

**PLAN GALLEGO  
PARA EL FOMENTO DE LA  
ACTIVIDAD FÍSICA**

(Alianza estratégica horizonte 2020.  
Aprobado por el Parlamento Gallego  
el 27 de diciembre de 2011)

2011  
2015



XUNTA  
DE GALICIA



“El boom del ejercicio no es sólo una moda pasajera; es el regreso a la actividad natural para la cual están contruídos nuestros cuerpos y que facilita el correcto funcionamiento de nuestra bioquímica y nuestra fisiología. Vista desde la perspectiva de la evolución, la existencia sedentaria, que sólo fue posible para un gran número de personas durante el último siglo, representa una aberración transitoria y antinatural.”

**(Vancouver y APA, Eaton, Shostak y Konner, 1998, pág. 16)(1)**

“Promover la ejecución de intervenciones... implicando a todos los sectores competentes, a la sociedad civil y a las comunidades que corresponda y adoptando las siguientes medidas:

a) Alentar la elaboración de políticas públicas multisectoriales que creen ámbitos equitativos de promoción de la salud que empoderen a las personas, a las familias y a las comunidades para que adopten decisiones saludables y lleven vidas saludables...  
d) Promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, entre otras cosas, según proceda, introduciendo políticas y medidas encaminadas a promover dietas sanas y a aumentar la actividad física de toda la población, en todos los aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo dando prioridad a las clases de educación física periódicas e intensas en las escuelas, a la planificación y reestructuración urbanas para el transporte activo, al ofrecimiento de incentivos para que se ejecuten programas sobre estilos de vida saludables en el lugar de trabajo y la mayor disponibilidad de ámbitos seguros en los parques y espacios de recreación públicos para alentar la actividad física...”

**(Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, septiembre de 2011, art.º 43) (2)**

## Nómina de participantes en la elaboración del Plan gallego para el fomento de la actividad física Galicia Saludable.

Alonso Fernández, Diego  
Arce Fernández, Constantino  
Arufe Giráldez, Víctor  
Asensio Campazas, Dina  
Astray Varela, María  
Atero Carrasco, Carmen  
Barcala Furelos, Roberto  
Beiro Costa, Miguel  
Benavides, Daniel  
Blanco Pereira, Eduardo  
Borreguero Villanueva, Margarita  
Carballeira Fernández, Eduardo  
Carballo Iglesias, Óscar  
Castro Gacio, Xabier  
Crespo Salgado, Juan José  
Díaz Martínez, Luciano  
Díaz, Hernán Alfredo  
Dominguez García, Xan Manuel  
Dopico Calvo, Xurxo  
Dosil, Joaquín  
Fernández Carrera, Sandra  
Fernández Fernández, Alexandre  
Gambau i Pinasa, Vicente  
García Fernández, Roberto  
García García, Óscar  
García Herías, Diego  
García Rodríguez, Manuel Ángel  
García Verdugo, Mariano  
Garrido Folgueira, Uxía

Gil Brocate, Gema  
Giráldez García, Manuel Avelino  
Goberna Pérez, Saleta  
Guede, Mario  
Iglesias Soler, Eliseo  
Jiménez Gutiérrez, Alfonso  
Lago Bea, Román  
Lago Peñas, Carlos  
Lamela Louzán, Marco  
Leis Trabazo, Rosaura  
Lera Navarro, Ángela  
Lete Lasa, José Ramón  
Mella Liñares, Gonzalo  
Morado Rois, José Antonio  
Morenilla Burló, Luís  
Mosquera Escudero, Laura  
Pazos Couto, José María  
Pía Castiñeira, Pablo  
Pintor Iglesias, Noelia  
Rico Díaz, Javier  
Rivas Pazó, Noelia  
Rodríguez del Corral, Miguel  
Rozas Bello, José Manuel  
Seijas Peña, Alicia  
Suárez Vilela, Jacobo  
Tarducci, Gabriel Omar  
Tojo Mosquera, Luís  
Zarzalejo Tirado, Isabel

## Nómina de instituciones, organizaciones y asociaciones que colaboraron en la elaboración del Plan gallego para el fomento de la actividad física Galicia Saludable.

- Asociación Gallega de Gestores Deportivos (AGAXEDE).
- Asociación Gallega de Gimnasios.
- Escuela Técnica Superior de Arquitectura (Universidad de A Coruña).
- Facultad de Ciencias de la Educación (Universidad de Santiago de Compostela).
- Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo (Universidad de Vigo).
- Facultad de Ciencias de la actividad Física y el Deporte (Universidad de Vigo).
- Facultad de Ciencias de la Educación (Universidad de A Coruña).
- Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de A Coruña).
- Facultad de Ciencias del Deporte y la Educación Física (Universidad de A Coruña).
- Facultad de Medicina (Universidad de Santiago de Compostela).
- Facultad de Psicología (Universidad de Santiago de Compostela).
- Facultad de Periodismo (Universidad de Santiago de Compostela).
- Fundación Educación, Deporte y Salud (FEDYS).
- Ilustre Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la actividad física y del Deporte de Galicia (COLEF-CAFDG).
- Grupo de estudios de género, actividad física y deporte de la UDC.
- Red gallega de unidades de promoción del ejercicio del Plan Galicia Saludable (UPEs):
  - Ayuntamientos de: Arteixo, Barbadás, Cervo, Cesuras, O Grove, Narón, O Porriño, Ribadavia, Sarria, Tui, Verín, Vilalba, Mancomunidad Tierra de Celanova Saludable (A Merca, Cartelle, Gomesende, Ramirás, Pontedevea, Quintela de Leirado, Vereá, Celanova), Aranga, Mesía, Curtis, Vilasantar, O Rosal, Ribadumia, Camariñas y Cabanas.
  - Universidades de: A Coruña, Santiago de Compostela y Vigo.

## Composición de la Comisión Interdepartamental. (27 de diciembre del 2011)

### Presidencia de la Xunta de Galicia:

Francisco Conde López (Gabinete)

### Secretaría General para el Deporte:

José Ramón Lete Lasa (Secretario General para el Deporte)

Carmen Atero Carrasco (Gabinete)

### Secretaría General de Igualdad:

Marta González Vázquez (Secretaría General)

Carmen Orgeira Naya (Subdirectora General de Promoción de la Igualdad)

### Secretaría General de Modernización e Innovación

#### Tecnológica:

Mar Pereira Álvarez (Secretaría General)

M<sup>a</sup> José García Sexto (Subdirectora General de Sistemas de Información y Modernización de la Administración Pública)

### Secretaría General de Medios

Alfonso Cabaleiro Durán (Secretario General de Medios)

Felicitas Rodríguez (Jefa de Servicio de Programación y Multimedia)

María Precedo Castro (Habilitada)

### Consejería de Presidencia, Administraciones

#### Públicas y Justicia:

Beatriz Cuiña Barja (Secretaría General)

Jose Norberto Uzal Tresandi (Director General de Administración Local)

### Escuela Gallega de Administraciones Públicas (EGAP):

Pablo Figueroa Dorrego (Director)

Néstor Valcárcel Teijeiro (Secretario General)

### Consejería de Educación:

#### Secretaría General de Educación y Ordenación

##### Universitaria:

Jesús Oitavén Barcala (Secretario General)

Ana Ónega Méndez (Asesora Educación y Ordenación Universitaria)

### Consejería de Sanidad:

Manuel Varela Rey (Director General de Salud Pública)

Jorge Suánzes Hernández (Subdirector de Promoción y Fomento de Estilos de Vida saludables)

M<sup>a</sup> Teresa Calabuig Martínez (Jefa de Servicio de Fomento de Estilos de vida Saludables)

### Consejería de Hacienda:

Luis Emilio Araujo Rodríguez (Vicesecretario General Técnico)

### Consejería de Medio Ambiente, Territorio e

#### Infraestructuras:

Miguel Rodríguez Bugarín (Director General de Movilidad)

Alfonso Tenorio Aranguren (Jefe de Servicio de Infraestructuras de la Subdirección General de Planificación Técnica. Dirección General de Movilidad)

### Consejería del Mar:

Susana Rodríguez Carballo (Directora General de Desarrollo Pesquero)

### Consejería de Trabajo y Bienestar:

Ovidio Rodeiro Tato (Director General de Juventud)

M<sup>a</sup> Begoña Mosteiro Blanco (Subdirectora General de Programas)

Pura Vázquez Vázquez (Jefa del Servicio de Programas de Promoción de la Autonomía Personal de la Dirección General de la Dependencia y Autonomía Personal)

### Consejería de Cultura y Turismo:

José Manuel Rey Pichel (Director General del Patrimonio Cultural)

Roberto Pena Puentes (Jefe del Servicio de Vigilancia e Inspección. Dirección General del Patrimonio Cultural. Subdirección General de Protección del Patrimonio Cultural)

### Consejería de Medio Rural:

Jorge Atán Castro (Secretario General)

Antonio Rubal Pastor (Secretario General de Contratación)

### Consejería de Economía e Industria:

Nava Castro Domínguez (Directora General de Comercio)

Carlos Vila Enríquez (Gerente de Galicia Calidade)

## Comisión del Comité de Personas Expertas.

### **Universidad de Santiago de Compostela (USC):**

---

#### **Facultad de Ciencias de la Educación:**

Jose Antonio Caride Gómez

#### **Facultad de Medicina:**

Felipe Casanueva Freijo (Endocrinología)

Rafael Tojo Sierra (Pediatria)

Jose Ramón González Juanatey (Cardiología)

#### **Facultad de Periodismo:**

José Pereira Fariña

### **Universidad de A Coruña (UDC):**

---

#### **Escuela Técnica Superior de Arquitectura:**

José Manuel Casabella López

Martín Fernández Prado

#### **Facultad de Ciencias del Deporte y de la Educación Física:**

Rafael Martín Acero

#### **Facultad de Ciencias de la Salud:**

Alfonso Castro Beiras

### **Universidad de Vigo:**

---

#### **Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte:**

Francisca Fariña Rivera

#### **Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo:**

María Elisa Alén González



## Extracto de la intervención del presidente de la Xunta en la sesión inaugural del CONGRESO MUNDIAL AIESEP 2010 en A Coruña, el 26 de octubre de 2010.



“...Este acto es guardián de un símbolo especialmente importante en los tiempos que corren. Lo ilustraré a través de una sentencia que, en mi opinión, define con mucho acierto ese valor que ustedes custodian y que yo quisiera reivindicar hoy, también para otras disciplinas. **No es posible una buena educación física cuando el resto del claustro se desentiende del corporal.**

Estoy totalmente de acuerdo en que generalizar la actividad deportiva en cualquier sociedad será un propósito fracasado si pensamos que una tarea tan importante depende sólo de unos pocos. Al contrario y como en tantos otros ámbitos, requiere de grandes dosis de transversalidad para poder llegar a todos los sectores y a todas las generaciones. **Se necesitan ambiciones compartidas y se necesita trabajo cooperativo.** Los dos ingredientes están presentes aquí.

No en vano, reunidos presidentes, alcaldes, consejeros, médicos, educadores; reunidos expertos de la salud, la educación, la economía o las infraestructuras de todas las partes del mundo; reunidos representantes de las distintas etapas de nuestra historia democrática; es fácil distinguir aquí esa energía colectiva de la que les hablo.

Quiero felicitarles sinceramente por darle sentido y **soluciones globales a un problema global**, como es superar el sedentarismo y promover un estilo de vida activo en nuestras sociedades...

...Así, en este día en que se reúne la familia de la educación física, quiero insistir en la apuesta por convertir nuestra tierra en una Galicia saludable. Lo estamos haciendo ya a través de un plan integral (para todos), transversal (que cuente con todos); y con instrumentos nuevos, como una herramienta interactiva que informe a los ciudadanos sobre todos los servicios y todas las infraestructuras que tienen a su disposición para poder practicar actividades físicas y deportivas.

Desde la educación, el transporte, el urbanismo, la economía, el turismo, la cultura, la sanidad o el deporte..., para padres, hijos y abuelos: ese es el camino del Plan Galicia Saludable, que les presentará el Secretario General para el Deporte en los próximos días, y que nos parece imprescindible para promover un estilo de vida activa entre los ciudadanos y para superar problemas como el sedentarismo y la obesidad, pero también la desesperanza.

Así por lo menos lo veo yo. Creo que la actividad física puede unirnos más, hacernos mejores, y lograr que confiemos más en nuestras posibilidades...

Animo desde aquí a todos, a que hagamos nuestros esos valores a través de la educación física, para ser más fuertes como personas y más fuertes como país.”



## Presentación del Secretario General para el Deporte.



En las últimas décadas se produjeron en el mundo cambios muy profundos en los estilos de vida y en la forma de relacionarnos con nuestros entornos ambiental y social. Estos cambios culturales y sociales provocaron un aumento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se encuentran la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las dislipemias, la osteoporosis o ciertos tipos de cáncer. Este tipo de enfermedades son la principal causa de pérdida de calidad de vida, de minusvalidez y de muerte prematura, y las proyecciones de los principales organismos internacionales apuntan cara un empeoramiento de la situación si no se actúa cuanto antes. El impacto de estas enfermedades en la salud pública es tan importante que la propia Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su última Asamblea General reunida en Nueva York en septiembre de 2011, aprobó una declaración en la que instaba a los países a poner en marcha de forma inmediata una serie de medidas para reducir su impacto en la salud pública.

El sedentarismo y la inactividad física están entre las principales causas de las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que la promoción de una vida activa es uno de los pilares sobre los que deben asentarse las estrategias y acciones dirigidas a la prevención y el control de estas enfermedades. Así lo señaló la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 57ª Asamblea General, desarrollada en mayo de 2004, cuando aprobó la “Estrategia global sobre Alimentación, Actividad Física y Salud”, en la que los Estados miembros se comprometieron a formular planes nacionales y políticas concretas para incrementar el nivel de práctica de actividad física de sus poblaciones. Las estrategias, los planes de acción y las recomendaciones aprobados posteriormente por las principales organizaciones sanitarias mundiales, europeas y españolas recogen estas ideas y ponen énfasis en la necesidad de implementar medidas que intervengan sobre el ámbito y los estilos de vida, desde una perspectiva intersectorial que trascienda a lo meramente sanitario y con la participación de diferentes actores sociales con capacidad de influir sobre las causas de estas enfermedades.

En esa línea, en España el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó en 2005 la “Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad” (NAOS), y más recientemente, en el año 2010, el Consejo Superior de Deportes presentó el “Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte A+D” con el fin de impulsar el acceso universal a la práctica de actividad física y deportes, como forma de promover un estilo de vida saludable para el conjunto de la población.

Sería ingenuo e irresponsable pensar que esta situación se resolverá de forma espontánea. Por eso, desde la Xunta de Galicia elegimos actuar de forma decidida para reducir el impacto de estas enfermedades. El gobierno regional, convencido de los enormes beneficios que la práctica regular de actividad física aporta a la salud de la ciudadanía, pone en marcha el Plan Gallego para el fomento de la actividad física Galicia Saludable, una iniciativa de carácter integral que nace liderada por la propia Presidencia de la Xunta y que se implementa bajo la coordinación de la Secretaría General para el Deporte.

Se trata, por lo tanto, de un compromiso de gobierno al más alto nivel que facilitará la transversalidad del plan y la coordinación de acciones entre los diferentes departamentos del Gobierno autonómico, entre los distintos sectores de actividad de la Comunidad y en todos los niveles, incluyéndolo en el “**Plan Estratégico de Galicia 2010-2014**”, y más concretamente en su **Eje Estratégico 1: cohesión social, bienestar y calidad de vida**.

Como en todas las sociedades modernas, en Galicia los principales problemas de salud en la actualidad son las enfermedades crónicas no transmisibles, que están relacionadas directamente con la falta de actividad física. No obstante, nuestra Comunidad Autónoma tiene algunas particularidades, como un mayor envejecimiento y más dispersión de la población. La consecuencia de esta realidad es que en Galicia tenemos la misma esperanza de vida que en el resto del territorio español, alrededor de 81 años, pero la esperanza de vida con buen estado de salud es la más baja del territorio español, de 47,8 años frente a 53,3 de media de España. Esto significa que los gallegos vivimos la misma cantidad de años pero lo hacemos más años enfermos, lo que supone un gran coste en términos de pérdida de calidad de vida y de gastos de los sistemas sanitario y social.

El Plan Gallego para el Fomento de la Actividad Física Galicia Saludable nace para hacer frente al aumento de las muertes, enfermedades y minusvalías provocadas por el sedentarismo y la práctica insuficiente de actividad física. El Plan tiene como objetivo prioritario **crear las condiciones necesarias para que la población gallega disfrute de una vida más activa, que permita conservar la salud y la autonomía personal, disfrutar de mayor bienestar y calidad de vida, y prevenir y reducir la presencia de enfermedades relacionadas con el sedentarismo**, desde la infancia hasta la vejez.

El desafío al que queremos hacer frente es de una gran magnitud, pero obviamente no se parte de cero. Desde diferentes instancias de las administraciones autonómicas y locales, desde la iniciativa privada y desde el mundo asociativo ya se vinieron poniendo en marcha medidas para fomentar la práctica de actividad física. El “Plan Galicia Saludable”, consciente de su valor, intentará recogerlas y articularlas en un proyecto más ambicioso, de forma que se pueda potenciar su efectividad e impacto y garantizar su sostenibilidad en el tiempo.

Los trabajos preliminares para la elaboración del plan comenzaron en el año 2009, y una vez aprobado por el Parlamento Gallego el 27 de diciembre de 2011, tiene un alcance previsto para el periodo 2011 a 2015, con el horizonte puesto en 2020. Queremos promover cambios, que los gallegos y las gallegas tengan una vida más activa y vivan mejor. Pero sobre todo queremos que esos cambios se consoliden, sean sostenibles, y por eso también nuestra insistencia en trabajar de forma coordinada con otros ámbitos de la administración y con los actores más influyentes de la sociedad.

Liderado por la Presidencia de la Xunta de Galicia, el Plan Galicia Saludable está impulsando la creación de una red de actores en la que tengan participación activa todos los sectores de las administraciones autonómica y locales (Diputaciones y Ayuntamientos), de otras instituciones públicas y privadas y de las organizaciones de la sociedad civil. Un modelo de participación que pretende convertir este Plan en un ejemplo a seguir por su carácter transversal, integral y participativo.

Somos conscientes de que para lograr los objetivos del Plan se requiere un cambio cultural profundo, que implica entender que la actividad física y el movimiento están gravados en el ADN de los seres humanos y que, por lo tanto, es el “remedio” más efectivo para desarrollar y conservar nuestra salud. La tarea es compleja, pero todos y todas formamos parte de la solución y, afortunadamente, también seremos todos y todas los que disfrutaremos de sus beneficios.

Galicia Saludable es un plan de Galicia, un plan para todas las personas.

