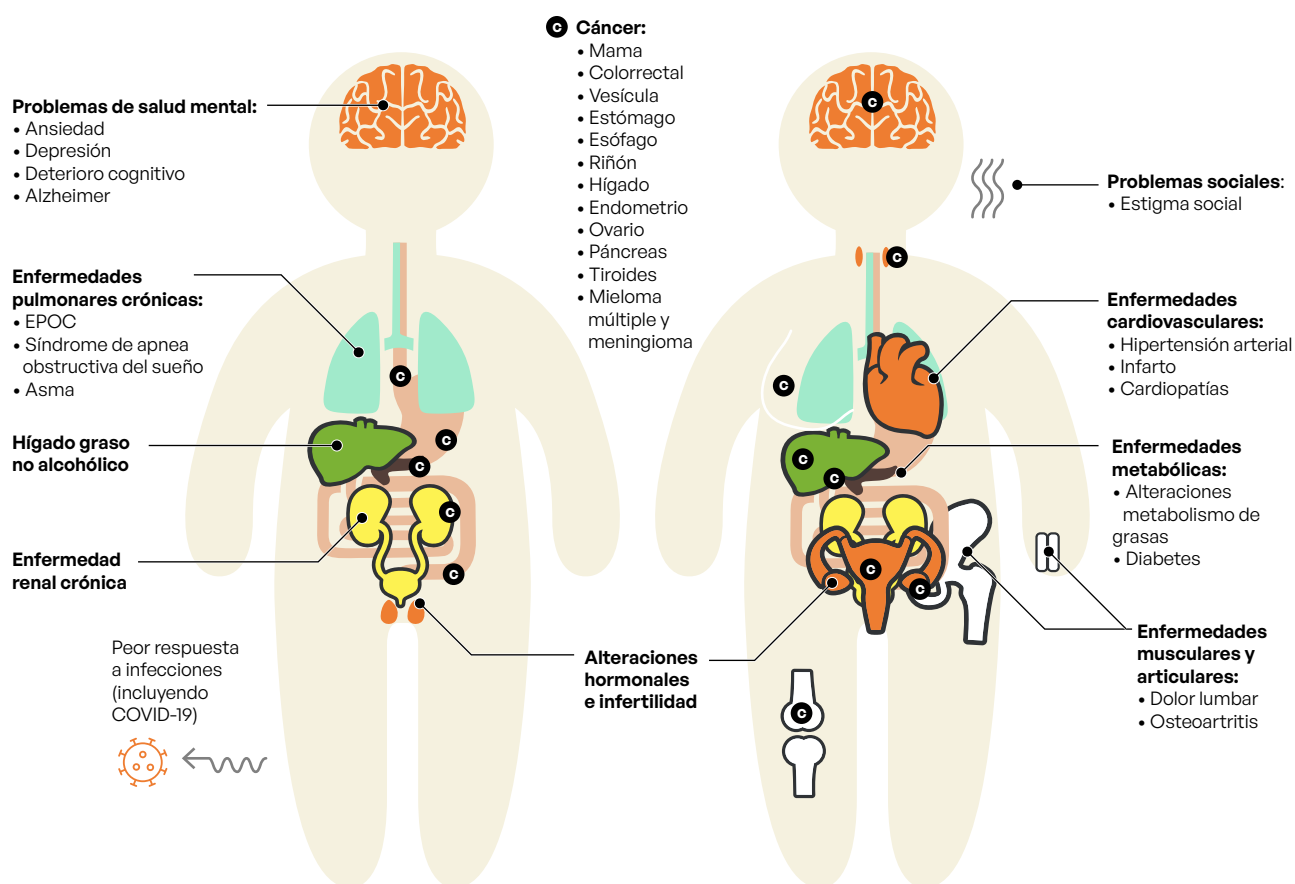
Fuente: Adaptado de Ebbeling et al. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. 2002.

B) Consecuencias en la salud durante la edad adulta

La obesidad es una enfermedad crónica progresiva que se asocia a la aparición precoz de distintas enfermedades, a la pérdida de calidad de vida y a la reducción de la esperanza de vida. El incremento de la mortalidad se produce principalmente por un aumento del riesgo de las dos principales causas de muerte en España: las enfermedades cardiovasculares y, al menos, trece tipos de cáncer.

La obesidad reduce la esperanza de vida: cuanto más grave es, más se reduce

El incremento de la mortalidad se produce principalmente por un aumento del riesgo de las dos principales causas de muerte en España: las enfermedades cardiovasculares y el cáncer



Fuente: Adaptado de WHO European Regional Obesity Report 2022.

2.3.2. CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

Aunque las consecuencias más visibles de la obesidad infantil se producen sobre la salud física, existen **efectos psicosociales** negativos en la salud mental, en la calidad de vida y en el desarrollo, incluyendo un menor rendimiento escolar, mayor absentismo y menor probabilidad de tener buenos resultados académicos y de completar una educación superior.

A largo plazo, la obesidad en la edad adulta tiene **efectos socioeconómicos** adversos tanto directos como indirectos, como por ejemplo altos costes sanitarios derivados de problemas de salud asociados, pérdida de productividad o morbilidad prematura.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹¹, preocupada por el crecimiento mundial de la obesidad, realizó en 2019 un estudio sobre su coste económico en 52 países. Los resultados para España son impactantes: la obesidad supone una reducción de 2,6 años en la esperanza de vida de la población, es responsable del 9,7% del gasto sanitario y reduce la productividad laboral en el equivalente a 479.000 jornadas laborales anuales, lo que en conjunto supone una reducción del PIB del 2,9%. Para cubrir estos costes, cada persona en nuestro país paga 265 euros de promedio al año en impuestos. El estudio concluye que, por cada euro invertido en la prevención de la obesidad en España, se recuperarían seis.



¹¹ OCDE. 2019, The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, [OECD Health Policy Studies](#).

El coste económico de la obesidad en España supone una reducción del 2,9% del PIB

Por cada euro invertido en prevención de la obesidad en España se recuperarían 6 euros



2.4 RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

La obesidad infantil es una prioridad estratégica a nivel internacional. La Unión Europea, la OMS y organizaciones como la *World Obesity Federation* plantean la necesidad de abordar la obesidad de forma integral. Sus recomendaciones se han tenido en cuenta para la elaboración del Plan.

El *Plan de Acción Europeo para reducir la obesidad infantil 2014-2020*¹², actualmente en evaluación, incluye una amplia gama de medidas desde un enfoque intersectorial con ocho áreas de acción clave: 1. Apoyar un buen comienzo en la vida, con intervenciones en las distintas etapas de la infancia desde el embarazo. 2. Promover entornos más saludables, con especial foco en el entorno escolar. 3. Hacer que la opción más saludable sea la más fácil. 4. Restringir el marketing dirigido a la infancia. 5. Informar y empoderar a las familias. 6. Potenciar la actividad física. 7. Seguir y evaluar el estado de salud de la infancia, la obesidad infantil y factores asociados, así como los resultados de las medidas. 8. Aumentar la investigación y trasladar sus resultados a acciones innovadoras.

Las *Recomendaciones de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*¹³ de la OMS y el reciente *Informe sobre la obesidad 2022* de la Oficina Regional Europea de la OMS recomiendan un conjunto de acciones integrales con enfoque poblacional a lo largo del ciclo de la vida desde el embarazo, con el objetivo de crear entornos que promuevan la salud y el desarrollo sostenible, impulsadas desde un alto nivel político, con participación de distintos departamentos gubernamentales y de todos los actores de interés implicados en la obesidad.