## Manifiesto del Comité de Personas Expertas.



**CONSIDERANDO** que:

**El fomento de la actividad física y la adopción de un estilo de vida activo por parte de todas las personas es una de las claves para garantizar el bienestar y una mejor calidad de vida desde la infancia hasta la vejez.** La evidencia científica disponible señala que la práctica regular de actividad física proporciona grandes beneficios a la salud de las personas. Entre los beneficios probados de la práctica regular de actividad física se encuentran la prevención de enfermedades con alto impacto en la salud pública, como las afecciones cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión y algunos tipos de cáncer; el control del peso corporal; el mantenimiento y mejora de la autonomía funcional, ayudando a la salud de los huesos y articulaciones y previniendo dolores lumbares, osteoporosis y artrosis; y mejora el bienestar psicoemocional, incidiendo positivamente en la autoestima y el control de los estados de tensión y depresión.

**La práctica insuficiente de actividad física es un problema de salud pública de primera magnitud, que representa un gran coste en términos de pérdida de calidad de vida y de gastos de atención sanitaria y social.** El sedentarismo es una de las principales causas del incremento imparable de las enfermedades crónicas no transmisibles, como las afecciones cardiovasculares, la hipertensión, el colesterol elevado, la obesidad, la diabetes, la osteoporosis y algunos tipos de cáncer, que son la principal causa de incapacidad y muerte en los países desarrollados. La falta de actividad física también provoca la disminución de la capacidad física e intelectual y un envejecimiento acelerado, que viene acompañado de pérdida de autonomía funcional. En consecuencia, vivimos cada vez más años pero el aumento de este tipo de enfermedades hace que vivamos más años enfermos, lo que supone un gran coste en términos de pérdida de calidad de vida y de gastos de los sistemas sanitario y social.

**El sedentarismo es una característica propia de las sociedades modernas, por lo que recuperar un estilo de vida activo e integrarlo en nuestra vida cotidiana es un reto extraordinariamente complejo porque requiere un profundo cambio cultural.** El cuerpo humano está preparado naturalmente para moverse, para estar en actividad, gracias a su maquinaria perfectamente coordinada de huesos, articulaciones, músculos, corazón, que además adquiere más capacidades y funciona mejor cuanto más se usa. El vertiginoso desarrollo de las sociedades modernas ha traído grandes avances sociales y tecnológicos y permitió aumentar la esperanza de vida, pero al mismo tiempo provocó importantes cambios en nuestros modos de vida que están afectando negativamente a nuestra salud. Los desarrollos tecnológicos y científicos nos permitieron disponer de máquinas y aparatos para realizar de forma sencilla y cómoda nuestras actividades cotidianas, lo que nos llevó a adoptar un estilo de vida más pasivo y sedentario en nuestras actividades familiares, laborales, sociales y de ocio. En síntesis, aquello que fue pensado para darnos una existencia más cómoda y placentera se está volviendo en contra de nuestra salud, porque la falta de actividad está provocando disfunciones en un cuerpo humano concebido para estar en continuo movimiento.

**Es necesario impulsar acciones de fomento de actividad física en todos los ámbitos de nuestra vida, y aumentar las oportunidades para adquirir y mantener hábitos de movimiento.** Esto supone impulsar todo tipo de acciones que favorezcan la práctica de actividad física, tanto a través de actividades sistemáticas de realización de ejercicio físico, entre ellas las deportivas, como a través de un estilo de vida que nos ayude a movernos y a incorporar la actividad en los distintos ámbitos de nuestra vida cotidiana (hogar, trabajo, desplazamientos y ocio). El objetivo es que todas las personas realicen cada día al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

**El Gobierno debe promover una respuesta integral y transversal a los problemas de salud pública generados por el sedentarismo.** Las directrices y recomendaciones marcadas por los principales organismos internacionales de la salud invitan a los gobiernos y a las administraciones a desenvolver un conjunto de políticas, programas y acciones que permitan dar una respuesta integral y transversal. El Plan Galicia Saludable tiene que asumir esas recomendaciones, y juntar esfuerzos y coordinar políticas y acciones entre los diferentes ámbitos de gestión del Gobierno.

**La participación activa de todas las instituciones, organizaciones, entidades y movimientos sociales con capacidad de influir en la población es fundamental.** La sociedad gallega debe asumir el protagonismo, articularse a través de una red en la que cada iniciativa se potencie y refuerce con la desarrollada por los otros actores. Sólo con la participación activa de todos, desde una visión integral, intersectorial y cooperativa, podremos conseguir cambios de magnitud en el ámbito de la salud pública que se consoliden en el tiempo y produzcan una mejora substancial en el bienestar y la calidad de vida de la población gallega.

**Por todo lo anterior, los abajo firmantes, miembros del Comité de Personas Expertas del Plan Gallego para el Fomento de la Actividad Física Galicia Saludable, MANIFESTAMOS nuestro total respaldo a los principios de actuación de esta iniciativa impulsada por la Xunta de Galicia, y nos COMPROMETÉAMOS a:**

Ofrecer o noso asesoramento e apoio técnico no deseño, desenvolvemento e implementación do Plan, propondo criterios e estratexias de actuación que garantan o carácter integral e transversal nas políticas de fomento da actividade física para a saúde.

Apoiar e impulsar desde os nosos ámbitos de actuación académica, científica e profesional as distintas accións que se poñan en marcha para fomentar a actividade física e a adopción dun estilo de vida activo por parte da cidadanía galega.

Difundir a existencia do Plan Galicia Saudable nos distintos organismos internacionais, nacionais, autonómicos e locais que desenvolvan plans e programas na área da actividade física e a saúde, establecendo relacións que permitan fortalecer e mellorar as actuacións que se impulsen no marco desta iniciativa.

Divulgar o Plan Galicia Saudable nos medios de difusión e comunicación para mellorar a información e concienciación sobre os beneficios da actividade física para o mantemento e a mellora da saúde na cidadanía galega.

En Santiago de Compostela, a 10 de novembro de 2011

**M.<sup>a</sup> Elisa Alén González**

Decana de la Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo da Universidad de Vigo.

**José Antonio Caride Gómez**

Catedrático de Pedagogía Social de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Santiago de Compostela.

**José Manuel Casabella López**

Decano de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de la Universidad de A Coruña.

**Felipe Casanueva Freijo**

Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**Alfonso Castro Beiras**

Jefe del servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario da Coruña.

**Francisca Fariña Rivera**

Decana de la Facultad de Ciencias de la Educación y Deporte de la Universidad de Vigo.

**Martín Fernández Prado**

Profesor de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de la Universidad de A Coruña.

**José Ramón González Juanatey**

Jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**Rafael Martín Acero**

Decano de la Facultad de Ciencias del Deporte y la Educación Física de la Universidad de A Coruña.

**José Pereira Fariña**

Decano de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Santiago de Compostela.

**Rafael Tojo Sierra**

Catedrático de Pediatría de la Universidad de Santiago de Compostela.



## Índice.

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>21</b>
<b>2. METODOLOGÍA. (¿Cómo se elaboró el Plan?).</b>	<b>25</b>
2.1. Criterios generales.	26
2.1.1. La integralidad del abordaje.	27
2.1.2. La participación efectiva.	27
2.1.3. El carácter asociativo.	27
2.1.4. La sustentabilidad.	28
2.2. Cronograma.	28
<b>3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y DIAGNÓSTICO.</b>	<b>31</b>
3.1. ¿Cuál es el problema? Las enfermedades crónicas no transmisibles.	32
3.1.1. ¿Cuál es su importancia?	32
3.1.2. ¿Cuáles son sus repercusiones?	3
3.2. Entre las causas de las ECNT está el sedentarismo.	35
3.2.1. La presencia e importancia del sedentarismo.	35
3.3. El análisis del contexto.	36
3.3.1. La responsabilidad de los poderes públicos.	36
3.3.2. Las evidencias, recomendaciones, directrices y normas.	37
3.3.3. Las características de Galicia.	47
3.3.4. Sobre la actividad física en la población gallega.	51
3.3.5. Propuesta de prioridades.	52
<b>4. PROPUESTA DE MEJORA.</b>	<b>57</b>
4.1. La oportunidad: el Plan Gallego para el fomento de la actividad física Galicia Saludable.	58
4.2. Visión, misión y objetivos generales.	58
4.2.1. Visión.	58
4.2.2. Misión.	59
4.2.3. Objetivos generales.	59
4.3. Principios de intervención.	60
4.4. Ámbitos de intervención.	61
4.5. Ejes estratégicos.	61
4.6. Propuesta de procedimiento para la acción.	62
4.6.1. La importancia de todas las acciones: la suma hace el conjunto.	62
4.6.2. La jerarquía de la medida determina la extensión de los efectos: la importancia de la decisión política, de la transformación cultural y de los medios de comunicación.	63
4.6.3. El liderazgo compartido.	64
4.6.4. La organización del conjunto.	65
<b>5. PROGRAMAS Y MEDIDAS.</b>	<b>69</b>
5.1. Programas.	71
5.2. Proyectos y medidas.	72
<b>6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.</b>	<b>85</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>89</b>

## Glosario

---

**Actividad física.** Cualquier movimiento corporal intencionado realizado mediante los músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía superior al basal, que supone una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodean (3). Recoge las dimensiones biológica, personal y sociocultural del concepto. La actividad física puede tener lugar durante el desempeño laboral (entendido como la ocupación principal, por ejemplo, en la escuela o durante los entrenamientos en los deportistas profesionales), en el hogar, en el tiempo de recreo u ocio y durante los desplazamientos.

**Características de la actividad física.** (Términos utilizados por la OMS (4)):

- **Tipo de actividad física (qué tipo).** Forma de participación en la actividad física. Puede ser de diversos tipos: aeróbica o para mejorar la fuerza, la flexibilidad el equilibrio.
- **Duración** (por cuánto tiempo). Tiempo durante el cual se debería realizar la actividad o ejercicio. Suele estar expresada en minutos.
- **Frecuencia (cuántas veces).** Número de veces que se realiza un ejercicio o actividad. Suele estar expresada en sesiones, episodios, o veces por semana.
- **Intensidad** (ritmo y nivel de esfuerzo que lleva consigo la actividad). Grado en que se realiza una actividad, o magnitud del esfuerzo necesario para realizar una actividad o ejercicio.
- **Volumen** (la cantidad total). Los ejercicios aeróbicos se caracterizan por su interacción entre la intensidad de las veces, la frecuencia, la duración y la permanencia del programa. El resultado total de esas características puede conceptuarse en términos de volumen.
- **Actividad física moderada.** En una escala absoluta, intensidad de 3 a 5,9 veces superior a la actividad en estado de reposo. En una escala adaptada a la capacidad personal de cada individuo, la actividad física moderada suele corresponderle a una puntuación de 5 o 6 en una escala de 0 a 10.
- **Actividad física vigorosa.** En una escala absoluta, intensidad 6 veces o más superior a la actividad en reposo para los adultos, y 7 o más para los niños y jóvenes. En una escala adaptada a la capacidad personal de cada individuo, la actividad física vigorosa suele corresponder a entre 7 y 8 en una escala de 0 a 10.
- **Actividad aeróbica.** A actividad aeróbica, denominada también actividad de resistencia, mejora la función cardiorrespiratoria. Puede consistir en: caminar a paso vivo, correr, montar en bicicleta, saltar a la cuerda o nadar.

**Comunidad.** Grupo específico de personas que a menudo viven en una zona geográfica determinada, que comparten una cultura común, valores y normas. Se organizan en una estructura social en función de las relaciones que la comunidad desarrolló durante un período de tiempo. (5)

**Condición física, aptitud física o forma física (fitness).** Es el estado dinámico de energía y vitalidad que les permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar de tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, al mismo tiempo que ayuda a evitar las enfermedades derivadas de la falta de actividad física, a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual y a experimentar plenamente la alegría de vivir. (6)

**Deporte.** Todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación, organizada o de otra clase, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos os niveles. (7)

**Eficacia.** (8) Hace referencia a los resultados, efectos o beneficios obtenidos por un programa o intervención en condiciones ideales.

**Efectividad.** (8) Se refiere a los resultados conseguidos en condiciones reales.

**Eficiencia.** (8) Estudia la relación entre costes o recursos utilizados y los resultados obtenidos.

**Eje estratégico o estrategia.** (9) Es cada uno de los caminos elegidos para alcanzar los objetivos generales, por eso, se les conoce también como objetivos asociados.

**Ejercicio.** Actividad física estructurada y planificada, que se realiza de forma repetitiva y persigue una finalidad concreta (10,11).

**Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).** De acuerdo con la OMS (12), las enfermedades no transmisibles, o crónicas, son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son:

- las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares);
- el cáncer;
- las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el asma);
- y la diabetes.

Las enfermedades no transmisibles, o ENT, representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 60% del número total de muertes anuales.

**Plan.** (13) Documento producido por niveles centrales o superiores de la administración (pública o privada) que traza objetivos considerados prioritarios y detalla un conjunto de directivas generales alrededor de estos (políticas), las alternativas para alcanzarlos (estrategias) los medios para obtenerlos (los medios generales para la obtención de recursos).

**Programa.** (13) Conjunto determinado de acciones que persiguen el mismo objetivo, no necesariamente ligados a iguales motivaciones, pero que son parte del plan general.

**Proyecto (o medida).** Se refiere a una intervención concreta, individualizada, para alcanzar algún objetivo operativo de un programa. Debe incluir resultados previstos y procesos para conseguirlos, así como el uso concreto de los recursos disponibles.

**Salud.** Un estado de completo bienestar físico, social y mental, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (5)

**Salud pública.** (5) La salud pública es un concepto social y político encaminado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de poblaciones enteras a través de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y otras formas de intervención en salud. Actualmente existe una diferenciación entre la “vieja” y la “nueva” salud pública. Esta nueva salud pública se distingue básicamente en que comprende de forma global que los estilos y las condiciones de vida determinan el estado de salud, y mantiene el reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y hacer buenas inversiones en políticas, programas y servicios que protejan y mantengan la salud mediante el apoyo de estilos de vida saludables, así como la creación de ambientes propicios para la salud.





## 1. INTRODUCCIÓN.

En las últimas décadas fueron cobrando mayor presencia e importancia los problemas de salud relacionados con los cambios producidos en los estilos de vida, y más concretamente con el **sedentarismo**, que se convirtió en uno de los principales causantes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se encuentran la **obesidad**, las **enfermedades cardiovasculares**, la **diabetes**, las **dislipemias**, la **osteoporosis** o **ciertos tipos de cáncer**. Este tipo de enfermedades son una causa, cada vez más importante, de pérdida de calidad de vida, de discapacidad y de muerte prematura, y constituyen una preocupación y un reto crecientes para la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (7) y la Unión Europea (14-16) llamaron la atención sobre la necesidad de elaborar planes y procesos que articularan una respuesta integrada frente a este problema de salud pública, proponiendo unas “directrices para la acción” dirigidas a los responsables de la toma de decisiones a todos los niveles (europeo, nacional, regional y local).

Recientemente, y como muestra de la importancia que reviste el problema de las ECNT, los Jefes de Estado y de Gobierno, reunidos en Nueva York los días 19 y 20 de septiembre de 2011, adoptaron por consenso la resolución titulada «Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles” (2). Entre otras propuestas, piden que se tomen medidas para “alentar la elaboración de políticas públicas multisectoriales que creen ámbitos equitativos de promoción de la salud que empoderen a las personas, a las familias y a las comunidades para que adopten decisiones saludables y lleven vidas saludables”, y para “aumentar la actividad física de toda la población, incluso en todos los aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo dando prioridad a clases de educación física periódicas e intensas en las escuelas, la planificación y reestructuración urbanas para el transporte activo, al ofrecimiento de incentivos para que se ejecuten programas sobre estilos de vida saludables en el lugar de trabajo y a mayor disponibilidad de lugares seguros en los parques y espacios de recreación públicos para alentar la actividad física... ”

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha la “Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad” (NAOS)(17), y en el año 2010, el Consejo Superior de Deportes presentó el “Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte A+D”(18).

En estas cuestiones, Galicia no es diferente de las sociedades de su entorno: presenta problemas similares y necesita soluciones parecidas. No obstante, nuestra Comunidad tiene un envejecimiento mayor que otras y más dispersión de la población, hay más personas con factores de riesgo para enfermar y que enferman antes, viviendo los mismos años pero con mala salud durante un tiempo mayor de sus vidas.

El problema es tan evidente y de tal importancia, y la necesidad de actuar tan urgente, que no sería ético ni responsable demorar la respuesta del Gobierno Gallego. Por eso, teniendo en cuenta la situación y todas las recomendaciones, la Xunta de Galicia, convencida de los enormes beneficios que la práctica regular de la actividad física aporta a la salud de la ciudadanía, pone en marcha una serie de propuestas de actuación que configuran el **Plan Gallego para el fomento de la actividad física “Galicia Saludable”** (al que en adelante nos referiremos como “Plan Galicia Saludable” o simplemente “PGS”). Un plan que nace liderado por la propia Presidencia de la Xunta (a la que se adscribe directamente la Secretaría General para el Deporte) y que está incluido en el **“Plan Estratégico de Galicia 2010-2014”** y,, más concretamente, en su **Eje Estratégico 1: cohesión social, bienestar y calidad de vida.**

A través de la colaboración con las principales administraciones, instituciones y organizaciones de los ámbitos deportivo, educativo, sanitario, urbanístico, ambiental, turístico, de transportes, empresarial, social..., se pretenden crear las condiciones

para que todas las personas que habitan en Galicia tengan la oportunidad de adoptar un estilo de vida activo que favorezca su salud.

Promover la actividad física conforma un ámbito positivo que no sólo previene ciertas enfermedades, sino que aumenta en buena medida la calidad de vida. No existe ningún otro modelo de abordaje que sea tan integral, tan eficiente, y a la vez sin prácticamente ninguna contraindicación y sin efectos secundarios o colaterales.





## 2. METODOLOGÍA. (Como se elaborou o Plan?).

A mediados del año 2009, el Presidente de la Xunta de Galicia, D. Alberto Núñez Feijóo, siguiendo las recomendaciones de la OMS, de la UE y del Gobierno español, y preocupado por las consecuencias del sedentarismo en la población gallega, le encomienda al Secretario General para el Deporte, D. José Ramón Lete Lasa, la confección de un Plan Gallego para fomentar la actividad física en nuestra Comunidad.

26

Este Plan podría limitarse a recoger la clara evidencia científica sobre los perjuicios del sedentarismo y los beneficios de la actividad física y, sobre su base y de las recomendaciones de diferentes organismos, decir que es lo que habría que hacer y cómo hacerlo. Pero, de ser así, es probable que no tuviese éxito, porque el Plan, además de aportar información y recomendaciones, quiere ser construido desde el consenso de sus actores y de sus diferentes propuestas y, para ello, se convertirá en un foro de reflexión y debate y en un **espacio para la participación y la acción cooperativa**. Un lugar donde todas las instituciones, organizaciones y personas, reunidas alrededor de un objetivo común, tengan su justo protagonismo, puedan colaborar y acercar propuestas y trabajo y puedan obtener beneficios.

Los promotores iniciales del Plan entendieron que no existía la intervención, acción o solución universal que lo cambiase todo de repente y resolviese el problema; pero sí sabían que **una vez identificado el objetivo común, la suma de las decisiones políticas importantes y de muchos pequeños cambios a lo largo del tiempo ayudarían a configurar una nueva y más prometedora realidad**.

### 2.1. Criterios generales.

Para cumplir el mandato del Presidente de la Xunta de Galicia, la Secretaría General para el Deporte, a lo largo de 2010, empezó a organizar las tareas iniciales, e intentó hacerlo sobre la base de los criterios generales de integralidad, participación, asociación y sustentabilidad.

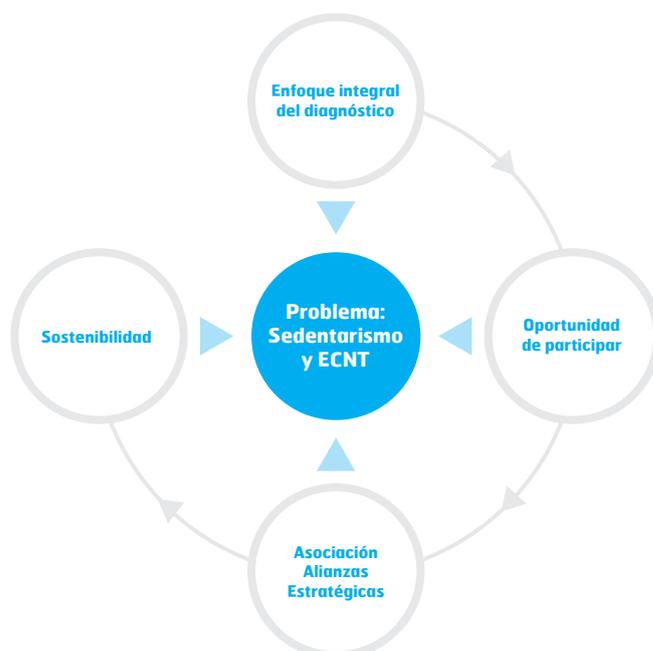


Figura 1. Criterios generales para la elaboración del Plan Galicia Saludable.

### 2.1.1. La integralidad del abordaje.

Se entiende que el problema del sedentarismo tiene causas complejas y multifactoriales. Todos los factores implicados están interrelacionados e interactúan entre sí, de tal manera que abordarlos separadamente perdería sentido y restaría efectividad.

Actuar integralmente desde el principio asegurará la comprensión de las causas más profundas, facilitará la creación de grupos interdisciplinarios de trabajo y permitirá optimizar los recursos disponibles.

La integralidad se buscará de dos formas complementarias:

- **Longitudinalmente**, trabajando en todas las etapas del fenómeno del sedentarismo, por ejemplo, a lo largo de las etapas vitales; o, si nos remitimos a la teoría social cognitiva, en todos los posibles estados de predisposición para el cambio (precontemplativo, contemplativo, preparatorio, de acción o mantenimiento); o, también, cuando se trabaja en el terreno de la salud pública, en prevención primaria, secundaria o terciaria.
- **Transversalmente**, porque el problema se abordará desde diferentes sectores implicados. Por ejemplo, cuando se intenta fomentar el uso de la bicicleta sería deseable la cooperación de los servicios de deportes, salud, tráfico, medio ambiente...

La idea central es que se debe **considerar como parte de la solución todo aquello que puede influir en los hábitos de actividad física de las personas a lo largo de sus vidas.**

### 2.1.2. La participación efectiva.

Intentar que la población adopte estilos de vida más activos requiere, por una parte, informar, sensibilizar y educar a la ciudadanía sobre los perjuicios del sedentarismo para la salud y los beneficios de la actividad física para prevenir y ayudar a superar muchas enfermedades, de modo tal que sus decisiones puedan estar fundamentadas. Y, por otra, facilitar las oportunidades para que la población pueda ser físicamente más activa en el hogar, en el trabajo, en la escuela, en el tiempo de ocio y en los desplazamientos diarios. Por lo tanto, será necesario actuar desde todos los ámbitos relacionados con las necesidades anteriores: medios de comunicación, educación, deporte, sanidad, trabajo, urbanismo, transportes, medio ambiente, turismo...

Se entendió que la construcción de una alianza estratégica sólida requeriría que todos los actores necesarios tuviesen la oportunidad de contribuir a crear el Plan desde el principio, y de consensuar los objetivos comunes y las líneas de actuación para alcanzarlos. El objetivo fue tratar de evitar, en la medida de lo posible, convocar a los actores para unirse una vez que el Plan ya estuviese diseñado.

Es fundamental que participen todos aquellos que pueden decidir e influir en algún o algunos de los factores que constituyen las barreras o las facilidades que encuentra la ciudadanía para adoptar un estilo de vida activo. **La tarea es de todos.**

### 2.1.3. El carácter asociativo.

Luego de aceptar la múltiple causalidad del problema y la conveniencia de la participación de todos, es el momento de asociarse para conseguirlo.

La idea es que todos juntos, pero cada uno en su área de responsabilidad, puedan compartir con lealtad y respeto los recursos y favorecer las sinergias para alcanzar los objetivos comunes, siguiendo los ejes estratégicos de actuación previamente consensuados.

Buscar la colaboración entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales, entre la iniciativa pública y la privada, en diferentes niveles y en diferentes lugares, significa que desde el principio se asume el carácter global del

problemay, en consecuencia, las soluciones que se propongan serán más realistas, factibles y efectivas; porque para facilitar el cambio en los hábitos de la ciudadanía, de cualquiera edad y condición, es fundamental actuar simultáneamente sobre todos los elementos del contorno que los condicionan. Por lo tanto, las intervenciones deberán tener carácter **interdepartamental, intersectorial y multinivel**.

Se trata, en definitiva, de **crear las alianzas estratégicas necesarias** para afrontar con éxito el reto de aumentar los niveles de actividad física de la sociedad gallega y liberarla de la pesada y creciente carga que suponen las ECNT.

#### **2.1.4. La sustentabilidad.**

El Plan tiene que nacer y debe crecer, pero para conseguir sus objetivos debe perdurar en el tiempo. Es responsabilidad de todos garantizar su sustentabilidad, mantener a lo largo del tiempo su estructura y su funcionamiento. Hasta el mejor plan fracasará si no es capaz de lograr sustentabilidad. Hubo y habrá que seguir haciendo un esfuerzo para que en este Plan:

- a) todos acepten su necesidad,
- b) se disponga de los fondos suficientes,
- c) se logre su divulgación y arraigamiento en todos los sectores de la comunidad,
- d) se conozcan sus acciones y los beneficios obtenidos.

## **2.2. Cronograma.**

Durante el año 2010, la Secretaría General para el Deporte puso en marcha varias acciones con la finalidad principal de elaborar un primer documento (preliminar) que sirviese como elemento básico de partida:

- Se reunieron varios grupos de trabajo, procedentes en su mayoría de las universidades gallegas, para ir dando los primeros pasos en la redacción del Plan.
- Se fueron celebrando contactos con otros departamentos de la Xunta de Galicia, para constituir una Comisión Interdepartamental.
- Se mantuvieron contactos con diferentes agentes sociales.

Como fruto deste traballo, no ano 2010:

- En octubre se presentó en público el documento preliminar durante la celebración en la ciudad de A Coruña del Congreso Internacional de AIESEP.
- En diciembre se constituyó un **Comité de Personas Expertas** que recibió del Presidente de la Xunta de Galicia la encomienda, entre otras, de estudiar y valorar el documento preliminar.
- En diciembre también se constituyó la **Comisión Interdepartamental** en la que están representados todos los departamentos de la Xunta de Galicia que pueden tener alguna vinculación con la salud, la educación, el deporte, el trabajo, el urbanismo, el transporte, la comunicación y cualquier tipo de actividad física de la ciudadanía. Todos los miembros de la Comisión recibieron el documento preliminar y se les propuso que, además de su revisión, aportaran información sobre lo que se hizo o se estaba haciendo en sus respectivos departamentos para fomentar la actividad física.
- Se programaron todas las acciones necesarias para elaborar el Plan en el transcurso del 2011.

Después de hacer público el documento preliminar, los pasos seguidos para llegar a la redacción definitiva del primer Plan y su presentación al Parlamento Gallego para su aprobación fueron los que se relacionan en la Tabla 1.

Año	Mes	Acción
2010	Diciembre	Someter el documento preliminar al Comité de Personas Expertas y a la Comisión Interdepartamental.
2011	Enero	Recoger las aportaciones del Comité de Personas Expertas y de la Comisión Interdepartamental al documento preliminar.
	Mayo	Redactar la v.01 del Plan.
	Junio	Someter la v.01 a la Comisión Interdepartamental.
	Julio	Recoger las aportaciones de la Comisión Interdepartamental a la v.01.
	Septiembre	Redactar la v.02 del Plan.
	Octubre	Someter la v.02 al Comité de Personas Expertas. Presentar y someter la v.02 del plan a la comunidad: administraciones locales, instituciones y sociedad civil.
	Noviembre	Recoger las aportaciones del Comité de Personas Expertas e da comunidade a la v.02. Redactar la v.03 del Plan (I Plan gallego de fomento da actividade física Galicia Saudable). Comienzo del trámite para la aprobación parlamentaria del Plan.
	Diciembre	Aprobación del Plan en el Parlamento Gallego.

Tabla 1. Pasos seguidos para la elaboración del Plan Galicia Saludable.





## 3.1. ¿Cuál es el problema? Las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los avances tecnológicos y el notable desarrollo económico alcanzados por la humanidad a lo largo del último siglo contribuyeron a mejorar el nivel de bienestar social y la esperanza de vida en el mundo “occidental”. Sin lugar a dudas, el progreso registrado en el último cuarto del siglo XX en los ámbitos de la educación y de la sanidad permitió combatir con éxito la mayoría de las enfermedades que durante largas épocas de la historia de la humanidad devastaron la población provocando una elevada mortalidad.

Como consecuencia de este desarrollo espectacular, la especie humana experimentó un profundo cambio en su forma de vida. A lo largo de la historia, el hombre utilizó su propio cuerpo como instrumento para trabajar, desplazarse, conseguir alimentos, divertirse jugando, bailando, etc. No obstante, en estas últimas décadas, la situación se transformó como consecuencia de la aparición constante y creciente de dispositivos mecánicos creados por la inteligencia humana, nuevas formas de producción y distribución de alimentos, de transporte, de urbanismo y de ocio, que contribuyeron a la adopción de nuevos estilos de vida, desterrando al sedentarismo a unos organismos excepcionalmente dotados para el movimiento. Nuestros cuerpos no tuvieron tiempo para adaptarse a estos acelerados cambios, y este desajuste está provocando la aparición de graves problemas de salud en forma de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Las ECNT son ya verdaderas pandemias que causan la pérdida de la salud y del bienestar y la presencia de la incapacidad y de la muerte de las personas antes de que se cumplan sus expectativas de vida. Y un trazo especialmente preocupante es que estas enfermedades crónicas no transmisibles aparecen a edades cada vez más tempranas. Se trata, fundamentalmente, de **enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, dislipemias, osteoporosis o ciertos tipos de cáncer**, entre otras dolencias.

Esta situación y sus consecuencias trascienden de la esfera puramente personal. Además de constituir una causa de pérdida de bienestar, sufrimiento y muerte en el ámbito individual y familiar, también supone un problema colectivo. El conjunto de la sociedad ve como fallecen personas en su plenitud vital, que dejan de aportar su contribución al bien colectivo, y como crece el número de personas con enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia, que deben ser atendidas. Muchos recursos destinados a la formación de las personas se pierden al fallecer antes de que puedan devolverle a la sociedad lo que de ella recibieron y contribuir al progreso colectivo; muchos más recursos tienen que destinarse al cuidado y a la atención de las personas enfermas crónicas, con discapacidad o dependientes. Y el problema es que los recursos son limitados y las necesidades crecen de manera continua, sin que esta tendencia tocara techo todavía.

### 3.1.1. ¿Cuál es su importancia?

En el marco mundial, y de acuerdo con los datos del “Plan de acción 2008-2013 de la estrategia global para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles”, propuesto por la OMS en 2008 (19) y actualizado en abril de 2011 (12) sabemos que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes:

- Son responsables del 63% de las muertes que se producen en el mundo, y causan cada año aproximadamente 35 millones de muertes.
- Un 25% de las muertes atribuibles a las ECNT se producen en personas menores de 60 años y un 46% en menores de 70 (16 millones).
- Se prevé que el número de muertes relacionadas con estas dolencias aumente más de un 17% en los próximos 10 años.
- Provocan que aumente el número de ciudadanos que viven más años con peor estado de salud y sin capacidad funcional suficiente para ser autónomos.

- Generan un incremento imparable en el gasto sanitario de todos los países y todavía no se tocó techo.
- Empujan a muchas personas a la pobreza, o las mantienen sumidas en ella, debido al gasto médico catastrófico que entrañan.
- Los principales factores de riesgo para padecer las ECNT son el tabaquismo, la falta de actividad física, la mala alimentación y el uso nocivo del alcohol.
- Mil millones de adultos tienen sobrepeso. Si no se toman medidas, esta cifra superará los 1.500 millones para 2015.
- Cerca de 40 millones de niños menores de cinco años padecen sobrepeso u obesidad.
- De eliminarse los principales factores de riesgo para padecer las enfermedades crónicas, se podrían prevenir cerca del 75% de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, a los accidentes cerebrovasculares y a la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer.

Según los datos del informe sobre la Evolución de los indicadores de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea, realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010 (20), la situación **en España** no difiere mucho de la situación mundial. Así, las principales enfermedades crónicas no transmisibles causan aproximadamente el 64,7 por ciento de las muertes anuales.

**En Galicia**, los resultados del informe anterior y de la Encuesta Nacional de salud 2006 (21) evidencian una situación ligeramente peor, con una prevalencia de estas enfermedades algunos puntos porcentuales superior en la mayoría de ellas.

### 3.1.2. ¿Cuáles son sus repercusiones?

**Las enfermedades crónicas** no transmisibles (ECNT), al igual que en el resto del mundo, constituyen el principal problema de salud en la sociedad gallega. Entre ellas, las más relevantes son la **obesidad**, las **enfermedades cardiovasculares**, la **diabetes**, las **dislipemias**, la **osteoporosis** y ciertos tipos de **cáncer**. Padecer alguna de estas enfermedades tiene unas consecuencias importantes a nivel individual (pérdida de calidad de vida, discapacidad y dependencia, gasto de dinero, muerte prematura etc.) pero también tiene otras a nivel comunitario (masificación del sistema sanitario, empeoramiento de la atención sanitaria, gasto económico muy aumentado, disminución de la productividad, etc.).

#### **Más muertes, peor estado de salud y más dependencia.**

En el ámbito del **Estado español**, las ECNT causan aproximadamente el **64,7% de las muertes anuales** y en **Galicia la situación es ligeramente peor**. La Encuesta europea de salud (EES) para el año 2009(22), sitúa a **Galicia** como una de las **peores comunidades autónomas** españolas junto con Murcia y Extremadura, ya que presenta prevalencias superiores a la media nacional en un buen número de trastornos y problemas crónicos o de larga duración (sobre todo, angina de pecho y enfermedad coronaria, hipertensión, dolor cervical, lumbalgia, ansiedad crónica y depresión crónica).

Estas condiciones de la Comunidad Autónoma gallega se reflejan en que:

- **La esperanza de vida con buena salud (EVBS) en Galicia es de 47,8 años** tanto para los hombres como para las mujeres, por lo que es muy inferior a la media europea y la peor de todas las comunidades autónomas del territorio nacional (55,3 años de media), a pesar de que la esperanza de vida al nacer es relativamente elevada; esto se traduce en que **los ciudadanos y las ciudadanas gallegos somos los que vivimos más años con mal estado de salud** (33,2 años frente a 25,8 de media en el Estado). **Las mujeres gallegas viven casi la mitad de su vida con mala salud, por lo que la intervención en esta población debe ser una de las prioridades del plan.**
- El estado de salud percibido en Galicia también es peor que en el resto del territorio nacional. El 36,9% de los/las gallegos/as mayores de 16 años considera que su estado de salud es regular, malo o muy malo (22).

- La discapacidad es mayor y la dependencia más grave que en el resto del Estado. La tasa de discapacidad se sitúa en 112,9 por mil habitantes en 2009. Según los datos del INE, la mayor proporción de personas con discapacidad se encuentra en los municipios de menos de 10.000 habitantes, donde los valores son muy superiores a la media (23). Galicia es la comunidad autónoma de España que presenta un mayor porcentaje de personas con discapacidad y, además, en el 51% de los dictámenes se reconoce gran dependencia (grao III), lo que agrava considerablemente la situación. El mayor índice de dependencia general en Galicia está motivado por el mayor índice de dependencia senil (33,2% frente a los 24,6% en España), ya que el índice de dependencia juvenil se sitúa casi cinco puntos por debajo (24,0% en Galicia y 28,9% en España) (24).
- La principal causa de muerte en 2007 para la población gallega en general, y para las mujeres en concreto, fueron las enfermedades circulatorias (32,5%) seguidas por los tumores (26,8%) (25), de los cuales, el 13,2% son colorectales, el 5,5% de mama y el 17,7% de vías aéreas. En el caso de los hombres sucede al revés, primero los tumores y a continuación las enfermedades circulatorias.
- A medida que se avanza en edad es más frecuente fallecer por causas circulatorias, por ese motivo no son tan llamativas las muertes a partir de los 75 años donde ya se empieza a alcanzar la cifra de esperanza de vida media en Galicia (81 años). No obstante, sí que es destacable **el elevado número de muertes de origen circulatorio a partir de los 45 años hasta los 74**, ya que estas muertes en su mayoría se pueden considerar prematuras, sobre todo entre los hombres (1.261 defunciones en 2007) frente a las mujeres (541 defunciones en 2007). **Los hombres gallegos entre 45 y 74 años padecen una mortalidad prematura elevada por enfermedades circulatorias; se deberían realizar intervenciones prioritarias en este subgrupo de población.**
- Muchas de las muertes por enfermedades circulatorias (que además se dan prematuramente) son evitables con unos buenos hábitos de vida, y uno de los principales es ser una persona físicamente activa. Además, el ejercicio y la actividad física tienen un efecto positivo sobre algunos tipos de tumores, por lo que si disminuyese el nivel de sedentarismo de los gallegos y de las gallegas, disminuiría mucho la mortalidad por estas causas y, consecuentemente, el coste familiar, social y económico derivados de ellas.