Esta visión intersectorial e integral permite abordar la obesidad infantil en el marco de la Agenda 2030. La *World Obesity Federation*¹⁴ relaciona las iniciativas destinadas a la reducción de la obesidad con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** demostrando que existen importantes sinergias, lo que supone una oportunidad para impulsar las acciones de una forma transversal sin dejar a nadie atrás.

La obesidad infantil es una prioridad estratégica a nivel internacional

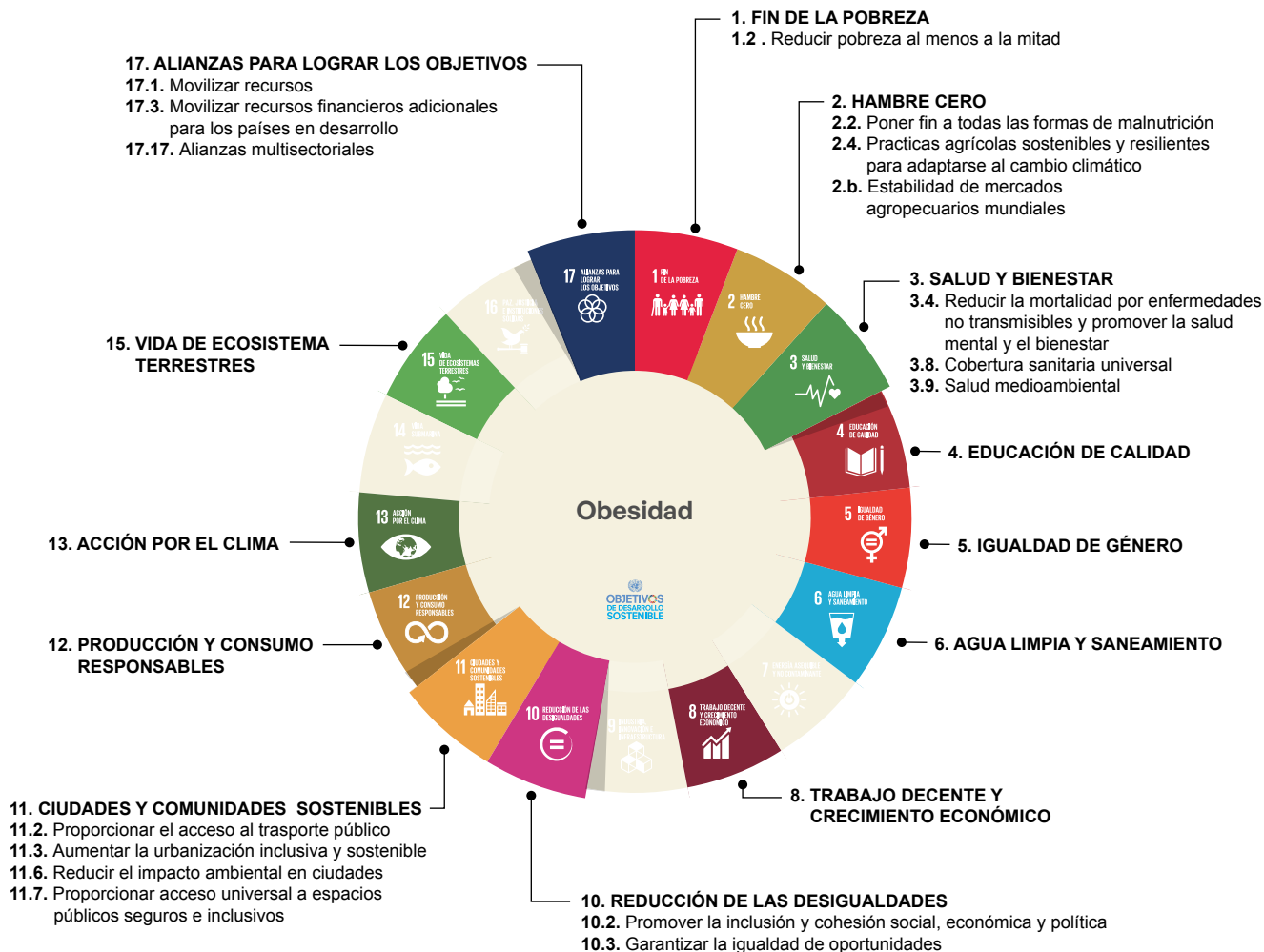
¹² Comisión Europea. 2014. [EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020](#).

¹³ Organización Mundial de la Salud. 2016. [Report of the Commission On Ending Childhood Obesity](#).

¹⁴ World Obesity Federation. [Obesity and the SDGs: an opportunity hidden in plain sight | World Obesity Federation](#).

ODS relacionados con la obesidad

Fuente: Adaptado de World Obesity Federation.



3. Un plan en alianza

El **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil** ha sido impulsado desde el Gobierno y coordinado por el **alto Comisionado contra la Pobreza Infantil en Presidencia de Gobierno**, con la *Gasol Foundation* como aliado clave.

Se concibe como una **gran alianza nacional intersectorial** destinada a facilitar que los NNA de nuestro país crezcan de forma saludable. De esta manera, está concebido como una hoja de ruta para los próximos diez años con el objetivo de generar un impulso de acción multinivel y en cascada entre las diferentes administraciones públicas en el marco de sus competencias, el sector científico, el tercer sector y el sector fundacional, las empresas y la sociedad civil.

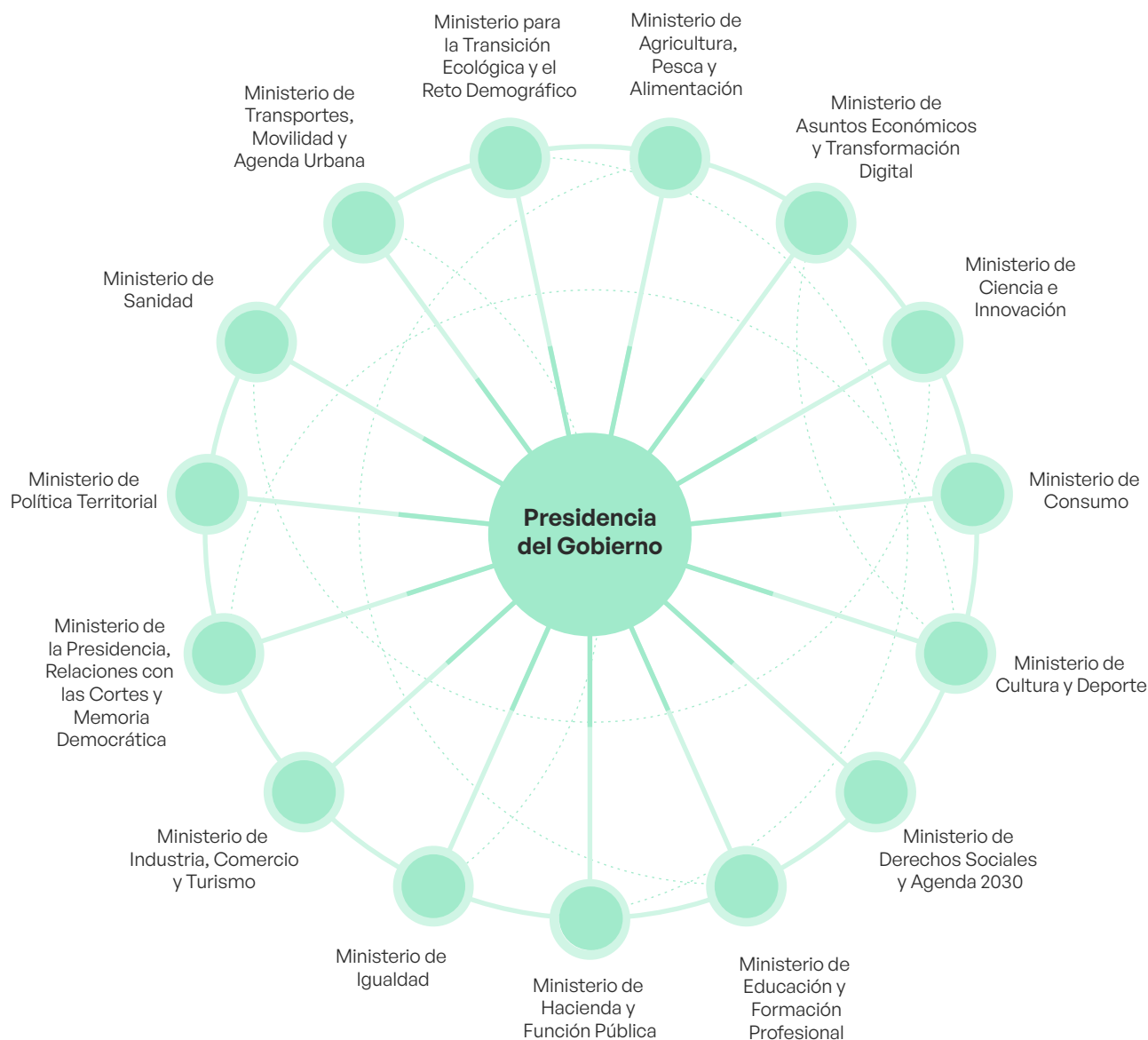
Así, el Plan propone marcar unas líneas maestras de actuación coordinada para la próxima década que sirvan de marco para el desarrollo y la puesta en marcha de acciones por parte de todos los actores implicados.