### **Esfuerzo económico creciente del sistema sanitario.**

La morbilidad, la discapacidad y la mortalidad producida por las ECNT suponen un **esfuerzo creciente para el sistema de atención sanitaria:**

- Si tenemos en cuenta que las ECNT son responsables de la mayor parte del gasto sanitario (70% del presupuesto) (26), de los 3.367.708.079 € que tiene de presupuesto la Consejería de Sanidad para 2011, estas patologías supondrían un coste de 2.357.395.655,3 €.
- En España, los fármacos más consumidos son los antihipertensivos seguidos por hipolipemiantes y antiulcerosos (tendencia creciente de todos ellos en los últimos años). El cuarto grupo más consumido es el de la insulina y los antidiabéticos orales, y ya muy distanciados les siguen los antibióticos (26). Se aprecia que los fármacos más utilizados guardan relación con las patologías que forman parte del síndrome metabólico, estrechamente relacionado con el sedentarismo.
- Aunque en España el gasto medio de la prescripción farmacéutica bajó (-4,8% en 2010) por diversas medidas adoptadas (rebaja de los precios, aplicación del sistema de precios de referencia, impulso a los medicamentos genéricos, etc.), en Galicia sucedió lo contrario ya que aumentó un 0,71% con respecto a 2009 a causa del incremento del gasto medio por receta y del número de recetas prescritas (24). No obstante, y con motivo de las medidas adoptadas por la Administración, en este último año también empezó a descender en nuestra Comunidad.

- En Galicia, en 2009, hubo un gasto farmacéutico de 976 millones de euros en recetas médicas oficiales del Servicio Gallego de Salud (27). Cabe destacar que 187,6 millones fueron en población activa y 788,5 en pensionistas (80,78%). Se beneficiaron 2.749.494 personas (el 98% de la población), distribuidas en 63.369 millones de recetas.
- A la vista de los datos podemos decir que el coste económico de la sanidad es elevado y que parte de ese gasto podría reducirse. El gasto farmacológico se podría disminuir a partir de la práctica de actividad física adecuada, ya que está ampliamente probado que mejora los niveles de hipertensión, el perfil lipídico y la intolerancia a la glucosa por el que se disminuiría el gasto en los 4 grupos de fármacos más consumidos. Igualmente, se podría reducir el uso de los servicios hospitalarios y especializados (sobre todo, de tipo cardiovascular) si la población realiza más y mejor actividad física

## 3.2. Entre las causas de las ECNT está el sedentarismo.

Existe una fuerte evidencia médica y científica que indica que la inactividad física tiene importantes efectos perjudiciales sobre la salud, y lo que convierte al sedentarismo en una de esas condiciones que aumentan los riesgos de enfermar y que está en nuestras manos modificar. Y todavía que el sedentarismo puede causar o agravar otras enfermedades y empeorar otros factores de riesgo, es ya en sí mismo un factor de riesgo independiente.

Los avances tecnológicos y el desarrollo económico contribuyeron a mejorar el bienestar social y la esperanza de vida pero también provocaron un gran cambio en nuestro estilo de vida, facilitando unos hábitos diarios más cómodos y menos activos (por ejemplo, usar el ascensor en lugar de las escaleras). Estos cambios se produjeron de forma tan rápida que nuestra biología no consiguió evolucionar al mismo ritmo, **somos organismos biológicamente inadaptados al medio en que vivimos actualmente**. Nuestro cuerpo está diseñado para subsistir gracias al movimiento (los sistemas corporales que no se utilizan acaban atrofiándose, perdiendo funciones y enfermando) y al almacenamiento de energía en forma de grasa, que si no se utiliza crea un excedente graso perjudicial para la salud.

### 3.2.1. La presencia e importancia del sedentarismo.

La **inactividad física es la cuarta causa de mortalidad por ECNT** en el terreno mundial (7,7% de las muertes, 3 millones de muertes/año), **la sexta causa de pérdida de años de salud** (4,1% de pérdida) (28) es responsable del **7% del gasto sanitario**. Además, tiene una gran **responsabilidad indirecta** por su influencia en la **aparición y desarrollo de otros factores de riesgo** (por ejemplo, obesidad, hipertensión arterial, glucosa elevada o colesterol elevado). El porcentaje de responsabilidad al sumar **inactividad física y obesidad** aumenta considerablemente: **16,1% de los fallecimientos, 10,6% de pérdida de años de vida con salud y 14% del gasto sanitario**.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria califica al sedentarismo como el factor de riesgo, asociado a los hábitos de vida actuales, que más impacto tiene sobre la salud por su clara implicación en el desarrollo de numerosas enfermedades (29).

**Los factores de riesgo**, y especialmente la inactividad física y la **obesidad**, se instauran **en personas cada vez más jóvenes**, incluso en la infancia, por lo que, como cabía esperar, **el desarrollo de las ECNT también se está anticipando**.

Según el Eurobarómetro 2009 (30), la práctica de actividad física y deportiva en España se encuentra por debajo de la media europea de los 27 países encuestados, por lo que nuestro Estado presenta un mayor nivel de sedentarismo.

De acuerdo con la Encuesta nacional de salud del año 2006 (31), en **Galicia**, con la excepción del consumo de tabaco, **hay mayor prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, y actividad física insuficiente**.

Más de la mitad de la **población gallega adulta** presenta, por lo menos, dos de los cuatro principales factores de riesgo para padecer ECNT (**insuficiente actividad física** que le afecta al 63,36% y el **exceso de peso** que le afecta al 55,73%) (20,21). Un importante número de **niños/as y jóvenes/as gallegos/as menores de 16 años** presenta alguno de los cuatro principales factores de riesgo para padecer ECNT (**insuficiente actividad física**, 80,24% de los niños y 89,15% de las niñas y **exceso de peso**, 24,97%) (20,21), datos que se confirman con los resultados recientemente adelantados del estudio de la Fundación Alimentum (32).

La inactividad física es el factor de riesgo de ECNT más subsistente en toda la población gallega. Tiene efectos perjudiciales por sí misma y aumenta la presencia de otros factores de riesgo (sobrepeso y obesidad, hipertensión, diabetes, colesterol elevado) y además aparece en edades muy tempranas de la vida (lo presentan la mayoría de los niños y jóvenes gallegos) por lo que actúa durante muchos más años que cualquier otro factor de riesgo.

Esta situación formula un gran reto a la salud pública de la comunidad gallega porque, lejos de ser un fenómeno pasajero, la tendencia de las últimas décadas indica que la situación, si no se actúa rápidamente, va a empeorar en el futuro de forma exponencial. Por todo esto, este desafío es una prioridad unánime para la ONU, la OMS, la UE, y los gobiernos de la mayoría de los países.

**Además de perjudicar seriamente la salud, el sedentarismo tiene un elevado coste económico.**

Además de los costes en términos de mortalidad, morbilidad y calidad de vida, la inactividad física supone un elevado esfuerzo financiero para todos los países y regiones de la UE (34).

Existen varias estimaciones del coste que tiene la inactividad física en la atención sanitaria. Por un lado, la OMS estableció que la inactividad física sería responsable del 7% del gasto sanitario (28) y, por otro, basándose en estudios realizados en el Reino Unido (35) y en Suiza (36), la OMS estimó que la inactividad física le cuesta a cada estado entre 150 y 300 euros por habitante y año (28).

Situándonos en Galicia, las enfermedades crónicas no transmisibles supondrían un coste de 2.357.395.655,3 euros (70% del presupuesto para 2011), y la inactividad física tendría un coste que variaría entre:

- 235,7 millones de euros (7% del total) y
- 419 a 849 millones de euros (entre 150 y 300 euros por habitante y año, para una población de 2.797.653 habitantes en 2010).

Como vimos, si a los efectos de la inactividad física se sumasen los de la obesidad, los costes sanitarios se duplicarían.

### 3.3. El análisis del contexto.

#### 3.3.1. La responsabilidad de los poderes públicos.

De acuerdo con la Constitución española, a los poderes públicos les compete organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte y facilitar la adecuada utilización del ocio.

La Xunta de Galicia tiene competencia para la administración y la gestión, supeditada a la legislación del Estado, en materia de educación y sanidad, y de manera exclusiva en la promoción del deporte y la utilización adecuada del ocio, la asistencia social, la promoción del desarrollo comunitario y el fomento de la cultura y de la investigación.

La Ley 8/2008, del 10 de julio, de salud de Galicia establece, entre otras, las prestaciones sanitarias de la Consejería de Sanidad en materia de salud pública e indica que el establecimiento de estándares y medidas de promoción de estilos de vida saludables y de prevención, en especial las de carácter intersectorial, es una de sus competencias.

La Ley 11/1997, del 22 de agosto, general del deporte de Galicia, pretende fomentar la actividad deportiva como un hábito de salud, bienestar y correcta utilización del ocio y establece que: “Los poderes públicos de la comunidad autónoma garantizarán el libre acceso de todo ciudadano en igualdad de condiciones y oportunidades al conocimiento y a la práctica deportiva. Así mismo, el concepto de actividad deportiva general se interpreta y desenvuelve tratando de impulsar el deporte de competición, el de participación y el de alto nivel, al mismo tiempo que las prácticas deportivas especiales, como las realizadas por personas en las cuales concurren circunstancias diferenciadoras por razón de edad, condición física o psíquica o situación personal”.

### **3.3.2. Las evidencias, recomendaciones, directrices y normas.**

Los estudios de carácter científico que recogen las evidencias sobre los perjuicios del sedentarismo y los beneficios de la actividad física son innumerables y en este documento tan sólo se hará referencia puntualmente a algunos. La mayor parte de la información presentada pertenece a documentos procedentes de organismos internacionales y nacionales, cuyos expertos hicieron el esfuerzo de reunirla y, tras su concienzudo análisis, establecieron la categoría de las evidencias y elaboraron recomendaciones, directrices y normas (4, 7, 14, 16, 18, 37-48).

#### ***Relación entre la actividad física y la salud.***

La actividad física regular está considerada como un pilar fundamental en la prevención y tratamiento de múltiples enfermedades crónicas y constituye uno de los determinantes de la salud con mayor influencia sobre la morbilidad y mortalidad en la población.

Hoy en día, ya no existen dudas sobre las interrelaciones que hay entre la actividad física, la condición física, la salud y la longevidad, aun cuando no se conozcan por completo las causas y los mecanismos implicados. El reconocimiento de estas interrelaciones es cada vez más amplio e incluye, además de estos cuatro elementos, la calidad de vida, la morbilidad (enfermedad), la mortalidad y, como elemento asociado de enorme importancia, la alimentación. No obstante, como nuestro principal elemento de atención es la actividad física, dejaremos algo de lado las cuestiones alimentarias, a pesar de que son inseparables de cualquier actividad física, pues para vivir se necesita ingresar y gastar energía.

#### ***Relación entre la actividad física, la condición física y la salud.***

Tradicionalmente, se consideraba que los efectos de la actividad física sobre la salud se debían a la mejora en la condición física que se producía con la práctica de ejercicio. Al practicar ejercicio se mejoraba la condición física y esto tenía dos efectos, por un lado incrementaba la salud y, por otro, al disfrutar de mejor condición física, les permitía a las personas una práctica mayor de actividad. No obstante, ese modelo fue superado por el paradigma o modelo de Toronto (6) que está representado en la Figura 2.

De él podemos extraer ciertas conclusiones:

- La condición física no sólo depende de la actividad física o de la salud, también le influyen cuestiones como la genética y cuestiones de tipo ambiental. Por ejemplo, la condición genética hará que la respuesta ante el ejercicio sea distinta según la persona; unas conseguirán mejorar rápidamente su condición física y a otras les costará más. Como ejemplo del segundo factor, podemos tener la alimentación o el descanso, que influirán determinantemente en la variación de la condición física.
- La actividad física guarda una relación directa e inmediata con la salud (como señalan las flechas), y puede tener efectos positivos sobre la salud sin producir mejora ninguna en la condición física.

- La actividad física también puede tener una relación indirecta con la salud, a través de la condición física. Cuando la actividad física alcanza cierta cantidad y calidad, ya puede tener efectos sobre la condición física y, de este modo, influir sobre la salud.

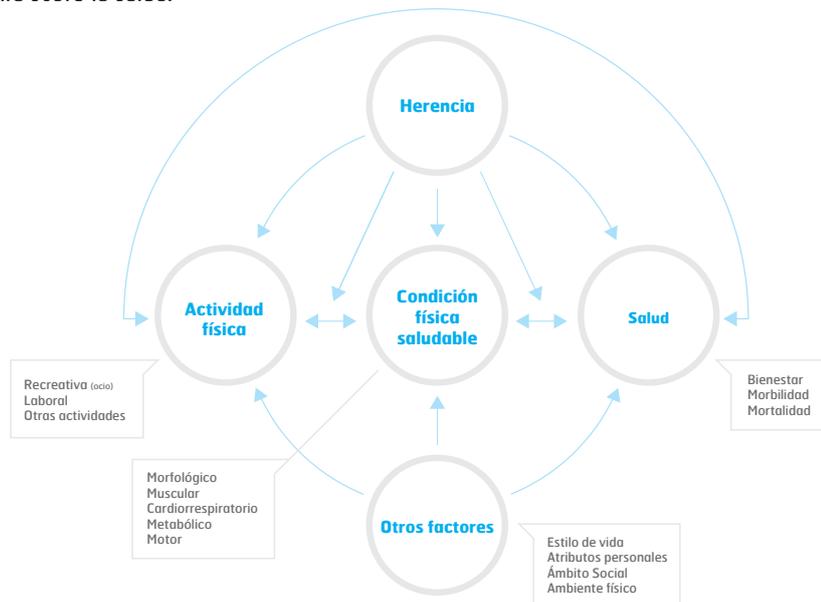


Figura 2. Modelo de Toronto (6)

El mismo paradigma de Toronto, que nos permite explicar las relaciones positivas entre actividad física, condición física y salud, podría servirnos para entender los efectos perniciosos de la inactividad sobre el estado de salud y cómo la pérdida de esta genera un círculo vicioso que perpetúa y aumenta el problema (ver Figura 3).

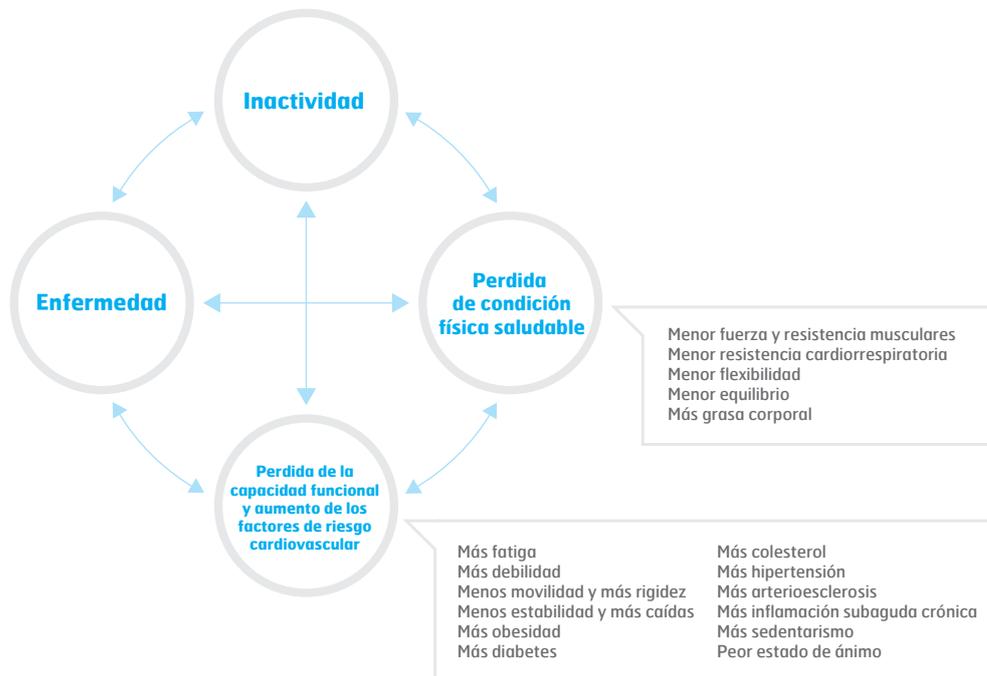


Figura 3. Relación entre la inactividad física y la pérdida de condición física con la pérdida de capacidad funcional, los factores de riesgo y la enfermedad.

Como resumen, podríamos afirmar que la grandeza de la actividad física en general y del ejercicio en particular, cuando se utiliza en el ámbito de la salud y de forma adecuada, es que puede desempeñar tres papeles de manera simultánea aún que se utilice primariamente para uno sólo: **rehabilitador** (tratamiento), **preventivo** y como **fuentes de bienestar**.

## **Beneficios de la actividad física.**

### **Sobre las personas.**

Entre los principales beneficios demostrables científicamente que proporciona la práctica de actividad física tenemos que (43):

- Ayuda a reducir la mortalidad por todas las causas.
- Previene las enfermedades cardiovasculares y coronarias.
- Reduce la presión arterial y previene la hipertensión.
- Mejora los lípidos sanguíneos y las lipoproteínas.
- Influye positivamente sobre los factores de coagulación y hemostáticos.
- Influye positivamente sobre los mediadores inflamatorios.
- Reduce y previene el sobrepeso y la obesidad y mejora la distribución de la grasa corporal.
- Previene y mejora la diabetes tipo 2.
- Reduce la incidencia de cáncer de colon.
- Previene y mejora el dolor lumbar, la artrosis, la osteoporosis y la sarcopenia.
- Previene y mejora la depresión y la ansiedad.
- Mejora el rendimiento cognitivo.
- Beneficia a personas de todas las edades: facilita el crecimiento saludable y el desarrollo social en la infancia y reduce el riesgo de enfermedad crónica y mejora la salud mental en adultos.
- En las personas mayores, proporciona independencia funcional y calidad de vida, mejora la aptitud músculoesquelética, disminuye el riesgo de caídas y fracturas y protege de las enfermedades relacionadas con la edad.

**La actividad física es la estrategia más económica y con más resultados positivos esperados a todos los niveles, pero muy especialmente en el aumento de la cantidad de años vividos saludablemente y/o la disminución de años vividos con enfermedad.**

### **Sobre el conjunto de la sociedad.**

El informe *Physical activity and health in Europe: evidence for action* (34) y *The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action* (47) indican que además de producir efectos directos sobre la salud, la actividad física puede generar beneficios sociales, económicos e influir positivamente en otras conductas de salud:

- Es una oportunidad para interactuar con otras personas, con la comunidad y con el ambiente.
- Podría ayudar a reducir las conductas antisociales y delictuosas (49).
- Aumenta el sentido de pertenencia a la comunidad y permite que las propias comunidades adquieran capacidad, confianza y habilidades para afrontar retos mayores (50).
- Puede contribuir a reducir la demanda social para la atención de los hijos (51).
- Tiende a asociarse con otras conductas saludables, como pueden ser una alimentación más sana y la abstinencia del tabaquismo (52).
- Es un recurso apropiado para la regeneración de los espacios o barrios abandonados (53, 54).
- Puede reducir la contaminación nociva del aire y las emisiones de gas de efecto invernadero (también conocidas porque ejercen un efecto negativo en la salud), contribuyendo a un mayor desarrollo sustentable (47).
- Reduce la inversión de las ciudades en transportes públicos (55).
- Reduce el absentismo laboral y aumenta la productividad (56).
- Reduce los gastos sanitarios derivados de la inactividad (34-36, 53, 57); por cada euro gastado en el fomento de la actividad física se obtendría un retorno de hasta 13,1 euros (58). La OMS estimó que la inactividad le costaría a cada estado entre 150 y 300 euros por habitante y año (34).