El Plan se ha desarrollado con una **metodología participativa** en cuatro niveles—institucional, científico, social y económico— y con el apoyo de organismos internacionales como la OMS o UNICEF.

1 • NIVEL INSTITUCIONAL

Se ha constituido una mesa interministerial que ha desarrollado las principales líneas de acción prioritarias del Plan. En ella han participado 15 ministerios junto a la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

Ministerios participantes



2 • NIVEL CIENTÍFICO

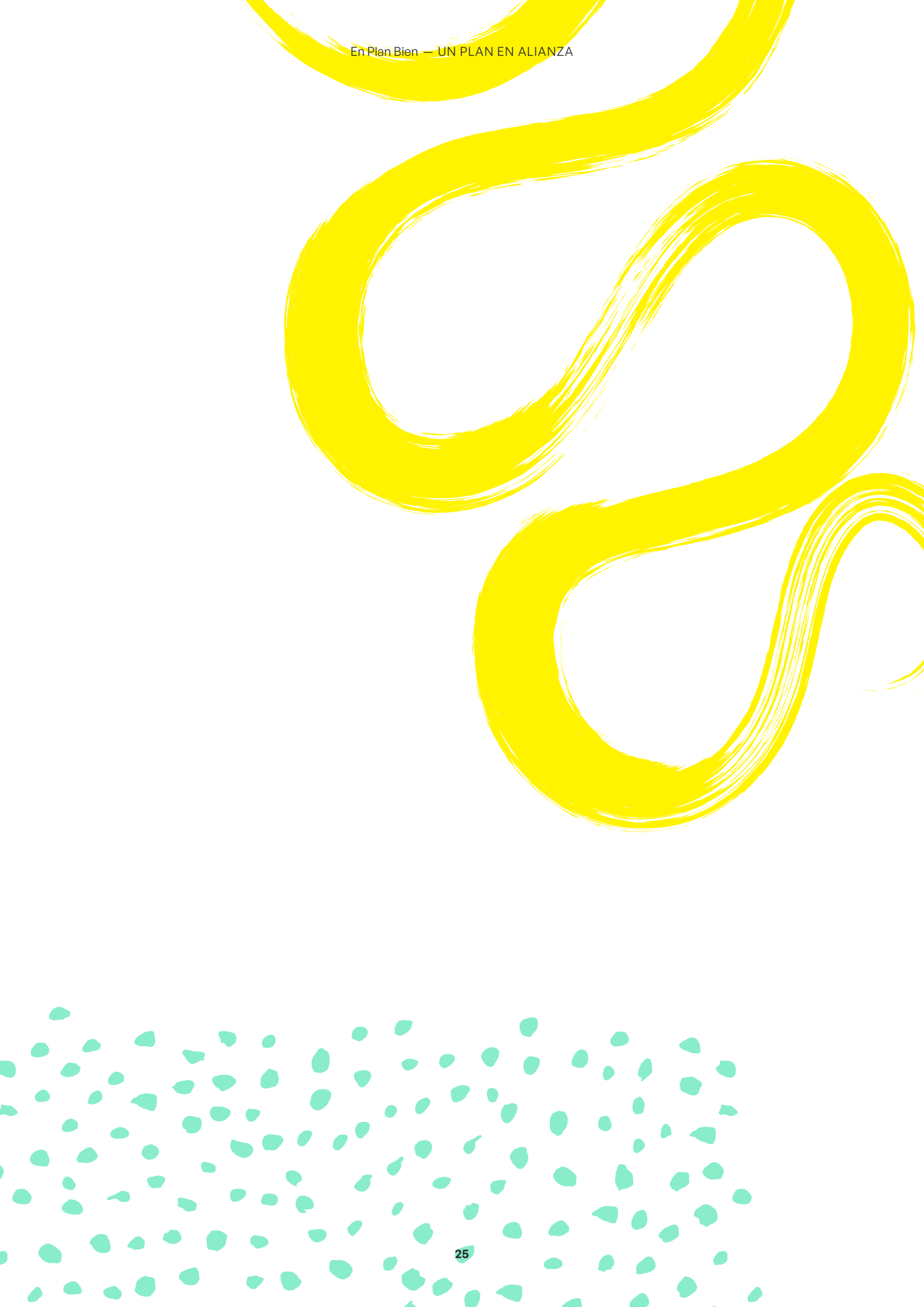
Se ha constituido una mesa científica formada por 18 sociedades e instituciones científicas del ámbito de la salud con el objetivo de que el Plan esté basado en la evidencia científica y en las mejores prácticas.

3 • NIVEL SOCIAL

Se ha constituido una mesa social que cuenta con la participación de 13 organizaciones del tercer sector de acción social y sociedad civil que trabajan en salud e infancia y asociaciones de familias.

4 • NIVEL ECONÓMICO

Se ha constituido una mesa económica que cuenta con la participación de 25 asociaciones y federaciones representantes de los sectores económicos implicados en el Plan, incluyendo el sector alimentario, el de la actividad física y el deporte y el sector digital y audiovisual.



4. Una década para el cambio

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil nace para hacer real una visión para la próxima década: **alcanzar una España en la que crecer de forma saludable sea un derecho para todos los niños, niñas y adolescentes.**

Debido a la necesidad de cambios integrales para alcanzar esta visión, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil tiene la misión de **aliar a todos los actores implicados para que los NNA crezcan en entornos que hagan más fáciles, accesibles y disfrutables los estilos de vida saludables:** una vida más activa y menos sedentaria, una alimentación más saludable, un mayor bienestar emocional y un mejor descanso.

De esta manera, **el objetivo del Plan es conseguir reducir el sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente en España en un 25% durante la próxima década sin dejar a nadie atrás.**

Para cumplir su misión, el Plan parte de una serie de **principios rectores** que guiarán toda la acción:

■ **Acción transversal de salud en todas las políticas**

Enfoque de acción transversal que integra tanto políticas sanitarias como de otros sectores que influyen en la salud de NNA.

■ **Visión preventiva desde el inicio de la vida**

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la primera infancia para mejorar la salud a lo largo del ciclo de vida de NNA.

■ **Perspectiva de derechos de la infancia**

Protección del derecho a la salud de NNA, reconocido por la Constitución, la Convención de los Derechos de la Infancia de Naciones Unidas y la Estrategia de la UE sobre los Derechos de la Infancia en el marco del Pilar Europeo de Derechos Sociales.

■ **Enfoque positivo y no estigmatizante**

Inclusión de una perspectiva transversal no estigmatizante de la situación ponderal de NNA a partir de una visión *body-positive*, que fomente una adecuada percepción y autopercepción desde un enfoque positivo orientado a la salud.

■ **Basado en la evidencia científica**

Desarrollo desde el mejor conocimiento disponible sobre la obesidad infantil y adolescente y las recomendaciones de organizaciones internacionales de referencia.

■ **Evaluación y adaptabilidad**

Definición de indicadores clave con metas a 2025 y 2030 y seguimiento anual de su desarrollo. Como hoja de ruta viva, reajustará su acción en función de los resultados y de la aparición de nuevas evidencias científicas.



LAS CLAVES DEL CAMBIO

- **Defender el derecho de niños, niñas y adolescentes a crecer de forma saludable, a crecer bien.**
- **Apoyar una vida saludable desde el inicio, con intervenciones adaptadas a las distintas etapas de la infancia desde el embarazo.**
- **Impulsar una transformación saludable de los estilos de vida de los niños y las niñas.**
- **Promover que los entornos donde viven y crecen niños y niñas sean más saludables, seguros y amigables.**
- **Disminuir la brecha social y de género en el acceso a los estilos de vida saludables.**
- **Informar, apoyar y empoderar a las familias con el refuerzo de los recursos públicos dirigidos a la infancia.**
- **Impulsar una gran alianza apelando a la corresponsabilidad de todos los actores implicados en la salud de la infancia.**
- **Mejorar los instrumentos de vigilancia de la obesidad infantil y sus determinantes.**

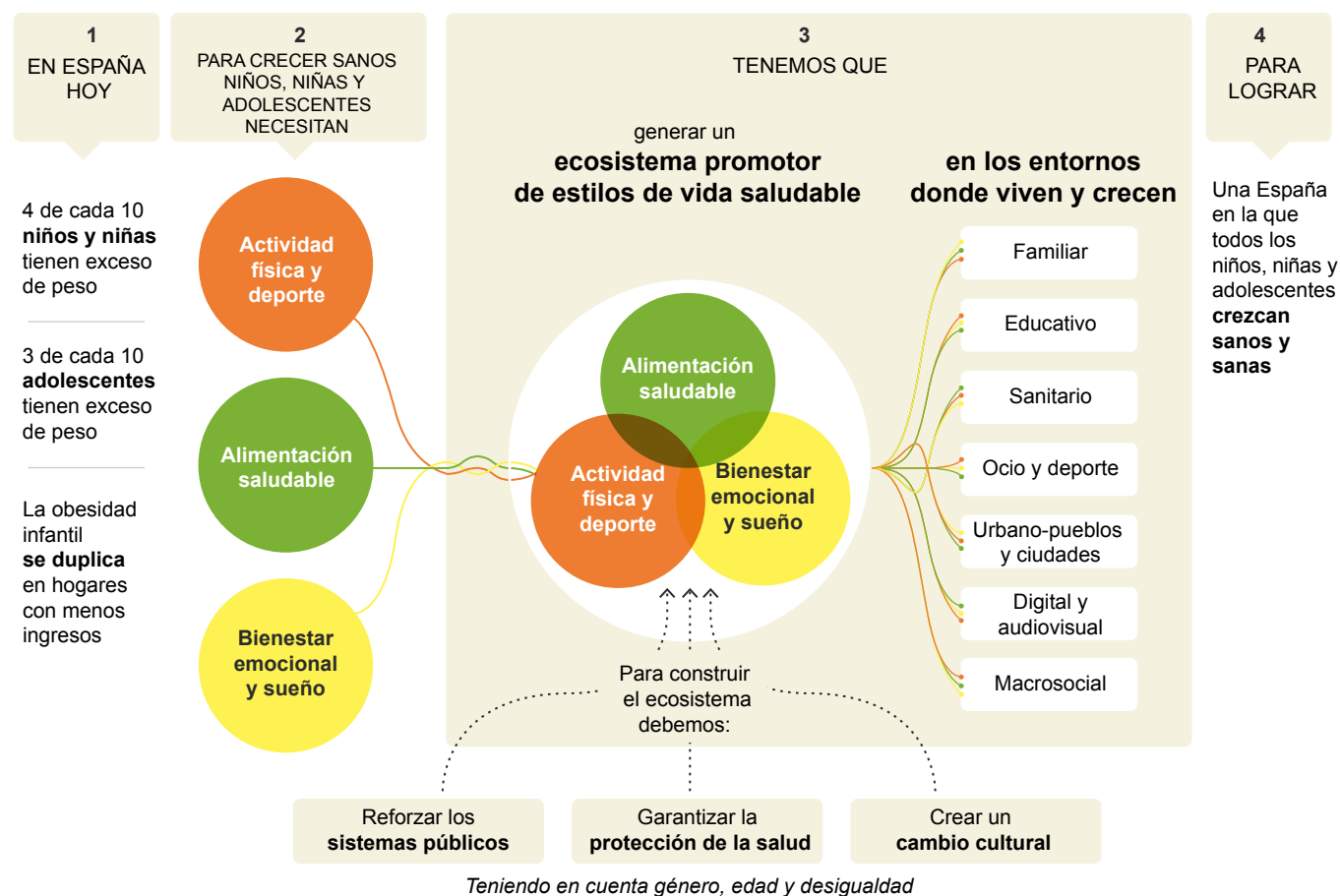
5. Plan estratégico

5.1. CÓMO LOGRAR EL CAMBIO

Sabemos que para prevenir y reducir la obesidad infantil los NNA necesitan practicar regularmente actividad física, tener una alimentación saludable y mantener un adecuado bienestar emocional y buenos hábitos de sueño.

Este Plan Estratégico propone colocar a la infancia y la adolescencia en el centro, haciendo accesibles y atractivos para NNA y sus familias los estilos de vida saludable. Para ello, es

necesario **actuar en los entornos donde la infancia y la adolescencia vive y crece generando ecosistemas que promuevan y faciliten la adquisición de estos tres estilos de vida saludables** —actividad física, alimentación y bienestar emocional y sueño—, reforzando los servicios públicos, protegiendo su salud y provocando un cambio cultural en la sociedad hacia la generalización de estos estilos de vida hasta alcanzar una España en la que todos los NNA crezcan de forma saludable.



5.2. MARCO DE ACCIÓN

Las acciones definidas en el Plan se organizan en torno a **seis líneas estratégicas**, que guían las medidas que servirán para generar un cambio en los diferentes entornos en los que viven los NNA de forma que faciliten que la infancia y la adolescencia crezca sana.

01

Generar un ecosistema social promotor de la actividad física y el deporte.

02

Generar un ecosistema social promotor de una alimentación saludable.

03

Generar un ecosistema social promotor de el bienestar emocional y el descanso adecuado.