## ¿Cuál es la actividad física recomendable?

### **El factor protector del gasto energético: hacia un nuevo paradigma.**

Gaziano (59) recuerda que la transición epidemiológica que estamos viviendo se caracteriza, entre otras cosas, por la falta de actividad física, y que las ECNT están más fuertemente ligadas a esta carencia que a los problemas nutricionales.

Prentice y Jebb (60) encontraron más relación entre el incremento de la obesidad y el número de horas semanales que se ve la televisión o el número de automóviles por familia (variables ligadas al sedentarismo) que con el incremento de calorías de las dietas.

Recientemente, en España se publicaron los datos del estudio DRECE 1990-2010 (Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España) (61), demostrando que en las dos últimas décadas, al mismo tiempo que aumentaron la obesidad y el sobrepeso, se produjeron una disminución en las calorías consumidas diariamente por los españoles (250 kcal menos por día). Lo que significa que el sobrepeso es básicamente un problema de insuficiente gasto de energía vinculado al sedentarismo.

La protección proporcionada por una forma activa de vida y una buena condición física contra varias enfermedades crónicas, con independencia del peso corporal, fue demostrada por Lee y otros en 1999 (62). Hasta tal punto es así, que los individuos que tienen sobrepeso o son obesos y con buena condición física tienen menor riesgo de padecer enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad o de sufrir muerte prematura que las personas con peso normal y con baja condición física.

Tarducci y otros (63) proponen acercarse a la cuestión desde otro enfoque. Mantener el peso no es suficiente para garantizar una correcta composición corporal, pues un peso normal puede coexistir con un exceso de grasa. Además, mantener el peso no significa necesariamente ser físicamente activo y, por el tanto, tampoco contrarresta los efectos perniciosos del sedentarismo (que es un factor de riesgo en sí mismo). En cambio, mantener un nivel de actividad física adecuado, en cantidad y calidad, sí puede ayudar a mantener un peso correcto y, aún que el peso no fuese el ideal, sí que contribuiría a lograr una correcta composición corporal (menos grasa) y, obvio es decirlo, neutralizaría las consecuencias indeseables del sedentarismo. En pocas palabras, **parece que merezca la pena enfocar el problema en la inactividad física y convertirla en el elemento prioritario del pensamiento que guíe las intervenciones.**

La actividad física es beneficiosa por sí misma e influye favorablemente sobre otros factores de riesgo, además de constituir un recurso terapéutico barato y que, bien administrado, mejora ostensiblemente muchos trastornos de la salud. Esta calidad es única no está presente en ninguna otra estrategia de prevención.

Comprender este fenómeno da lugar a un nuevo enfoque de los programas de prevención y promoción de la salud. En modo alguno significa no cuidar la ingestión de la dieta, sino simplemente darle a la actividad física, y en consecuencia al gasto energético, el lugar de privilegio que debe tener en todas las políticas de promoción y los programas de prevención.

#### **La actividad física es el mejor medicamento.**

No existe dieta o terapia farmacológica que produzca al mismo tiempo, sin efectos secundarios y de manera tan barata, los beneficios directos e indirectos de la actividad física.

### Un nuevo paradigma:

- Si se acepta que el beneficio para la salud proviene de un aumento en el gasto energético y que se puede conseguir a través de la incorporación de más actividad física en la vida cotidiana sin que resulte imprescindible participar en programas estructurados de ejercicio, se tendrá la oportunidad de promover la actividad física en el medio donde las personas viven o trabajan, una estrategia válida para prevenir la obesidad y otras ECNT (Poortinga, 2011 (64) e 2006 (65))
- Los esfuerzos públicos por mejorar la salud general y para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles se verían favorecidos si se utilizasen más y mejores recursos en la promoción de vida activa y, en especial, destinados a aumentar el gasto de energía proveniente da actividad física.

### ***¿Actividad física, ejercicio físico o deporte?***

Cualquier modalidad de actividad física es útil para mantener un buen estado de salud. Utilizar una u otra alternativa va a depender de las condiciones personales y del estado de salud.

La actividad física moderada y progresiva puede recomendarse de manera general y sus riesgos son bajos.

Cando hay alguna enfermedad o lesión, lo aconsejable es realizar ejercicio físico adaptado y, por lo menos inicialmente, supervisado por un profesional.

El deporte, practicado de modo competitivo, debería reservarse para las personas que cuenten con una condición física apropiada para ello.

### ***Recomendaciones por grupos de edad.***

La OMS hizo recientemente recomendaciones para los diferentes grupos de edad (4), de 5 a 17 años, de 18 a 64 y de 65 en adelante. Otros organismos hicieron también recomendaciones a los menores de 5 años.

#### ***Grupo de menos de 5 años.***

Según una revisión sistemática (66) contemplando las edades entre 2 y 6 años, sólo la mitad de la población realizaba actividad física suficiente a estas edades, y el 89% de tiempo que los niños y niñas pasan en las escuelas infantiles corresponde a actividades sedentarias. Según datos canadienses, en 1971 la edad media a la que se comenzaba a ver la televisión era de 4 años, en la actualidad es de 6 meses.

Las recomendaciones para este grupo de edad son:

- Entre 1 y 3 años un mínimo de 30 minutos de actividad física estructurada y de 1 hora de actividad desestructurada al día.
- Los mismos parámetros para los 4 y 5 años pero pasando a 1 hora de actividad estructurada.
- Hasta el primer año de edad, se debe actuar en el entorno próximo del niño o niña y facilitar oportunidades para experimentar el movimiento en compañía de sus cuidadores.

#### ***Grupo de 5 a 17 años.***

- Acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa (objetivo mínimo de actividad física diaria para mejorar la salud y prevenir las ECNT).
- La actividad física durante más de 60 minutos reporta beneficios adicionales para la salud.
- La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica.
- Convendría incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer los músculos y los huesos, como mínimo tres veces a la semana.

**Grupo de 18 a 64 años.**

- Acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- La actividad aeróbica se realiza en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- Para obtener mayores beneficios, los adultos deberían incrementar esos niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Deberían realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.

**Grupo de 65 años en adelante.**

- Acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa.
- La actividad aeróbica se desarrolla en sesiones de 10 minutos como mínimo.
- Para obtener todavía mayores beneficios, los adultos de este grupo de edad deberían aumentar hasta 300 minutos semanales su actividad física mediante ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, o bien practicar 150 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa.
- Los adultos de mayor edad con dificultades de movilidad deberían dedicar tres o más días a la semana a realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio y evitar las caídas.
- Deberían realizarse actividades de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más veces a la semana.
- Cuando los adultos de este grupo no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deberían mantenerse activos hasta donde les sea posible y les permita su salud.

**En el caso de las mujeres.**

- Las investigaciones avalan la importancia de la práctica de actividad física de las mujeres en el contexto de la salud mental, de la salud reproductiva, en las enfermedades crónicas o en el consumo de sustancias (67). Dado que existen diferencias entre cómo afectan las enfermedades a hombres y a mujeres es importante tener en cuenta la evidencia específica sobre patologías y géneros, siempre evitando patologizar procesos naturales en la vida de las mujeres como el caso de la menopausia.

**¿Y en caso de enfermedad?**

- No caso das enfermidades, a evidencia científica é tan grande que o exercicio xa debería formar parte da prevención e o tratamento habituais das patoloxías crónicas, tanto en prevención primaria como secundaria. De feito, diferentes autores, organizacións sanitarias, asociacións médicas e científicas e institucións publicaron guías e recomendacións específicas para a promoción e a prescripción de exercicio en diversas patoloxías. Para máis información ver o documento completo do Plan.

**Ejercicio en caso de enfermedad:**

- Está suficientemente demostrado el valor terapéutico y preventivo del ejercicio físico en la mayoría de las enfermedades.
- La práctica segura, que garantice los mayores beneficios y reduzca los riesgos, y la adherencia a ésta, requiere la participación de profesionales especializados.
- No existe normativa específica que instaure este tipo de prácticas en el sistema sanitario ni que regule la intervención profesional en ellas.

## Diseño de las intervenciones.

### ¿Qué se entiende por cuidado de la salud? ¿Dónde está el desafío?

El concepto de salud evolucionó con el transcurso de la Historia: desde considerar la salud como la mera ausencia de enfermedad (que originariamente era un castigo divino), hasta un estado deseable del mayor bienestar físico, psíquico y social.

Hoy se sabe que el estado de salud de las personas depende de muchos factores, algunos modificables y otros no, algunos que puede manejar cada persona y otros que tienen que ver con el entorno y las oportunidades. Hoy la salud y su cuidado trascienden claramente de la responsabilidad personal y se convierten en una responsabilidad pública y comunitaria.

Desde el informe clásico de Lalonde (1974) (68) y el estudio de Tarlov (1999) (69), se conoce lo importante que es el peso que tienen en el cuidado de la salud los comportamientos y los estilos de vida de las personas, el ambiente y las condiciones sociales.

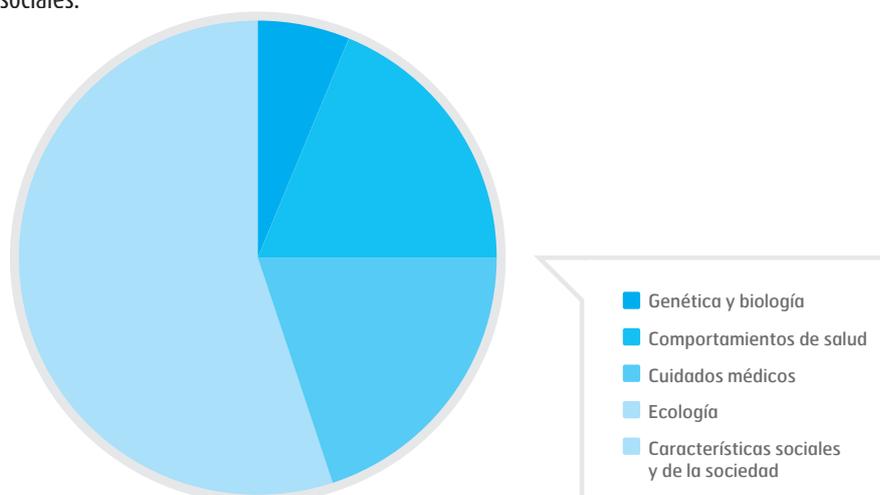


Figura 4. Importancia de los determinantes de la salud, modificada de Tarlov (1999) (79).

Según Terris (71), la salud tendría dos dimensiones: una subjetiva (la sensación de bienestar) y otra objetiva y mensurable (la capacidad de funcionamiento) (Figura 5). De acuerdo con estos conceptos, propuso modificar la definición de la OMS y sustituirla por “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces”. Ese concepto es más operativo, pues al suprimir el término “completo” elimina la utopía de la definición anterior de Stampar, mantiene el bienestar y añade la capacidad de funcionamiento (capacidad de trabajar, capacidad de estudiar, de disfrutar de la vida, etc.), e introduce la posibilidad de medir el grado de salud (8).

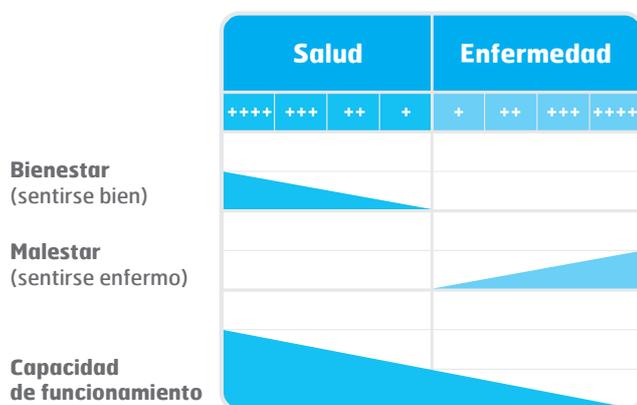


Figura 5. Dimensiones de la salud-enfermedades: una subjetiva (la sensación de bienestar) y otra objetiva y mensurable (la capacidad de funcionamiento), según Terris (1980) (71)

La salud y la enfermedad formarían un continuo (Figura 6) en el que la enfermedad ocuparía el polo negativo, en cuyo extremo estaría la muerte, y la salud ocuparía su polo positivo, en cuyo extremo se situaría el nivel óptimo de salud (según la definición de la OMS). En el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico. A lo largo de la vida, las personas podemos transitar entre ambos extremos, aún que lo deseable es situarse cerca del extremo más favorable.



Figura 6. Continuo salud-enfermedad, de Terris (1980) (70).

Cuando ampliamos este esquema y lo vemos desde una perspectiva comunitaria (71), dado que lo óptimo de salud es difícilmente alcanzable y la muerte es inevitable, estos términos se pueden sustituir por los de “elevado nivel de bienestar y de capacidad de funcionamiento” y “muerte prematura”. Al observar la Figura 7 se entiende que tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos ellos actúan sobre la zona neutra y provocan la evolución cara la salud o cara la enfermedad.



Figura 7. Propuesta operativa para la comunidad del continuo salud-enfermedad (71).

El gran reto entonces que se le formula a una comunidad es decidir hacia donde quiere transitar en el continuo salud-enfermedad. El desafío será decidir si se contenta con que cada persona se sitúe donde pueda, generalmente en la zona neutra, e intervenir para restaurar la salud cuando se pierda, prestando asistencia sanitaria, rehabilitación y reinserción social o, si no lo acepta y opta por realizar un esfuerzo colectivo para caminar hacia un estado de salud positivo. En este segundo supuesto, se escoge la defensa y fomento de la salud y la prevención de la enfermedad. Se debe asumir que este es el desafío y que se trata de una responsabilidad esencial de todo el gobierno, compartida también con toda la comunidad.

En el caso de Galicia se acepta el reto, y parte de la respuesta está en este mismo Plan.

### ¿Quién debe tomar la responsabilidad?

Si el objetivo común y final es lograr que la población adopte estilos de vida físicamente activos para alcanzar una mejor calidad de vida, deberán tenerse en cuenta todos los elementos que pueden influir en la adquisición, mantenimiento y pérdida de los hábitos individuales. Al hablar de hábitos conviene tener presente que las personas desenvolvemos nuestra existencia relacionándonos con otras y en ámbitos físicos más o menos concretos. Nuestra conducta viene en parte determinada por la influencia de todos los elementos que nos rodean:

- no somos ajenos a las opiniones o creencias de nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo o vecinos;
- estamos influidos por las condiciones socioeconómicas y culturales en las que vivimos, y
- el urbanismo entendido en sentido amplio y el acceso de las actividades y servicios pueden facilitarnos o dificultarnos la adopción de unos o de otros estilos de vida.

45

Estas apreciaciones permiten hacernos una idea de la magnitud y la complejidad de la solución del problema.

En el esquema desarrollado por el Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity (45) se ve cómo se superponen las diferentes áreas de influencia sobre los hábitos de salud de las personas. Podrían dividirse en áreas de influencia próximas o inmediatas (familia, amigos...), otras intermedias (escuela, ámbito laboral...) y, finalmente, otras más alejadas o mediatas (política, cultura y medios de comunicación). Todas ellas deben formar parte del fomento de estilos de vida físicamente activos.

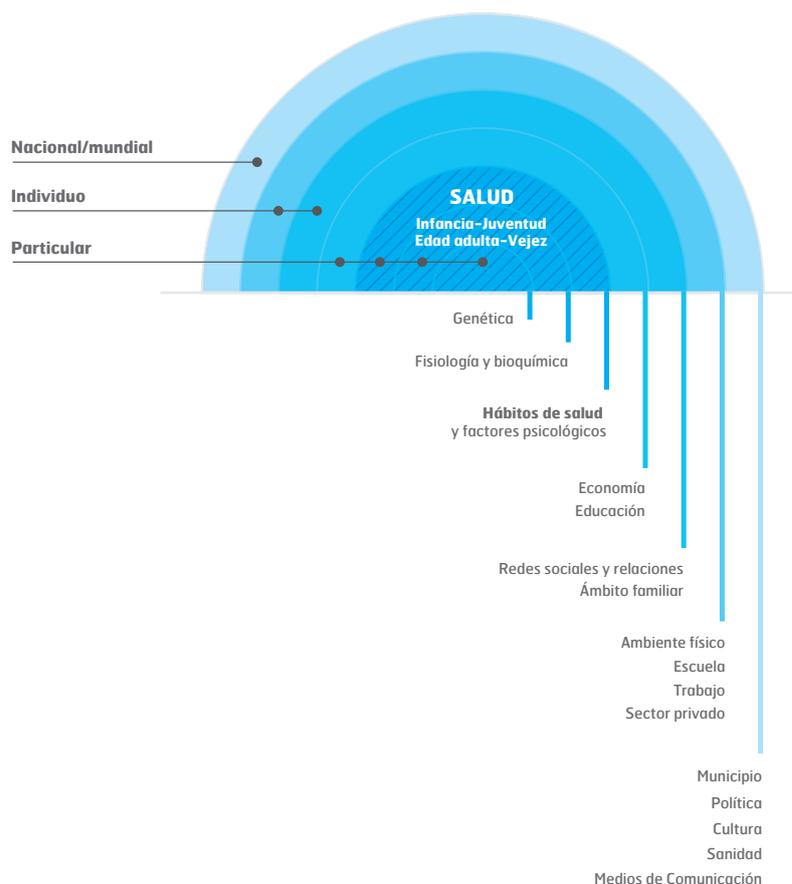


Figura 8. Serie de semicírculos concéntricos en la que se muestran los diferentes terrenos posibles de intervención. En la cúspide jerárquica están aquellas decisiones o cambios relacionados con la política, la cultura y los medios de información masivos, que son los que tendrán efectos más extensivos. Modificada del Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity (45).

No obstante, todavía aceptando una responsabilidad común, las repercusiones sobre la población general serán distintas en función de quién actúe y de qué decisiones se tomen. Cuanto más elevado sea el ámbito en el que se decide, mayores serán los efectos logrados. En la parte más elevada se encuentran las esferas políticas, la cultura y los medios de comunicación masiva. Esto significa que, cualquier acción que proceda de alguna de estas esferas (decisión política, cambio cultural o intervención de los medios de comunicación) tendrá repercusiones sobre un gran número de personas. A la inversa, cuanto más cerca del individuo se intervenga, los beneficios que se alcancen le afectaran a un número menor de ciudadanos. Dicho de otro modo, será mucho más efectiva una buena decisión de un gobernante, que la de otros muchos posibles actores. Un responsable de la administración educativa que decida aumentar las horas de actividad física en el currículo escolar hará más por la salud pública que todos los hospitales juntos de la comunidad.

En la siguiente tabla, se presenta una lista de los posibles participantes, propuesta por Edwards e Tsouros (72), como integrantes de la asociación necesaria para promover la actividad física en la ciudadanía.