04

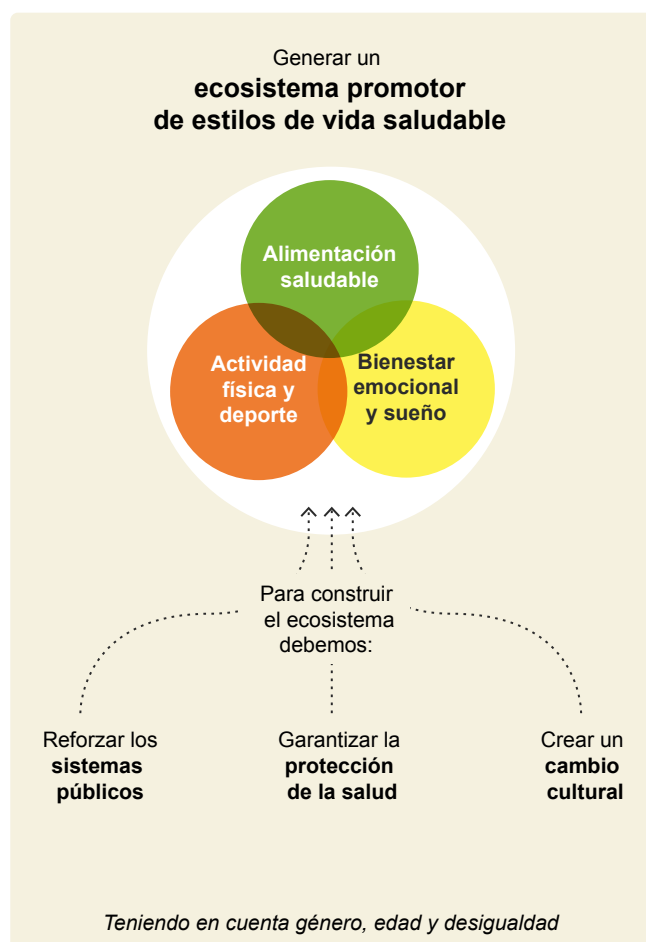
Reforzar los sistemas públicos para promover estilos de vida saludables.

05

Garantizar la protección de la salud de la infancia.

06

Crear un cambio cultural hacia los estilos de vida saludables.



Las tres primeras líneas estratégicas están destinadas a garantizar y facilitar la adquisición y el disfrute de tres estilos de vida saludable —alimentación saludable, actividad física y bienestar emocional y sueño adecuado— por parte de la infancia y la adolescencia. En el caso de las tres últimas líneas, organizan las medidas que sustentan la acción de las tres primeras líneas.

Para ello, el Plan propone desarrollar un marco de acción donde los niños, niñas y adolescentes nacen, viven y crecen basado en los determinantes sociales de la salud¹⁵.

El **enfoque de determinantes sociales de la salud** es un marco conceptual desarrollado por la OMS que establece que las condiciones sociales, culturales y ambientales en las que las personas vivimos influyen de forma sustancial en nuestros estilos de vida y en nuestra salud. Por ello, para abordar la obesidad infantil, recomienda poner en marcha medidas de forma integral e intersectorial, integrando los vínculos entre personas saludables, sociedades saludables y entornos saludables.

Así, el Plan se desarrolla mediante un **marco de acción en los principales entornos en los que los niños, niñas y adolescentes viven y crecen**: los entornos familiar, educativo, sanitario, de ocio activo y deporte, urbano —pueblos y ciudades—, y digital y audiovisual, además del entorno macrosocial, que atraviesa todos los entornos.



5.3. PLAN DE ACCIÓN

El plan de acción del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil desarrolla estas líneas estratégicas a través de 200 medidas destinadas a actuar en los entornos en los que los NNA viven y crecen, así como cuatro mecanismos de acción para impulsar su puesta en marcha. Este plan de acción se compone de dos elementos:

1. El desarrollo de **200 medidas** de las cuales se han priorizado 50 —recogidas en este resumen ejecutivo—.
2. Los **cuatro mecanismos** para impulsar la puesta en marcha del Plan: investigación e innovación; comunicación y sensibilización; financiación; y coordinación con otras estrategias estatales.

5.3.1. MEDIDAS PRIORITARIAS

Para la ejecución del Plan Estratégico se han priorizado 50 medidas organizadas por líneas estratégicas. Estas medidas han sido seleccionadas por su impacto en la reducción de la obesidad infantil en base a la evidencia científica, las recomendaciones de organismos internacionales y la priorización de las mesas de participación del Plan.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. 2010. A. [A conceptual framework for action on the social determinants of health](#).

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	MEDIDAS	Entornos:	
			Macrosocial	Sanitario
			Familiar	Ocio y Deporte
			Educativo	Urbano
				Digital
01 Desarrollar un ecosistema social promotor de actividad física y deporte	01 Marco estatístico nacional promotor de la actividad física y el deporte	01 Desarrollar la Ley del Deporte		
		02 Desarrollar la Estrategia Nacional de Fomento del Deporte		
	02 Incrementar la práctica de actividad física en escuelas	03 Aumentar el tiempo de actividad física		
		04 Aumentar las extraescolares de actividad física y deporte		
		05 Usar instalaciones deportivas escolares como espacios abiertos		
	03 Centros sanitarios promotores de la actividad física y el deporte	06 Impulsar la prescripción de ejercicio físico		
	04 Disminuir la brecha social en la práctica deportiva	07 Garantizar un acceso económico universal al deporte		
		08 Garantizar una participación plena de NNA con discapacidad		
	05 Disminuir la brecha de género en la práctica deportiva	09 Garantizar espacios inclusivos, seguros y accesibles		
		10 Fomentar la diversidad de la oferta		
	06 Uso de TRICS para fomentar el ocio activo	11 Impulsar el desarrollo de herramientas digitales que requieran actividad física		

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	MEDIDAS	Entornos:	
			Macrosocial Familiar Educativo	Sanitario Ocio y Deporte Urbano Digital
02 Desarrollar un ecosistema social promotor de una alimentación saludable	07 Garantizar una alimentación saludable en el entorno educativo	12 Garantizar la oferta de comedor escolar en todas las etapas educativas 13 Incorporar educación sobre nutrición y gastronomía en planes de estudios		
	08 Acceso a agua de consumo gratuita	14 Garantizar la disponibilidad de agua en centros públicos y restauración 15 Incrementar la densidad de fuentes públicas en pueblos y ciudades		
	09 Accesibilidad económica a alimentos saludables	16 Establecer tarjetas digitales de ayudas alimentarias 17 Garantizar las becas comedor para la infancia en situación de vulnerabilidad		
	10 Regular la oferta alimentaria de centros educativos, sanitarios y deportivos	18 Desarrollar regulación para una oferta saludable en centros destinados a público infantil		
	11 Evolución saludable de alimentos y bebidas dirigidos a la infancia	19 Avanzar hacia una fiscalidad saludable 20 Adoptar medidas de reformulación para mejorar la composición nutricional		
	12 Promoción de la lactancia materna	21 Programas de apoyo a la lactancia en hospitales y centros de salud 22 Impulsar medidas laborales que faciliten la lactancia materna		

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	MEDIDAS	Entornos:	
			Macrosocial	Sanitario
03 Desarrollar un ecosistema social promotor del bienestar emocional y el descanso adecuado	13 Facilitar la conciliación y la corresponsabilidad	23 Avanzar en medidas de conciliación familiar		
	14 Cuidar de la salud mental	24 Detección y atención precoz de problemas de salud mental		
		25 Incluir el cuidado de la salud mental en el currículo educativo		
	15 Promover el bienestar emocional	26 Aumentar las actividades escolares en el entorno natural		
		27 Sensibilizar y educar sobre rutinas saludables de sueño		
04 Reforzar los sistemas públicos para promover los estilos de vida saludables	16 Promover dinámicas familiares positivas	28 Implementar programas de parentabilidad positiva		
	17 Mejorar la capacidad del Sistema Nacional de Salud	29 Diagnóstico precoz y consejo integral en estilos de vida saludable		
		30 Adecuar RR. HH. y financieros de atención primaria y salud pública		
	18 Impulsar una escuela promotora de estilos de vida saludables	31 Crear una Red Estatal de Escuelas Promotoras de la Salud		
	19 Mejorar las infraestructuras y espacios urbanos	32 Crear espacios urbanos de calidad con zonas deportivas y de juego y espacios verdes		
		33 Potenciar la Red Estatal de Ciudades Saludables		
	20 Mejorar el sistema de protección social	34 Actualizar y modernizar los servicios sociales dirigidos a la infancia		
		35 Desarrollar normativa de apoyo a las familias vulnerables con hijos		
03	21 Mejorar los sistemas de vigilancia	36 Crear un sistema integrado de vigilancia de la obesidad infantil y sus determinantes		

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	MEDIDAS	Entornos:	
			Macrosocial Familiar Educativo	Sanitario Ocio y Deporte Urbano Digital
05 Garantizar la protección a la salud de la infancia	22 Protección frente a la acción publicitaria	37 Desarrollar regulación del marketing de alimentos y bebidas		
	23 Etiquetado más comprensible	38 Mejorar la capacidad de decisión de las familias en base etiquetado frontal		
	24 Uso saludable y equilibrado de las TRICS	39 Desarrollar un plan de mejora del uso de las TRICS		
	25 Entornos educativos y digitales libres de violencia	40 Implementar la LOPIVI		
		41 Desarrollar estrategias contra el ciberacoso		
06 Crear un cambio cultural hacia estilos de vida saludable	26 Áreas periescolares saludables y seguras	42 Incluir las áreas periescolares en la planificación urbana		
	27 Concienciar sobre estilos de vida saludable	43 Difundir recomendaciones adaptadas a edades y entornos		
		44 Sensibilizar sobre el uso crítico, equilibrado y saludable de las TRICS		
	28 Sensibilizar sobre la naturaleza de la obesidad infantil	45 Aumentar conocimiento sobre sus causas y consecuencias		
		46 Sensibilizar para transformar la percepción del peso y reducir la discriminación		
	29 Alianzas público-privadas de promoción de estilos de vida saludables	47 Crear alianzas con sectores implicados, líderes de opinión y medios de comunicación		
		48 Crear alianzas con influencers relevantes para la infancia y la adolescencia		
	30 Sensibilizar a profesionales sobre estilos de vida saludables	49 Reforzar la formación a profesionales del entorno sanitario		
		50 Reforzar la formación a profesionales del entorno educativo		

5.3.2. MECANISMOS DE IMPULSO

Los mecanismos de impulso del Plan son las herramientas necesarias para **asegurar la ejecución del plan de acción**.

Estas herramientas son la investigación y la innovación, que permitirán avanzar en el conocimiento del fenómeno de la obesidad infantil, sus causas y las maneras más efectivas de abordarla; la comunicación y sensibilización, mecanismo imprescindible para promover un cambio cultural y un clima favorable hacia la adquisición y el disfrute de estilos de vida saludables en la infancia y la adolescencia; la financiación, que asegura la ejecución de las medidas propuestas en el Plan; y la coordinación transversal entre estrategias estatales, que sume los esfuerzos que se están haciendo desde las distintas áreas de la administración.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Es esencial seguir avanzando en la **generación de conocimiento científico** sobre la obesidad infantil, sus determinantes, los factores de riesgo y de protección, las consecuencias y las intervenciones más efectivas para su reducción, tanto a nivel individual como comunitario y poblacional. Por ello, la obesidad infantil será una línea prioritaria de la *Acción Estratégica en Salud del Plan Estatal de Ciencia, Tecnología e Innovación*, la principal herramienta para financiar la investigación biomédica y sanitaria en España.

Además, se creará una *Red multidisciplinar de personas expertas en investigación y estudio de la obesidad infantil*, que colaborará activamente con las entidades científicas y sociales nacionales e internacionales. Esta Red integrará a personas expertas de los grupos de investigación ya existentes e incorporará nuevos perfiles especializados en áreas como la actividad física y el deporte, la salud mental, la salud pública y las ciencias sociales.

En esta década es esencial también consolidar un **sistema de vigilancia integrado de determinantes de la salud** que incluya la obesidad infantil dentro de la *Estrategia de Vigilancia en Salud Pública* que se encuentra actualmente en proceso de elaboración. Este sistema de vigilancia debe contribuir a la generación de conocimiento y la toma de decisiones basada en una información cada vez más completa y que pueda interaccionar con los sistemas internacionales de vigilancia y seguimiento de la obesidad infantil.

COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Con el fin de asegurar que se alcanzan los objetivos del Plan es necesario establecer mecanismos de comunicación y sensibilización que apoyen las medidas del Plan dirigidos a **promover un cambio cultural y un clima favorable hacia la adquisición y el disfrute de estilos de vida saludables** en los diferentes entornos en los que viven y crecen NNA. Para este cambio cultural es necesario avanzar en la concienciación y la ampliación del conocimiento que la ciudadanía tiene sobre las causas y las consecuencias de la obesidad infantil y la necesidad de adquirir estilos de vida saludables desde la infancia.

Por ello, el Plan propone la creación de una estrategia de comunicación y sensibilización para la promoción de estilos de vida saludables. La estrategia, de carácter anual y sostenida en el tiempo, se desarrollará mediante campañas multicanal bajo la marca paraguas *En plan bien* desde las distintas administraciones públicas implicadas, incorporándolas en sus planes de comunicación y publicidad anuales.

El Plan reforzará el impacto y eficacia de las campañas incorporando mecanismos que faciliten la colaboración público-privada.

FINANCIACIÓN

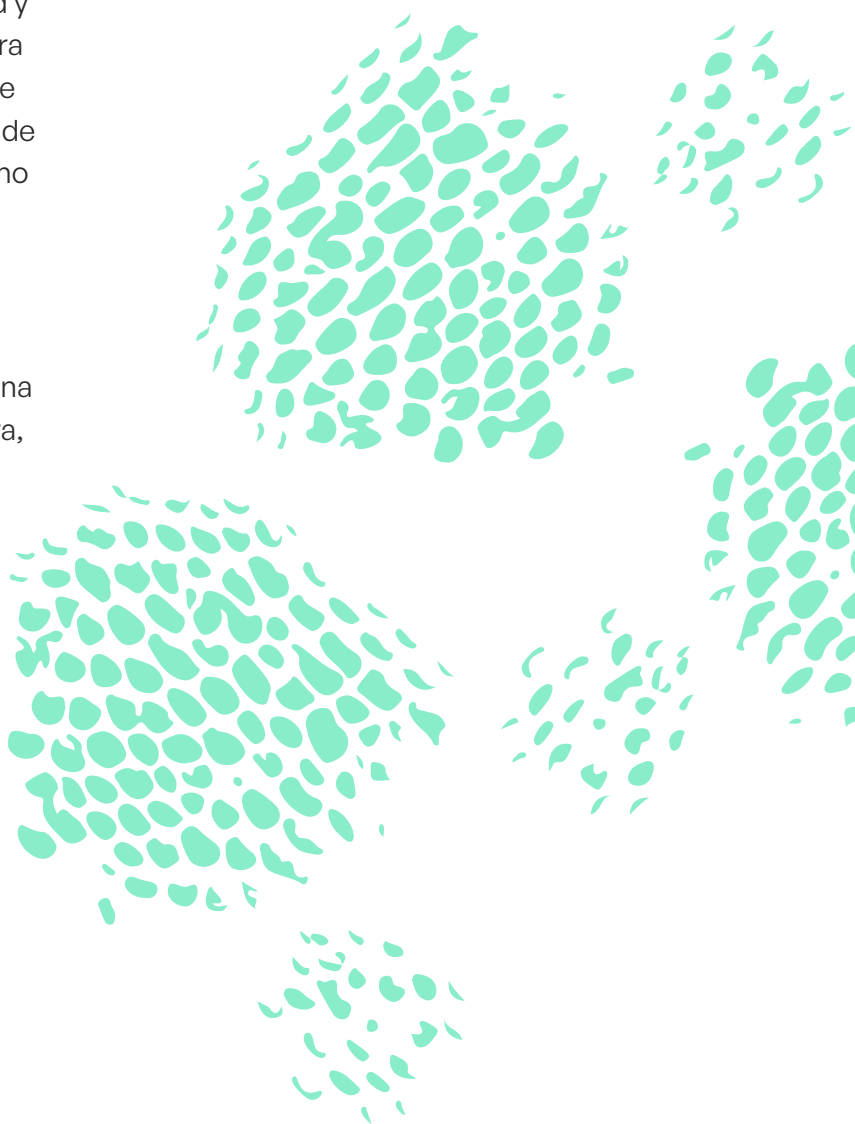
La financiación del Plan requerirá de la movilización de recursos de distintos niveles de la administración y de diversas fuentes de financiación. Las actuaciones incluidas en el Plan tendrán una **consideración prioritaria en los Presupuestos Generales de Estado** a través de los distintos ministerios y organismos gubernamentales centrales y se promoverá que también la tenga en los autonómicos y locales en base a su capacidad competencial. Se fomentará la utilización de fondos europeos y el impulso de la colaboración público-privada para el desarrollo de las medidas contempladas en el Plan, incluyendo la declaración del Plan como Acontecimiento de Excepcional Interés Público.