SECTORES		
Público (gobiernos y administraciones)	Sociedad civil (asociaciones y organizaciones)	Privado
Políticos	Deporte	Empresarios
Deporte y recreación	Cultura	Trabajadores
Salud	Naturaleza	Empresas de fitness y similares
Transporte	Salud	Patrocinadores
Urbanismo	Vecinos	Medios de comunicación
Educación	Grupos especiales	
Legislación	Grupos informales	
Turismo		

Tabla 2. Participantes en las tareas de promoción de la actividad física (72).

### ***¿Quiénes deben ser los destinatarios?***

Probablemente, esta sea la pregunta más sencilla de responder. Si nos basamos en las recomendaciones de la OMS y de la UE, los destinatarios, es decir los beneficiarios últimos de un plan de fomento de la actividad física deben ser todos los ciudadanos.

Las intervenciones deben abarcar todas las etapas de la vida de las personas, aunque priorizará las medidas dirigidas a la infancia, a la adolescencia y a las mujeres gestantes, y se les prestará especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables, con el fin de reducir y evitar las desigualdades. Las personas con pocos ingresos no tienen las mismas oportunidades para realizar actividad física, sobre todo en el tiempo de ocio, por lo que presentan niveles más bajos de práctica.

Además, está ampliamente demostrado que los mayores beneficios para la salud pública se obtienen cuando los más sedentarios mejoran su nivel de actividad física.

### ***¿Cómo y dónde actuar?***

Tener claros los objetivos y las metas no es suficiente para asegurar la implantación efectiva de las intervenciones. En los tiempos actuales, las intervenciones para promover la salud y los hábitos de actividad física deben:

- Tener en cuenta que vivimos en un mundo globalizado en el que se producen desigualdades crecientes, nuevas formas de consumo y comunicación, cambios ambientales y urbanísticos... (39)

- Basarse en los criterios de calidad de efectividad demostrada, de acuerdo con la Comisión de las Comunidades Europeas en 2008 (16) y la Global Advocacy for Physical Activity en 2010 (47).

A la hora de elegir las iniciativas deben priorizarse aquellas que ya demostraron su efectividad porque es importante utilizar bien los recursos públicos. Las que todavía no se demostrasen suficientemente útiles pueden ensayarse a través de estudios piloto, pero nunca en detrimento de las primeras. Hasta la fecha, las únicas iniciativas que demostraron ser efectivas (40,48,73) son:

- Los programas escolares en los que se les da prioridad a la educación física y al desarrollo de hábitos saludables.
- El desarrollo y la aplicación de políticas para fomentar el transporte activo.
- Las normativas para el diseño y la mejora de los espacios urbanos accesibles y seguros que fomente la vida activa.
- Los programas comunitarios para educar y concienciar a la población en materia de salud y estilos de vida saludables desde diferentes medios.
- Los programas comunitarios integrales de actividad física adaptados al contexto y características del grupo poblacional diana e integrados en los diferentes sistemas de actuación (ayuntamiento, centros de educación y formación, empresas, centros de salud...).

Con carácter general, los planes de fomento de la actividad física deberían tener en cuenta como mínimo: un enfoque transversal y cooperativo; la importancia de la política para garantizar un acceso igualitario; la importancia de los medios de comunicación para actuar sobre la conciencia pública; la vigilancia, la investigación y la evaluación; la reorientación de los servicios a los ciudadanos; el reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de las aptitudes personales.

Los ámbitos de intervención son el educativo, el sanitario, el laboral, el comunitario y el del tiempo libre y deporte. Para asegurar la participación de toda la población, sería necesario atender de un modo más específico a ciertos colectivos: mujeres, personas mayores, personas con discapacidad y personas en riesgo de exclusión social.

### 3.3.3. Las características de Galicia.

#### **Geografía.**

La situación periférica de Galicia y su orografía dificultaron la construcción de infraestructuras de comunicación con el resto del Estado y produjeron cierto **“aislamiento y retraso en el desarrollo general”** que, gracias a los esfuerzos de los últimos años y la aparición de nuevas formas de comunicación, se están superando

#### **Climatología y medio ambiente.**

**O clima gallego es lo suficientemente benigno como para poder realizar actividad física o deporte al aire libre** (es más favorable que en países como Holanda, donde la bicicleta se usa masivamente) **y no lleva consigo riesgos porque la calidad del aire es buena.**

#### **Distribución territorial.**

Galicia se distribuye territorialmente en 4 provincias con sus correspondientes diputaciones, 53 comarcas, 315 ayuntamientos y 3.778 parroquias.

#### **Población: número, distribución y densidad.**

A principios de 2010 Galicia tenía una población de 2.797.653 habitantes, que se distribuye de una forma muy dispersa y desigual: El 75,4% lo hace en las provincias costeras (A Coruña y Pontevedra) y el 24,6% restante en las interiores (Lugo y Ourense).

En general, a partir de los 64 años hay más mujeres que hombres, aunque en las provincias costeras esta diferencia aparece antes. Precisamente en estas provincias radica la mayor cantidad de actividades de los sectores secundario y terciario. Vemos también que el 50,7% de la población se encuentra en 22 municipios mayores de 20.000 habitantes (incluidas las 7 principales ciudades, que superan los 50.000 habitantes cada una y suponen el 35,7% del total de la población). El 43,3% restante de la población se distribuye en 293 municipios, en su mayoría en las provincias interiores.

En general, en los ayuntamientos más urbanos la densidad es más alta mientras que en los ayuntamientos más rurales es menor. Salvo en las 7 ciudades gallegas, podemos decir que en Galicia la población está bastante dispersa (zona interior). Ante esta situación, parece razonable canalizar las intervenciones en el terreno comunitario y local de dos maneras diferentes: en las grandes ciudades a través de los propios ayuntamientos, y en las zonas con más dispersión, a través de las comarcas y las diputaciones provinciales.

### ***Natalidad, mortalidad, envejecimiento y previsión para el futuro.***

**La población gallega se reduce y envejece.** La natalidad está descendiendo y la mortalidad aumentando. Se prevé que en el futuro vaya descendiendo el número de ciudadanos (un 1,5% en 2020).

Galicia se caracteriza por un acusado nivel de envejecimiento y sobre-envejecimiento (de los más elevados de España y de las regiones de la Unión Europea), que se presenta sobre todo en las provincias de Lugo y Ourense y, muy mayoritariamente, en el sexo femenino. Hay casi el doble de personas mayores que de menores de 16 años. Esta situación, junto a la natalidad y mortalidad, está invirtiendo la pirámide normal de población.

### ***La actividad económica.***

De acuerdo con su **dedicación principal**, de una población total de 2.797.653 habitantes, 1.080.700 personas trabajan por cuenta propia o ajena (38,6% de la población), 759.317 son pensionistas (27,12%) y 433.900 son estudiantes (15,5%).

**La gran mayoría de los ciudadanos ocupados trabajan en el sector de servicios (67,6%),** y es superior el número de mujeres que de hombres. Lo sigue muy distanciado el sector secundario de la industria donde predominan los hombres, a continuación, la construcción (sector casi exclusivo de los hombres). La agricultura, la ganadería, la caza y la silvicultura se sitúan en cuarto lugar (igualdad entre hombres y mujeres) y por último la pesca y la acuicultura.

**El poder adquisitivo de la ciudadanía gallega es menor que en el conjunto del Estado.** Esto junto con la elevada tasa de paro, que sigue creciendo, hace que la situación económica de muchos ciudadanos sea precaria.

En 2009 los ingresos medios por hogar fueron de 2.010 euros/mes. El salario medio anual de los gallegos fue de 18.217 euros, 20.271 euros para los hombres y 15.594 euros para las mujeres. La tasa de riesgo de pobreza se sitúa en el 14,32%.

La tasa de paro en el último trimestre de 2010 era de 15,7% (15,2% para hombres y 16,3% para mujeres). Pontevedra y Ourense son las provincias con mayor tasa de paro. La tendencia es el aumento progresivo de la tasa de paro, especialmente en mujeres.

**Tanto en el terreno laboral como económico, la mujer gallega sufre una considerable discriminación.**

**Las intervenciones deben asegurar el acceso libre a la práctica de actividad física de todos los gallegos, sin que el poder adquisitivo y la falta de recursos constituyan un impedimento.**

En 2009 el número de empresas con sede social en Galicia fue de 209.870, de las cuales 123.377 son autónomos sin

asalariados. De todas ellas, sólo 110 tenían 250 o más asalariados, que se distribuyen: 56 en la provincia de A Coruña (principalmente, en A Coruña, Santiago y Arteixo), 4 en Lugo (3 de ellas en el Concello de Lugo), 11 en Ourense (principalmente, en Ourense y San Cibrao das Viñas) y 39 en Pontevedra (principalmente, en Vigo, O Porriño y Vilagarcía de Arousa). Lo que vuelve a confirmar la concentración de actividad y de personas en la costa atlántica.

### ***El urbanismo y la movilidad.***

**En general, el urbanismo gallego no facilita especialmente la práctica de actividad física en la calle.** Aunque algunos gobiernos locales empezaron a atender esta demanda “humanizando” los ámbitos, todavía no es suficiente. No se dispone de datos veraces y actualizados sobre las facilidades de las que disponen los gallegos y gallegas para realizar sus desplazamientos diarios de un modo activo (caminando o en bicicleta), ni sobre las zonas de esparcimiento para realizar otro tipo de actividades físicas de un modo seguro, gratuito y próximo a su lugar de residencia.

No obstante, si se pueden afirmar algunos hechos. Los espacios construidos que cuentan con elementos mecánicos de transporte (ascensores o escaleras mecánicas) priorizan su uso, situándolos de tal manera que los usuarios ya no consideran otra opción. Por el contrario, las escaleras o rampas suelen situarse en lugares menos accesibles y no invitan a su uso (espacios pequeños y oscuros). Se sabe también que tanto los kilómetros de carril bici como las bicicletas públicas para alquilar todavía son insuficientes. Tampoco existen muchos puntos de aparcamiento para bicicletas, sobre todo en organismos públicos de uso colectivo y donde acuden la mayoría de ciudadanos en alguna ocasión (centros educativos, ayuntamientos, centros de salud, etc.). Los motivos por los que apenas se usa la bicicleta son la falta de seguridad viaria, la falta de infraestructuras adecuadas y la falta de información y educación en el tema.

En cuanto a la movilidad se debería reservar el uso de medios mecánicos (ascensores, etc.) a las situaciones puntuales y especiales, fomentar el uso de transporte público frente al particular y, sobre todo, fomentar el uso de transportes alternativos “limpios” que impliquen actividad física.

En el diseño urbanístico orientado a la promoción de actividad física se debería tener en cuenta crear o adecuar zonas accesibles y atractivas para todos, que ofrezcan la posibilidad de realizar actividades físicas y que se permita su uso. Es importante pensar en los diferentes grupos de población que pueden ser usuarios, por ejemplo, para muchas personas mayores es indispensable poder acceder a aseos públicos si van realizar cualquiera actividad física (ir a comprar caminando).

Todas estas medidas además de resultar beneficiosas para la salud pública contribuirían al ahorro energético eléctrico, cuyo consumo se está disparando hasta cuotas insostenibles.

Afortunadamente la situación está cambiando y la Consejería de Medio Ambiente, Territorio e Infraestructuras se implicó en esta problemática y está elaborando el Plan director de movilidad alternativa.

### ***Los medios de comunicación.***

Los medios de comunicación masiva son esenciales para contribuir a la propagación de los mensajes y al cambio cultural que se persigue con el Plan Galicia saludable.

En el contexto gallego, los medios más seguidos son:

1. La televisión: TVE, Telecinco y TVG.
2. La radio: Ser y Los 40.
3. Los soportes exteriores.
4. Las revistas.
5. Internet: lavozgalicia.es, marca.com y 20minutos.es.
6. Los diarios: La Voz de Galicia, Faro de Vigo, Marca, As y 20 minutos.

### **La producción cultural en Galicia.**

Si se analiza la producción cultural gallega, el año 2009 se puede considerar como un mal año para el sector editorial gallego atendiendo al descenso del número de títulos (3.180) y ejemplares editados (tirada media de 1.405 ejemplares por título). También se redujo la producción editorial en gallego. En el último año sigue descendiendo el número de títulos traducidos del gallego, no obstante aumenta el de ejemplares.

Los datos de la OJD (Oficina de Justificación de la Difusión) muestran que los dos principales periódicos gallegos presentan en el año 2009 un descenso tanto de su tirada como de su difusión: La Voz de Galicia reduce su tirada hasta los 116.761 ejemplares diarios y su difusión hasta los 100.664 y Faro de Vigo, hasta una tirada de 46.100 ejemplares y una difusión de 39.154.

Si 2009 fue un mal año para la producción editorial gallega, los datos de la SGAE reflejan que no es así en términos de recaudación en los espectáculos de artes escénicas, música clásica o popular y en el cine; el número de espectadores en el conjunto de las artes escénicas y de música popular descendió, pero la recaudación aumentó.

### **Uso de tecnologías de la información y la comunicación.**

El uso de las TIC en Galicia está a la cola de las comunidades autónomas. El 58,5% de los hogares gallegos disponían en 2009 de algún tipo de ordenador y un 42,3% tenía acceso a Internet (39,7% en 2008). A pesar de este aumento, Galicia se encuentra muy lejos de la media estatal (54%), y se sitúa como la segunda comunidad autónoma con menor disponibilidad de ordenador y menor porcentaje de viviendas con acceso a Internet, tras Extremadura.

En relación con el uso de tecnologías de la información y de las comunicaciones en las empresas, el uso de ordenadores está extendido en la práctica totalidad de ellas. El 92,9% de las empresas gallegas de diez o más asalariados disponía de conexión a Internet en enero de 2009, y de ellas, el 96,1% accedía a través de algún tipo de banda ancha. El porcentaje de empresas gallegas que dispone de sitio/página web en Galicia se mantiene alrededor del 55%, y se sitúa casi cuatro puntos por debajo de la media estatal (58,9%).

En Galicia, el 98,8% de los hogares estaba equipado con teléfono móvil en 2009, lo usaban el 85,1% da población gallega y el 60,8% de niños entre 10 y 15 años disponían de móvil (94).

**Por lo tanto, la utilización de Internet como medio de transmisión de información y de prestación de servicios en Galicia le garantizaría el acceso, en el mejor de los casos, al 42,3% de los hogares y al 92,9% de las empresas con 10 o más asalariados. El servicio más usado es el correo electrónico.**

**En cambio, disponen de teléfono móvil el 85,1% de la población gallega en general y el 60,8% de los niños entre 10 y 15 años.**

### **Turismo activo.**

La oferta de **turismo activo** en Galicia (19 empresas en 2009) es casi inexistente, cuando nuestra comunidad autónoma posee unas características geográficas y ambientales que la hacen idónea para este tipo de turismo. Además, en Galicia existen varios ciclos formativos que están orientados a este tipo de turismo, tanto de la propia rama de la restauración y la hostelería como de las actividades físicas y el medio natural.

### **Ocio y recreación.**

Los/as gallegos/as no disponen de mucho tiempo libre: el 43,1% declara tener menos de 4 horas en un día laborable (74). Este tiempo lo reparten entre varias actividades sociales (familia, amigos, etc.), culturales (teatro, televisión, etc.) y físicas (jardinería, deporte, etc.). Las actividades de ocio preferidas son estar con la familia, ver la televisión,

pasear y salir con amigos/as o la pareja. Mientras que el uso de Internet ascendió (24,2%), sólo hace deporte un 22,2% de los encuestados, seguidos de cerca por aquellos que ven deporte (21%). En estos datos de ocupación del tiempo libre no se tiene en cuenta la frecuencia de realización y, además, si se comparan con los del año 2005, se observa que la **población gallega cada vez se hace más sedentaria en su tiempo libre.**

**La cantidad de gallegos que realiza actividades físicas en su tiempo libre es todavía reducida (22,2%) y el tiempo que se le dedica entra en conflicto con otras aficiones u obligaciones. De nuevo se constata la “falta de tiempo” y la necesidad de lograr un cambio cultural que permita disponer de más tiempo libre y concebir la actividad física dentro de las actividades de la vida cotidiana.**

Aunque se podría mejorar la cantidad y la calidad de las instalaciones deportivas de la Comunidad, la escasez se nota sobre todo en la dificultad de los clubs para disponer de instalaciones donde entrenar, sobre todo, porque hay muchas instalaciones deportivas escolares que permanecen cerradas y sin uso fuera del horario lectivo. Non obstante, la población tiende, cada vez más al uso de espacios no convencionales para la práctica de actividad física.

Dada la importancia de la industria del fitness, se hace imprescindible, para la continuidad en el tiempo de este plan y de sus beneficios, una ordenación del sector del fitness con el fin de garantizar la protección y viabilidad de los gimnasios privados como un medio para ampliar la red de puntos de fomento y promoción de la actividad física en toda nuestra comunidad.

#### **Organización social y de apoyo (bienestar social).**

Disponer de un sistema adecuado de apoyo social permite conciliar mejor las tareas laborales y de la vida familiar, al mismo tiempo que permitiría disponer de tiempo para adoptar un estilo de vida más saludable.

El informe de 2009 del CES de Galicia (24) valora positivamente el nuevo incremento registrado en el número de plazas de escuelas infantiles, tanto en las públicas como en las privadas, aún que entiende que su número es insuficiente si tenemos en cuenta las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar.

Otra obligación familiar suele ser la atención a la dependencia que en Galicia presenta necesidades mayores: además de haber más porcentaje de personas con discapacidad, casi la mitad están clasificadas como de gran dependencia, lo que agrava considerablemente la situación. Lamentablemente, la crisis económica hará que las ayudas de la ley de dependencia del Estado disminuyan (26), lo que implica la búsqueda de alternativas compensatorias, y entre ellas, **los programas de actividad física adaptada son una herramienta idónea**

#### **3.3.4. Sobre la actividad física en la población gallega (90).**

**El nivel de práctica de actividad física en Galicia es bajo y desigual.** El 57,6% de la población de diez o más años de edad practica alguna actividad físico-deportiva, no obstante, tan sólo un 36,3% de ésta realiza toda la actividad física deseable necesaria para mantener un buen estado de salud y **sólo un 16% de los gallegos afirma hacer actividad física a diario.**

**La práctica físico-deportiva en Galicia es menor en el área rural.** Los municipios de menos de 10.000 habitantes presentan porcentajes menores de práctica que las grandes áreas metropolitanas. Además, los ayuntamientos más pequeños presentan niveles más bajos de satisfacción con la práctica deportiva y la actividad física, así como una mayor presencia de personas que nunca practicaron deporte.

Si atendemos a la edad, cabe destacar que la **población infantil y juvenil gallega muestra una conducta poco activa.** El 80,25% de la población menor de 15 años no realiza actividad física en el tiempo libre y, si lo hace, es varias veces al

mes. De los que practican, y según el género, se aprecian una mayor participación entre los hombres (61,4%) que entre las mujeres (53,8%). Lo que supone un dato especialmente preocupante porque las mujeres vivirán más años con peor estado de salud y, además, sus hábitos de actividad física influyen de manera importante en los de sus hijos. Además teniendo en cuenta que en el caso gallego los “cuidadores” de los pequeños hasta que entran en la escuela son en mayor medida las madres y que el hecho de tener hijos es una causa de abandono para la práctica de actividad física sería importante tener en cuenta este aspecto para poder proponer actividades en las que tanto los niños y niñas como las madres, padres, cuidadores o cuidadoras pudieran realizar actividad física. La educación de las personas adultas en la estimulación motriz de sus hijas e hijos también contribuirá a la creación de hábitos de actividad física y deporte en el futuro.