La concreción de las partidas presupuestarias a lo largo de la década se detallará en futuros planes operativos definidos por el Comité Interministerial del Plan, el órgano que impulsará la implementación del mismo.

COORDINACIÓN TRANSVERSAL

El Plan Estratégico promueve acciones de forma integral desde múltiples departamentos la Administración General del Estado, **impulsando sinergias con otros Planes, Estrategias y Normativas** en desarrollo e implementación.

Entre ellas destacan el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia 2021-2023, el Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea 2022-2030, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, la Estrategia de Salud Pública, las Estrategias de Salud Mental, Cáncer y Salud Cardiovascular, el Plan Estratégico de Salud y Medioambiente 2022-2026, la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), la Estrategia Nacional de Fomento del Deporte contra el Sedentarismo y la Inactividad Física, la Estrategia sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición, el Plan de Salud Mental en el Entorno Educativo, la Estrategia Nacional de Derechos de la infancia y de la Adolescencia, la Agenda Urbana Española y la Estrategia de Movilidad Segura, Sostenible y Conectada 2030.



6. Gobernanza

Dada su transversalidad, naturaleza multi-competencial y extensión temporal, este Plan Estratégico requiere el impulso sinérgico de múltiples actores desde distintos sectores y niveles institucionales, sociales y económicos a lo largo de la década. En los procesos de diá-

logo desarrollados para la elaboración del Plan, se ha detectado la necesidad de contar con una **gobernanza específica que permita su coordinación, implementación, seguimiento y evaluación**. Para abordar este objetivo, se desarrollarán los siguientes mecanismos:

COMITÉ INTERMINISTERIAL DEL PLAN

Órgano que impulsará la implementación del Plan. Estará presidido por el Ministerio de Salud, el Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil ejercerá la vicepresidencia y contará con la participación de los 15 ministerios que han participado en la elaboración del Plan Estratégico y que impulsarán las medidas del Plan en el marco de sus competencias, a los que se podrían sumar otros departamentos en el caso de que se considerase necesario.

El Comité Interministerial se dotará de una **Comisión técnica de seguimiento del Plan**, que será la encargada de la labor técnica necesaria para el cumplimiento de los objetivos del Comité Interministerial y que realizará un Informe anual de seguimiento.

COMITÉ ASESOR DEL PLAN

Órgano de carácter consultivo, en el que participarán agentes sociales, científicos y económicos, así como los propios NNA en el marco del Consejo Estatal de Participación de la Infancia y de la Adolescencia.

COORDINACIÓN EN LAS CONFERENCIAS SECTORIALES

El Plan podrá servir de **marco de referencia a las comunidades autónomas y entidades locales** para la elaboración de sus planes o estrategias adaptadas a su contexto, en función de sus prioridades y de las medidas que ya se encuentren implementando para reducir la obesidad infantil.

Las Conferencias Sectoriales, como instrumento principal de cooperación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas para los distintos sectores de la actividad Pública, coordinarán e impulsarán en su seno los aspectos referidos al Plan, que también se encauzarán mediante fórmulas diversas de coordinación, reforzando la representación de la FEMP en cuestiones clave.

En el caso de medidas que requieran coordinación de más de una Conferencia sectorial, se establecerán Conferencias Sectoriales Mixtas coordinadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

7. Indicadores clave

La mejora de los sistemas de vigilancia mediante la recogida de datos de calidad ha sido uno de los objetivos principales de la OMS para fundamentar las políticas y medidas de respuesta a la epidemia del sobrepeso y la obesidad infantil. Muestra de ello es el desarrollo en la última década de la Iniciativa COSI que recoge medidas estandarizadas de peso y altura de más de 300.000 niños y niñas de la región europea de la OMS.

En España disponemos de datos de obesidad infantil desde 1987, con avances significativos en la capacidad de seguimiento en las últimas tres décadas, que se han concretado en la aparición de nuevas fuentes de datos, incluida la participación de España en la Iniciativa COSI mediante el estudio ALADINO.

En la actualidad **existen cinco fuentes de datos a nivel nacional de carácter periódico para el seguimiento de la obesidad infantil:** el estudio ALADINO; el estudio PASOS; la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE); el estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC); y la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Estas fuentes de datos se basan en encuestas poblacionales (ENSE) o estudios de población en edad escolar con mediciones in situ (ALADINO y PASOS) o mediante encuestas (HBSC). Por otro lado, la BDCAP se nutre de datos de registros clínicos y puede considerarse una fuente complementaria, cuya utilidad aumentará conforme adquiera una mayor representatividad territorial.

Para el seguimiento del Plan se han identificado como principales fuentes los Estudios ALADINO y PASOS dado que utilizan instrumentos de medición directa de peso y altura, así como de la circunferencia abdominal en lugar de la estimación del peso y talla basada en cuestionarios, que infraestiman la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

Sin embargo, nos enfrentamos todavía a retos importantes para poder llevar a cabo una vigilancia óptima de la obesidad para el conjunto de la población infantojuvenil. ALADINO y PASOS cubren de forma conjunta a la población infantil de 6 a 16 años, con lo que existe todavía campo de mejora para poder disponer de datos de toda la población objetivo, particularmente la menor de 6 años. Además, aunque ambas fuentes son representativas a nivel estatal y ALADINO es representativo para algunas comunidades autónomas, no permite hacer un seguimiento de la prevalencia y los determinantes de la obesidad infantil a nivel autonómico.

Para el seguimiento del Plan se proponen ocho indicadores clave de resultado con metas objetivo para 2025 y 2030.

Tres de estos indicadores están relacionados con el seguimiento de la reducción del exceso de peso, teniendo en cuenta tanto la brecha social en obesidad, medida con el nivel de ingresos del hogar por ALADINO y con el nivel de estudios por PASOS, como la de género en exceso de peso; y cinco con el seguimiento de los principales estilos de vida relacionados con la prevalencia de exceso de peso en la infancia y adolescencia:

- La actividad física, en base a la recomendación de la OMS de al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa a lo largo de la semana.
- El sedentarismo, definido por ALADINO como pasar tres o más horas al día de lectura, haciendo deberes o con pantallas, y por PASOS como pasar más de dos horas al día entre semana utilizando pantallas de acuerdo con la recomendación de la OMS.
- La alimentación, mediante el índice *KidMed* de adherencia a dieta mediterránea, utilizando la categoría de baja adherencia a dieta mediterránea.
- El bienestar, con un indicador de si el NNA se siente triste en el caso de la ENSE, y triste, preocupado o infeliz por parte de PASOS.
- El sueño, siguiendo la recomendación de la *National Sleep Foundation* de 9 a 11 horas para niños/as hasta los 13 años y de 8 a 10 horas diarias para adolescentes de 13 a 18 años.