En Galicia, al igual que en el ámbito estatal y europeo, existe una correlación entre el nivel de estudios y la práctica de actividad física, de tal forma que **la mayor práctica de actividad física se da entre las personas con mayor nivel educativo.**

**Existe un elevado nivel de sedentarismo durante la jornada laboral** como consecuencia de la introducción de nuevas tecnologías, de un predominio de profesiones dentro del sector terciario y de que las empresas no tienen interés en que sus trabajadores/as sean físicamente activos/as. Únicamente el 7,79% de la población gallega mayor de 16 años realiza tareas que requieren un gran esfuerzo físico. Así mismo, casi la mitad de los adultos muestra una actividad física baja o muy baja (45,56%) y el 26,34% permanece sentado durante su actividad principal.

**La modalidad social más utilizada por los gallegos para hacer deporte o actividad física es “en grupo” y se prefiere practicar actividad física fuera del área competitiva, sobre todo caminar.** Más de la mitad de los practicantes gallegos realiza actividad física **fuera de los espacios convencionales** destinados a su práctica, tendencia que se acentúa a medida que aumenta la edad.

**La mitad de la población se encuentra en un estado precontemplativo** ante la actividad física.

La mayor parte de los **practicantes gallegos realizan actividad física por motivos de salud y lúdicos** (85,2%). Los motivos competitivos se encuentran entre los menos importantes.

**La falta de tiempo es la principal razón para no practicar actividad físico-deportiva**, seguida de la falta de voluntad y los problemas de salud. Además, el 17,1% de los gallegos nunca practicó deporte ni actividad física.

Las características y preferencias que condicionan la práctica de actividad física en la población gallega deben ser consideradas a la hora de elaborar intervenciones eficientes, prestarles especial atención a aquellos grupos de población con mayor predominio de sedentarismo (población rural, mujeres, población con menor nivel educativo, etc.). Por ejemplo, a menudo, el acento se pone en la disponibilidad de espacios convencionales para la práctica deportiva, a pesar de que están cobrando protagonismo (demanda de la población) los espacios no convencionales útiles para la práctica de actividad física. Además, es fundamental llevar a cabo intervenciones destinadas a la concienciación de la población acerca de la importancia de la actividad física y su relación con la salud y la calidad de vida y considerar cuáles son los motivos de no realización para elaborar las acciones.

### **3.3.5. Propuesta de prioridades.**

#### ***De carácter general.***

Las prioridades que se proponen, con carácter general, y de acuerdo con el contexto de nuestra área comunitaria son

- Que los responsables públicos (políticos y técnicos de las administraciones) y los medios de comunicación deben tomar verdadera conciencia del problema que suponen las ECNT en la sociedad gallega y que lleguen a la convic-

- ción, fundada en las evidencias científicas, del papel causal que tiene el sedentarismo en dichas enfermedades.
- Que tanto los poderes públicos como los medios de comunicación deben aceptar con valentía y decisión el desafío de proteger y promover la salud de la ciudadanía gallega y prevenir las ECNT a través del fomento de estilos de vida físicamente activos, objetivo para el que se elaboró este plan y que finalmente supondrán un cambio cultural beneficioso.
  - Que la promoción de la actividad física debe ser una prioridad en la agenda de todas las personas cuyas decisiones pueden influir para que la elección de los ciudadanos de ser físicamente activos constituya la opción más sencilla; promover ámbitos constructivos y sociales favorecedores y eliminar barreras geográficas, culturales, económicas o de cualquier otra índole.
  - Construir las alianzas estratégicas necesarias para lograr la participación efectiva de los actores que pueden intervenir promoviendo la actividad física, de modo que alcancen la coherencia en los mensajes, la optimización de los recursos y la coordinación de las actuaciones.
  - Que todos los profesionales que pueden influir en los hábitos de los ciudadanos deben tener la formación necesaria para comprender la importancia de la promoción de la actividad física y de la prescripción de ejercicio (cuando sea necesaria) y para ayudar en el cambio del estilo de vida.
  - Que toda/o ciudadano/a, sea cual sea su condición, disponga de la información suficiente para comprender que incorporar o mantener la actividad física en su vida cotidiana supone un beneficio indiscutible para su salud, que lo protege frente a muchas enfermedades y favorece su autonomía e independencia, especialmente en las edades más avanzadas de la vida.
  - Que toda/o ciudadano/a pueda acceder a una práctica regular de actividad física de calidad en un terreno seguro y saludable en condiciones de igualdad.
  - Intentar trasladarle a la ciudadanía el concepto amplio de “actividad física”, que incluya también el de “ejercicio físico” y supere el concepto competitivo o restringido de “deporte” que todavía está muy arraigado y con el que muchas personas no se sienten identificadas.
  - Seleccionar siempre aquellas medidas o intervenciones que demostrasen su efectividad y, en el caso contrario, evaluarlas a través de experiencias piloto.
  - Que, en la medida de lo posible, y para aprovechar mejor los recursos, se deben escoger las medidas o acciones que con menor coste tengan influencia sobre un número mayor de personas.

### **De carácter específico.**

A continuación se proponen prioridades específicas que tienen que ver con ámbitos de intervención y con grupos de población:

- Dirigir las intervenciones a los grupos y a las personas más sedentarias porque son las que más beneficios pueden obtener individualmente y porque desde una perspectiva de salud pública el que muchas personas pasen de ser sedentarias a moderadamente activas tiene una gran repercusión.
- Desarrollar campañas de divulgación y sensibilización porque la mayor parte de las personas sedentarias se encuentran en un estadio precontemplativo de predisposición para el cambio.
- Es importante adoptar medidas para que todos los/as escolares gallegos/as tengan acceso a una práctica de actividad física de calidad durante el tiempo que permanecen en los centros educativos. Si un objetivo importante de la educación es la enseñanza para el cuidado de la salud, la actividad física, a día de hoy, es la mejor opción porque si los factores de riesgo aparecen en la infancia, estarán presentes en la vida de los niños y de las niñas durante más tiempo y desarrollarán precozmente ECNT. Se puede conseguir a través del currículo aumentando las horas de educación física con actividad física de calidad y extracurricularmente al asegurar la participación del alumnado en actividades físico-deportivas.
- Intervenir en el ámbito laboral que ocupa al 38,6% de la población y casi por igual a mujeres y hombres. En esta edad es importante asegurar la participación masculina porque presenta mortalidad prematura por enfermedades circulatorias.

- En este colectivo y a través de acciones con el INEM, se puede promover la participación de las personas en el paro, con lo que se llegaría a un mayor porcentaje de la población.
- Intervenir con los pensionistas (27,14% de la población), grupo en el que la mayoría son mujeres, suponen el 80,78% del gasto farmacéutico y presentan un grado elevado de dependencia. Por ejemplo, pueden derivarse desde el ámbito sanitario o comunitario (UPES) cara la empresa del fitness (convenio con ellas para ocupar horas vale –los pensionistas tienen tiempo y no están sujetos a horarios– a precios muy bajos y con desgravación fiscal en el IRPF).
- Intervenir sobre las mujeres, que son algo más de la mitad de la población, sobre todo en edades avanzadas, porque viven casi la mitad de su vida con mala salud, son una influencia y modelo muy importante para el desarrollo de hábitos de actividad física en sus hijos y son un colectivo desfavorecido en el ámbito laboral y económico.
- Intervenir sobre las personas con discapacidad porque pueden alcanzar grandes beneficios para su salud y calidad de vida y porque son un grupo en riesgo de exclusión social.
- Intervenir sobre los colectivos con riesgo de exclusión social por varias causas (nivel económico, nacionalidad, drogodependencia, privación de libertad, etc.) porque deben tener las mismas oportunidades de conservar y mejorar su salud y porque es necesaria su integración social.
- Intervenir sobre las personas con enfermedades crónicas y/o con factores de riesgo para padecerlas, a través de intervenciones en el terreno sanitario, in situ o derivándolas cara otros prestadores de servicios.
- Desarrollar oportunidades para disfrutar del tiempo libre de forma activa.
- Desarrollar oportunidades para el transporte activo.
- Promover un entorno construido facilitador de la actividad física.

En conclusión, propone actuar:

- En siete ámbitos:
  - Tiempo libre y deportivo (toda la ciudadanía).
  - Comunitario y local.
  - Educativo (estudiantes y personas jóvenes).
  - Sanitario (especialmente personas con ECNT o riesgo de padecerlas).
  - Urbanismo, medio ambiente y movilidad (toda la ciudadanía).
  - Laboral (personas que trabajan).
  - Personas mayores (pensionistas o no).
- Con atención transversal a tres colectivos:
  - Mujeres.
  - Personas con discapacidad.
  - Personas en riesgo de exclusión social.

Grupo	Población		Ejemplos de medidas
	Nº	%	
Estudiantes en régimen general <sup>1</sup>	343.132	12,2	EF curricular y extracurricular + Deporte escuela
Estudiantes universitarios	64.305	2,3	EF curricular y extracurricular + Deporte universitario
Trabajadores	1.080.700	38,6	Desplazamientos AF en el trabajo Incentivos y facilidades a trabajadores y empresas Convenios con empresas de fitness
Pensionistas	759.317	27,14	Comunitario y sanitario Ejercicio referido Convenios con empresas de fitness
<b>Total</b>	<b>2.247.454</b>	<b>80,024</b>	

Tabla 3. Grupos de población sobre los que se proponen actuar con carácter prioritario a través de áreas que suponen el 80% da población.

<sup>1</sup>Estudiantes en régimen general son todos aquellos alumnos matriculados durante el curso 2009-2010 en Galicia en: bachillerato, ciclos formativos, educación infantil, educación primaria, ESO y programas de cualificación profesional inicial. Estudiantes en régimen de adultos son todos aquellos alumnos matriculados durante el curso 2009-2010 en Galicia en las siguientes enseñanzas para adultos: bachillerato, ciclos formativos, enseñanzas básicas iniciales, ESO y otras enseñanzas de adultos.





## 4.1. La oportunidad: el Plan gallego para el fomento de la actividad física Galicia Saludable

Atendiendo a la situación de la comunidad gallega, nace el **Plan de fomento de la educación física Galicia Saludable** que sigue las directrices procedentes de diferentes organismos internacionales como la OMS o la UE, y nacionales, como el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Consejo Superior de Deportes que señalan que es “precisa voluntad política de primer nivel” y “compromiso de cada uno de los gobiernos” para darle la vuelta a la situación actual.

Su finalidad es contribuir a prevenir y reducir la presencia de las ECNT y sus factores de riesgo, y fomentar la adopción de estilos de vida físicamente más activos.

El Plan de fomento de la actividad física Galicia Saludable nace liderado por la propia Presidencia de la Xunta (a la que se adscribe directamente la Secretaría General para el Deporte). Se trata, por lo tanto, de un compromiso de gobierno al más alto nivel que facilitará la transversalidad del plan y la coordinación de acciones entre los diferentes departamentos del Gobierno autonómico, entre los distintos sectores de actividad de la comunidad en todas las áreas, incluyéndolo en el **Plan estratégico de Galicia 2010-2014** y, más concretamente, en su **Eje estratégico 1: cohesión social, bienestar y calidad de vida**.

Trata de ser un plan de Galicia, para todos y de todos los ciudadanos gallegos, con un carácter inclusivo, integrador y multidisciplinar.

El Plan Galicia Saludable centra el foco de su atención y esfuerzo en la actividad física, intentando situarla en el lugar privilegiado que le corresponde ocupar en los programas de prevención y promoción de salud.

## 4.2. Visión, misión y objetivos generales.

### 4.2.1. Visión.

La visión del Plan Galicia Saludable cuando culmine su recorrido es la **de una ciudadanía gallega que mayoritariamente, y de forma libre y bien informada, eligiese y disfrute de una práctica habitual de actividad física saludable, suficiente para conservar su salud y reducir los efectos perjudiciales del sedentarismo**

En el año 2020 nos gustaría ver que:

- Se produjese un cambio cultural profundo que reconociese a la actividad física, en el su concepto más amplio (todo tipo de actividad física), como un modo de comportamiento ecológico, consubstancial con la propia naturaleza humana y que estuviese presente a lo largo de toda la vida de las personas.
- La actividad física se considerase un comportamiento que puede incluir muchas, diversas y enriquecedoras manifestaciones en todos los ámbitos de la vida, todas ellas compatibles con el propósito de conservar una buena salud y alcanzables para las personas de cualquier condición socioeconómica, edad, género, estado de salud o capacidad.
- Los gobernantes y todos los sectores de la vida pública y privada se convenciesen y actuasen con decisión para priorizar la promoción de la práctica de actividad física y así ayudasen a mejorar la calidad de vida de las personas.
- Nuestra sociedad estuviese bien informada y dispusiese en igualdad de los recursos y oportunidades que convertirán la decisión de ser físicamente activa en una elección fácil y alcanzable.
- El entorno físico construido y los medios de transporte facilitasen la adopción de hábitos de vida físicamente activos.

- El terreno escolar incluyese en todos los niveles educativos a la educación física como un elemento fundamental, en igualdad con las demás materias, en la formación integral de las personas y que garantizase la práctica de actividad física en cantidad y calidad suficiente para lograr el crecimiento y el desarrollo en salud de nuestra población escolar.
- El ámbito laboral y empresarial permitiese y facilitase a todos y a todas los trabajadores y las trabajadoras alcanzar los niveles de actividad física saludables.
- El sistema sanitario asumiese el papel preventivo de la actividad física y el carácter terapéutico y rehabilitador del ejercicio físico adaptado y dispusiese los medios para que fuesen accesibles a quien los necesitara.
- El sistema de igualdad y bienestar social lograse eliminar las diferencias actuales en la práctica de actividad física entre los hombres y las mujeres y les facilitase el acceso a los colectivos desfavorecidos por falta de capacidad económica, por discapacidad, por edad, por razones culturales o de cualquier otra índole.
- El conjunto de profesionales relacionados con la promoción de la actividad física y la prescripción de ejercicio alcanzasen la formación adecuada para asesorar a la ciudadanía y ayudarla a practicar la actividad física más saludable para cada persona.

#### 4.2.2. Misión.

Galicia Saludable es un plan de carácter estratégico, que para alcanzar su visión requiere de un enfoque integral, integrador (interdepartamental, intersectorial y multinivel) y sostenible. En este contexto, Galicia Saludable, consciente de los peligros de mantener un presente donde la actividad física decrece y los riesgos aumentan, acepta el desafío y elige un futuro en clave de salud para el conjunto de nuestra sociedad, para toda la ciudadanía, independientemente de su edad o condición.

**La misión del Plan Galicia Saludable es, por lo tanto, “construir un futuro donde la práctica de actividad física saludable, en igualdad de oportunidades para toda la población, contribuya a conservar su salud y su autonomía personal, disfrutar de mayor bienestar y calidad de vida, y prevenir y reducir la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la inactividad física”.**

Para poder construir ese futuro e invertir la tendencia del sedentarismo, la misión del plan se concreta en:

- Lograr un amplio consenso, para establecer una serie de principios de actuación, de objetivos generales y de objetivos y líneas estratégicos, que se materializarán en programas, proyectos o medidas y acciones.
- Construir las alianzas estratégicas necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.
- Vigilar la implantación de todas las intervenciones y evaluar sus resultados para garantizar que se cumplan los propósitos del plan.
- Garantizar la sustentabilidad del propio plan y mantener la máxima colaboración entre todos los actores.

#### 4.2.3. Objetivos generales.

1. **Informar, divulgar y sensibilizar** a la población, a las instituciones, a las organizaciones y a los medios de comunicación gallegos acerca de la relación positiva entre la actividad física cotidiana y la salud.
2. **Generar estructuras interinstitucionales, interdepartamentales e interprofesionales** que permitan la participación a todos los agentes interesados y con responsabilidad en el fomento de la actividad física saludable.
3. **Facilitar las oportunidades que le permitan a la ciudadanía gallega ser físicamente más activa**, y contribuir al cambio de hábitos necesario para que todos y todas podamos incorporar la actividad física en nuestras vidas cotidianas.
4. **Aumentar los niveles de práctica de actividad física en toda la ciudadanía gallega de modo que sean suficientes para evitar los efectos perjudiciales del sedentarismo y mejorar su salud, o su bienestar y su calidad de vida.**

5. **Garantizar la participación en igualdad de todos los gallegos y las gallegas**, y prestarles apoyo especial a los colectivos con más riesgo de sedentarismo y con desigualdad de oportunidades: mujeres, personas con enfermedad y/o discapacidad, personas mayores y colectivos en riesgo de exclusión social.
6. **Impulsar la formación y la investigación**, y entender que la educación y el mejor conocimiento de la realidad son fundamentales para el progreso social y cultural.

### 4.3. Principios de intervención.

Todas las actuaciones que se deriven del plan, incluida su propia redacción, respetarán los siguientes principios:

1. **Entender la actividad física como un comportamiento ecológico, por lo tanto consubstancial a la naturaleza humana, que debe estar presente en toda la trayectoria vital de las personas**, por lo que deberá atenderse en todos los grupos de edad.
2. **Considerar la actividad física en el su concepto más amplio e inclusivo**, de modo que comprenda todas las modalidades (el ejercicio y el deporte también) y ámbitos posibles (laboral, doméstico, de recreo o de traslado). Es importante que no se asocie la actividad física sólo al deporte si por éste se entiende un conjunto de actividades competitivas que sólo puede practicar una minoría de la población que disfruta de muy buenas aptitudes físicas.
3. **Observar la coordinación, el respeto, la lealtad y la colaboración institucionales** para conseguir un enfoque integral e interdepartamental.
4. **Buscar la efectividad de las acciones**, lo que necesariamente lleva emparejada la elección basada en evidencias que la demuestren y la evaluación de los procesos y de los productos que se desenvuelvan y de los resultados que se obtengan.
5. **Asumir que las decisiones que logran más efecto son las que emanan de la política, las que producen un cambio cultural y las que utilizan los medios de comunicación masivos.**
6. **Optimizar los recursos y buscar las sinergias** con y entre las acciones y los actores institucionales y sociales que existen en todos los sectores y promover su participación para juntarlos en el proyecto común de Galicia Saludable.
7. **Orientar los esfuerzos de la Xunta de Galicia cara acciones que influyan en la mayor parte de la ciudadanía y, al mismo tiempo, integrar y darle visibilidad en el Plan a las acciones procedentes de otros niveles de la administración o la sociedad civil.**
8. **Garantizar el equilibrio territorial** en el desarrollo del plan y la **igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía.**
9. **Utilizar la información y la comunicación** entre todos los actores y con la ciudadanía para sensibilizarlos sobre las relaciones de la actividad física con la salud para facilitar el conocimiento y predisponer una decisión y una acción basadas en la elección libre y consciente.
10. **Actuar sobre los destinatarios y su ámbito** con una perspectiva comunitaria y respetuosa con las personas y el medio.
11. **Aprovechar las oportunidades que ofrece el desarrollo tecnológico** para fomentar la práctica de actividad física.
12. **Facilitar las oportunidades de acceso a la práctica de actividad física a todos los ciudadanos y especialmente a los grupos** y colectivos más necesitados o discriminados.
13. **Promover la formación y la investigación.**

## 4.4. Ámbitos de intervención.

Los programas, proyectos o medidas y acciones deben dirigirse a toda la ciudadanía y un modo eficaz para llegar a cada persona es hacerlo a través de los diferentes sectores sociales o, si es el caso, enfocándolos a colectivos específicos.