Las metas para 2025 y 2030 de los indicadores clave toman como referencia los últimos datos disponibles. Como consecuencia de la pandemia es posible una involución, especialmente para aquellos NNA en situación de mayor vulnerabilidad. La publicación de los próximos datos de las principales fuentes previstas para el seguimiento de este Plan (PASOS 2022, ALADINO 2023 y ENSE 2024) nos permitirá conocer el alcance de esta involución y reajustar las metas si fuera necesario.

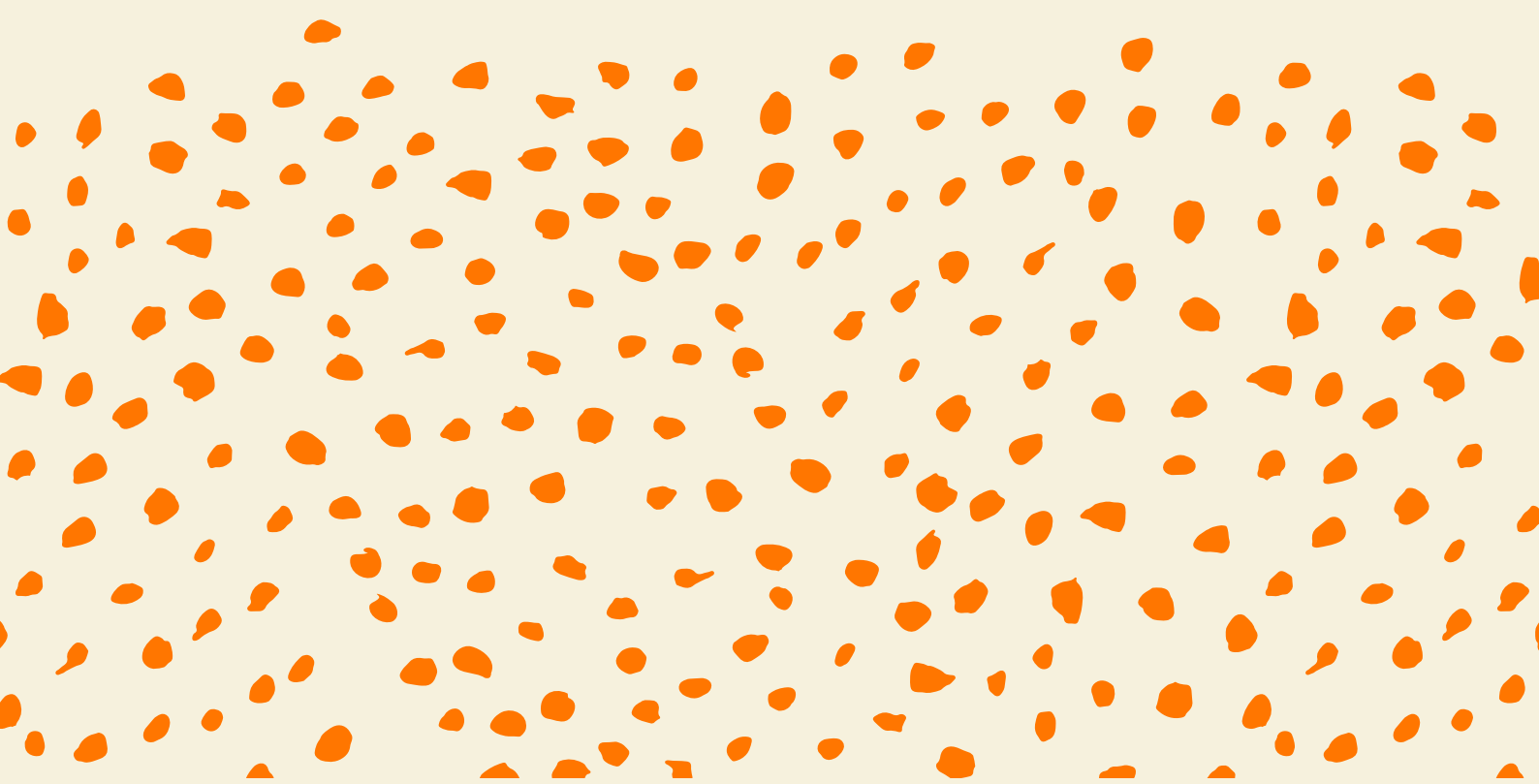
Cuadro de indicadores clave de seguimiento del Plan

EDAD (AÑOS)	FUENTE	AÑO	SITUACIÓN DE PARTIDA	META 2025	META 2030
EXCESO DE PESO					
≤5	BDCAP	-	N.D.	Disponer de datos y establecer una situación de partida	Reducción de acuerdo con línea base
6-9	ALADINO	2019	40,6%	Doblar la curva	▼ Reducción del 20-25%
8-16	PASOS	2019	36,1%	Doblar la curva	▼ Reducción del 20-25%
BRECHA SOCIAL EN OBESIDAD					
6-9	ALADINO	2019	O: 2,3 veces (+13,2 p.p.)	▼ Reducción del 15%	▼ Reducción del 40%
8-16	PASOS	2019	O: 2,3 veces (+10,7 p.p.)	▼ Reducción del 15%	▼ Reducción del 40%
BRECHA DE GÉNERO EN EXCESO DE PESO					
6-9	ALADINO	2019	SP: +2,8 p.p. niñas O: +4,4 p.p. niños	▼ Reducción del 15%	▼ Reducción del 40%
8-16	PASOS	2019	SP: +1,6 p.p. niños O: +5 p.p. niños	▼ Reducción del 15%	▼ Reducción del 40%

EDAD (AÑOS)	FUENTE	AÑO	SITUACIÓN DE PARTIDA	META 2025	META 2030
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					
ACTIVIDAD FÍSICA					
6-9	ALADINO*	2019	70,4%	▲ Incremento del 10%	▲ Incremento del 25%
8-16	PASOS**	2019	77,7%	▲ Incremento del 10%	▲ Incremento del 25%
SEDENTARISMO					
6-9	ALADINO*	2019	24,0%	▼ Reducción del 10%	▼ Reducción del 25%
8-16	PASOS**	2019	54%	▼ Reducción del 10%	▼ Reducción del 25%
ALIMENTACIÓN (Baja adherencia a la dieta mediterránea)					
6-9	ALADINO*	2019	9,7%	▼ Reducción del 20%	▼ Reducción del 50%
8-16	PASOS**	2019	10,3%	▼ Reducción del 20%	▼ Reducción del 50%
BIENESTAR (Sentirse triste, preocupado o infeliz)					
8-14	ENSE*	2017	12,3%	▬ Estabilizar	▼ Reducción del 15%
8-16	PASOS**	2019	21,1%	▬ Estabilizar	▼ Reducción del 15%
SUEÑO					
6-9	ALADINO*	2019	Entre semana: 93,7% Fin de semana: 80,6%	▲ Incremento del 5% fin de semana	▲ Incremento del 10% fin de semana
8-16	PASOS**	2019	Entre semana: 59,1% Fin de semana: 51,9%	▲ Incremento del 10%	▲ Incremento del 20%

*Dato referido por los progenitores

** Dato referido por NNA



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan Estratégico Nacional
para la Reducción
de la Obesidad Infantil