De un modo u otro, se entiende, de acuerdo con las recomendaciones internacionales o nacionales, que las acciones deben dirigirse a los ámbitos:

- **Tiempo libre y deportivo**, e incorporar a la idea tradicional el concepto de deporte para todos.
- **Comunitario y local**. Los ayuntamientos tienen la mayor proximidad con la ciudadanía y el territorio y la mayor agilidad para la gestión cotidiana. Teniendo en cuenta la dispersión de algunas zonas de Galicia y el gran número de municipios y núcleos de población con pocos habitantes, las diputaciones también son promotores eficaces de actividad física saludable.
- **Educativo**. En los centros escolares se encuentran todos los niños y jóvenes y desde un concepto integral de la educación se debe promover la actividad física. Además, hacerlo a través del centro educativo facilitaría el acceso universal a la práctica.
- **Sanitario**. La referencia que tienen los ciudadanos para las cuestiones de salud son los consejos e indicaciones de los profesionales sanitarios. La evidencia demostró que la actividad física y el ejercicio son eficaces, baratos y seguros para la prevención y el tratamiento de muchas enfermedades, ahorran dinero y enfermedad y regalan salud. Por todo esto, la promoción de actividad física debe ser uno de los ejes principales de la atención sanitaria.
- **Urbanismo, medio ambiente y movilidad**. El entorno construido es determinante para facilitar o entorpecer la actividad física de las personas en los espacios públicos. Ámbitos agradables y seguros aumentan los desplazamientos activos (también a la escuela y al centro de trabajo) y permiten variadas actividades físicas.
- **Laboral**. Poder desplazarse hasta, en y desde el centro de trabajo caminando o en bicicleta y disponer de tiempo y espacio para la práctica de ejercicio en el lugar de trabajo mejora la salud de los trabajadores, disminuye el absentismo y mejora la productividad.
- **Personas mayores**. La actividad física garantiza un envejecimiento con más calidad, les añade vida a los años y mantiene la independencia.

Desarrollar intervenciones en los ámbitos descritos asegura que se llega a las poblaciones de niños/as y jóvenes, de adultos que desarrollan actividades laborales, de personas mayores y de usuarios/as de los sistemas sanitarios, pero aún así, y por razones diversas, es necesario poner atención a algunos colectivos por medio de programas transversales, para garantizar la igualdad de oportunidades: mujeres, personas con discapacidad y otros colectivos en riesgo de exclusión social por razones económicas, de desempleo, étnicas, etc.

## 4.5. Eixes estratéxicos.

1. Creación de una estructura organizativa que dirija, coordine, asesore y supervise el desarrollo del plan y todas sus acciones.
2. Creación de los canales de comunicación necesarios para divulgar el conocimiento y ofrecerles a los/las usuarios/as y a los/las colaboradores/as un medio para la participación.
3. Creación de una red de actores institucionales y sociales que se adhieran y suscriban el plan y contribuyan a su elaboración, promoción e implantación.
4. Creación de recursos metodológicos e instrumentos para apoyar y facilitar las intervenciones en la promoción de actividad física y la prescripción de ejercicio.
5. Desarrollo de campañas y acciones de comunicación, información y sensibilización sobre la práctica de actividad física y de sus beneficios para la salud, el bienestar y la calidad de vida.

6. Revisión y adecuación de la legislación y la normativa 6. Para promover y facilitar la práctica de actividad física de la ciudadanía.
7. Adecuación urbanística, ambiental y de los transportes para facilitar espacios seguros, limpios y atractivos para la práctica de actividad física y el uso de medios de transporte no motorizados y/o colectivos.
8. Implantación de servicios municipales para la promoción de la actividad física, el asesoramiento a los ciudadanos y la prescripción de ejercicio a personas sanas y enfermas.
9. Promoción de la práctica deportiva en todas las modalidades y niveles y para todas las personas en condiciones de igualdad.
10. Aumento de la actividad física en el ámbito educativo, en todos los niveles, tanto en el centro escolar en horarios curricular y extracurricular como en su entorno.
11. Promoción de actividad física en colectivos específicos: personas con discapacidad, mujeres, personas mayores y personas en riesgo de exclusión.
12. Promoción y accesibilidad de hábitos saludables de actividad física en el ámbito laboral.
13. Promoción de actividad física y prescripción de ejercicio físico en el ámbito sanitario.
14. Promoción del turismo activo.
15. Formación para la capacitación personal y profesional en el campo de la actividad física y salud.
16. Vigilancia e investigación en el área de la actividad física y la salud, especialmente en el que concierne al conocimiento de la realidad sobre la que quiere intervenir el Plan y a la efectividad de las acciones.

## 4.6. Propuesta de procedimiento para la acción.

### 4.6.1. La importancia de todas las acciones: la suma hace el conjunto.

Este plan nació para darle una respuesta conjunta y coordinada a un problema real de la sociedad gallega: la prevalencia elevada del sedentarismo y de sus efectos perniciosos. Aún que ahora se empieza a tener una mayor conciencia colectiva de la situación, no es una cuestión nueva y, como ya vimos, desde hay años varias instancias advierten de la seriedad de la situación. Por eso, a pesar de que de este plan nacen propuestas concretas, debe reconocerse que en nuestra comunidad ya se vinieron poniendo en marcha medidas ad hoc con anterioridad.

Las medidas ya tomadas e implantadas lo fueron desde diferentes departamentos de la Administración, y no siempre por las mismas razones, aunque finalmente compartan algunos objetivos. Significa eso que la estrategia de mejora que se propone en este plan debe construirse teniendo en cuenta lo que ya se estuvo haciendo y se está haciendo. No se inicia el viaje desde cero, parte del esfuerzo ya está hecho y una parte pequeña del camino está recorrido, ahora toca completar ambos.

Así pues, y siendo fieles a los principios metodológicos para la redacción de este plan, la intención es integrar lo que ya existe, hacer nuevas propuestas consensuadas y, en la medida de lo posible, coordinar todo el esfuerzo. Con este motivo, se propondrán una serie de programas, en los cuales se integrarán medidas y acciones que, en algunos casos, ya estarán vigentes y en otros habrá que diseñar e implantar ex novo. Esta formulación, no pretende, en absoluto, constituir una injerencia en la autonomía de los responsables que pusieron en marcha las medidas, sino tan sólo tenerlas presentes e incluirlas en un marco más general que les permita a los gestores y a los usuarios, a toda la ciudadanía, tener una panorámica completa que facilite la comprensión del objetivo, del mensaje y de la dimensión del esfuerzo colectivo, y el aprovechamiento mejor de los recursos y las sinergias. Al mismo tiempo, se les dará más sentido y coherencia, al formar parte de un gran proyecto común que, por caminos diversos, pretende un objetivo único. Dicho de otro modo, lo que en ocasiones pudiese parecer un esfuerzo aislado y mismo de difícil justificación, cobrará total sentido e importancia en el contexto general del plan, porque suma para conseguir un conjunto mayor.

### La importancia de cada iniciativa.

Un programa, una medida o una acción no serán suficientes por sí mismas, pero sí si forman parte del conjunto para conseguir algo más importante.

#### 4.6.2. La jerarquía de la medida determina la extensión de los efectos: la importancia de la decisión política, de la transformación cultural y de los medios de comunicación.

Siguiendo el discurso formulado en el epígrafe **¿Quién debe tomar la responsabilidad?** que giraba alrededor de un modelo de semicírculos concéntricos en el que se representaban los posibles ámbitos de intervención (ver Figura 8), se debe aceptar una obviedad: el área en el que se toma una medida determina el alcance de sus efectos. Sin desdeñarse de la afirmación del epígrafe anterior (cada medida suma), también es cierto que algunas medidas tienen más repercusión que otras. A continuación se presenta el gráfico al que nos referimos, en el que se hizo una pequeña modificación; vincular los semicírculos con las personas, los ámbitos más próximos, las comunidades y la totalidad de la población.

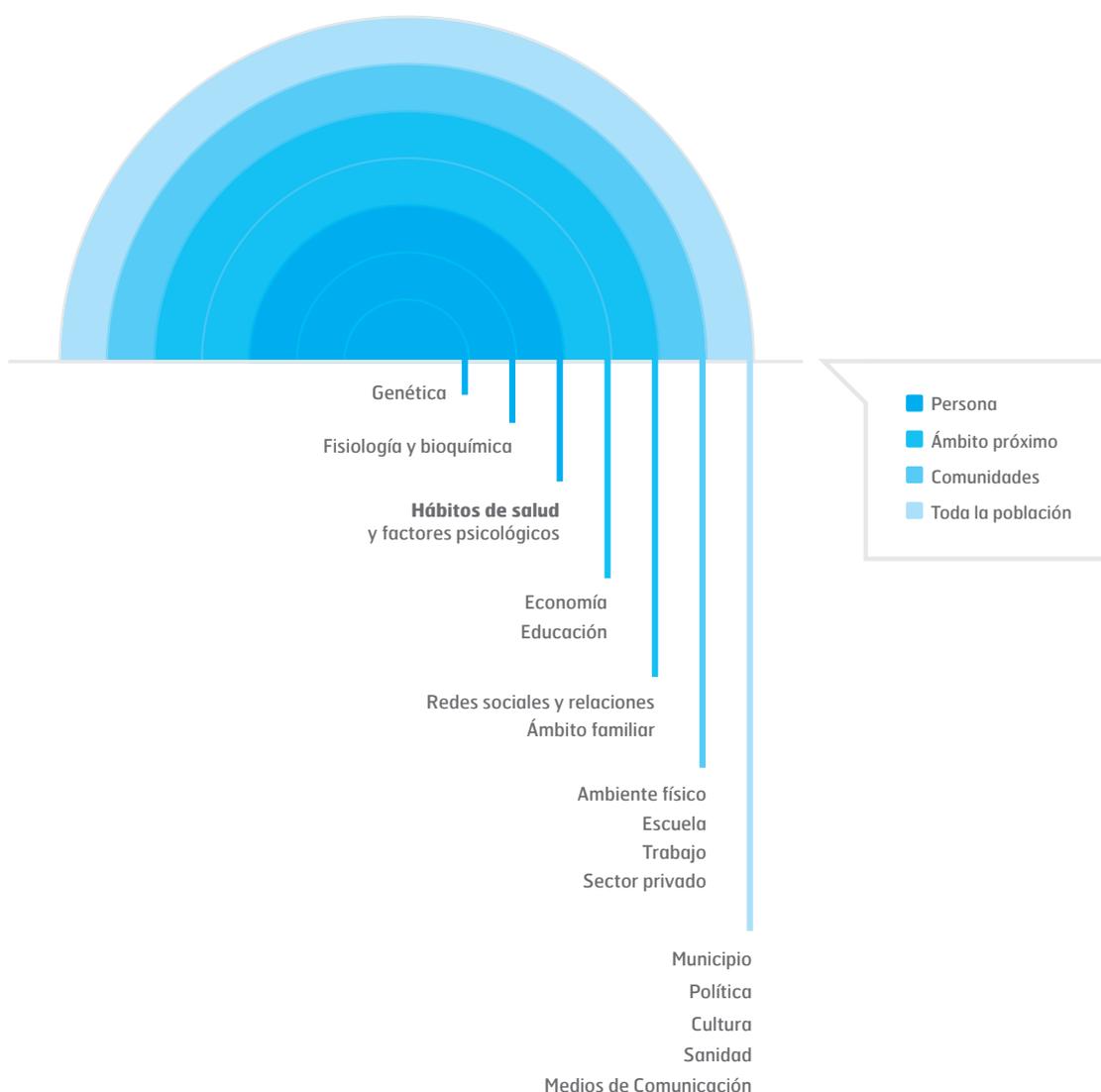


Figura 9. Representación de semicírculos sobre los diferentes niveles de influencia en los hábitos de salud, representados con un código de colores para relacionarlos con la organización de la población e intentar ver cómo el mayor nivel jerárquico de la intervención le afecta a un número mayor de ciudadanos/as. Adaptada del Nordic Council of Ministers (2006) (45).

Esta figura permite entender como las acciones que proceden de los niveles más altos son las que pueden tener repercusiones más generales. Se podrían encontrar ejemplos en cualquier ámbito: educativo, sanitario, laboral... Pensemos en la administración educativa y en dos posibles medidas: 1) una línea de subvenciones para que las AMPAs desenvuelvan actividades extracurriculares físico-deportivas en los centros escolares y, 2) una modificación normativa del currículo académico para aumentar el número de horas de educación física y asegurar la práctica efectiva de actividad. Sin discutir que ambas pudiesen resultar efectivas, el alcance es muy diferente: la segunda sería más universal porque beneficiaría a todos los niños, más democrática, más igualitaria, más respetada y, con carácter general, de mayor calidad.

En resumen, los primeros y más intensos esfuerzos deben dirigirse a las esferas más elevadas y con más repercusión social. Una decisión política acertada tendrá más efectos que otras muchas juntas de una esfera inferior.

El objetivo último es intentar cambiar el pensamiento de la sociedad, modificar la visión que se tiene del papel de la actividad física y de su relación con la salud, para generar un cambio de comportamiento, una forma distinta de entender el movimiento humano, e incorporarlo a la vida diaria como una manifestación más de nuestra cultura saludable y propiciadora de bienestar.

Nadie puede dudar hoy en día de la influencia de los medios de comunicación para crear tendencias, modas y costumbres, para transmitir la cultura, para crearla o para modificarla, mismo para influir en los gobiernos. Resultan imprescindibles en una tarea que pretende modificar la tendencia de los últimos tiempos cara la mecanización y el automatismo, hacia una vida más sedentaria y menos exigente físicamente.

#### **La importancia de la decisión política, el cambio cultural y los medios de comunicación.**

Las medidas normativas, derivadas de una voluntad política convencida, firme y valiente son las que tienen mayores efectos, son las más democráticas, universales e igualitarias y las que más contribuyen al progreso social.

La transformación cultural es un reto alcanzable y efectivo, y los medios de comunicación masivos tienen un papel fundamental en ella.

#### **4.6.3. El liderazgo compartido.**

Es fundamental conocer, saber cuál es la situación real y cuál es la tendencia y las inaceptables consecuencias de la inacción. Se debe ser consciente de que saber que hay que hacer algo no es sinónimo de que se haga. Y es posible caer en el error de pensar que siendo tan evidente la necesidad de actuar, alguien lo hará. Puede darse la situación de que al final nadie haga nada o, lo que es más frecuente, que todos intenten hacer algo de manera aislada y descoordinada. Por esta razón, el ejercicio de un liderazgo resulta imprescindible.

Las organizaciones mundiales y las organizaciones y administraciones europeas y nacionales instan a una acción gubernamental coordinada, que debe ir acompañada de una alianza con otros sectores sociales en todos los niveles de intervención posible.

El Gobierno gallego está llamado a liderar el proceso, y de esta responsabilidad nace este Plan. Pero, para tener éxito es crítica la cooperación de todos: departamentos gubernamentales, administraciones locales, sector civil y sector privado.

Dentro de la propia Xunta de Galicia, luego de considerar la magnitud del plan y para que la gestión sea eficaz, las tareas de liderazgo deben compartirse de manera que, coordinados a través de una comisión interdepartamental,

cadadepartamento abandere los programas que le corresponden a su ámbito de competencias, aunque para llevarlos adelante precise de la colaboración de los demás.

**Se trata, pues, de que cada programa tenga su propio liderazgo y cuente con la máxima colaboración de los demás actores.**

#### **4.6.4. La organización del conjunto.**

##### ***Dirección y coordinación del plan.***

El Plan gallego de fomento da actividad física Galicia Saludable lo lidera el Presidente del Gobierno Gallego, que le encargó la dirección, coordinación y redacción del plan al Secretario General para el Deporte.

Para estos efectos, y como parte de uno de los programas iniciales (Creación de estructuras y organización) se propuso la constitución de varios órganos colegiados para afrontar las primeras tareas:

- Un comité ejecutivo.
- Un comité de personas expertas.
- Una comisión interdepartamental.

##### ***Comité ejecutivo.***

Que dependerá de la Secretaría General para el Deporte y que tendrá las funciones de dirección, coordinación estratégica y operativa, diseño de planes, programas, proyectos o medidas y acciones, apoyo logístico de las acciones desarrolladas, comunicación y mercadotecnia, internacionalización, seguimiento, evaluación y control.

El desarrollo y la gestión de todas las funciones del Comité ejecutivo requieren de una infraestructura y gerencia estables que serán proporcionadas por la Fundación Deporte Gallego, y que, además, son acordes con los fines y las actividades fundacionales recogidos en el artículo n.º 6 de sus Estatutos. Así mismo, la Fundación Deporte Gallego ya tiene prevista esta colaboración en el su Plan de actuación para el ejercicio 2012.

##### ***Comité de personas expertas.***

El éxito del PGS requiere un importante esfuerzo de la Administración que, además de asegurar una adecuada cooperación transversal, debe contar con la participación de la sociedad experta en la materia. Para esto, se reunió un Comité de personas expertas en las áreas relacionadas con la promoción de la actividad física y la salud, formado por profesionales, investigadores/as y científicos/as de relevante prestigio, procedentes de diferentes ámbitos y sectores.

##### ***Comisión Interdepartamental.***

En palabras del propio Presidente da Xunta: "...generalizar la actividad deportiva en cualquier sociedad será un propósito fracasado si pensamos que una tarea tan importante depende sólo de unos pocos. Al contrario y como en tantos otros ámbitos, requiere de grandes dosis de transversalidad para poder llegar a todos los sectores y a todas las generaciones. ***Se necesitan ambiciones compartidas y se necesita trabajo cooperativo...*** "

Para tal fin, se creó de facto una Comisión Interdepartamental en la que se pudiesen poner en común los esfuerzos que ya se estaban realizando y, cara el futuro, se pudiese diseñar conjunta y coordinadamente el Plan de fomento de actividad física Galicia Saludable. La creación de esta Comisión ya está recogida en el Proyecto de Ley del Deporte de Galicia, aprobado por el Consejo de la Xunta el 6 de octubre de 2011.

##### ***Una propuesta taxonómica para las iniciativas.***

Aún que los objetivos de este plan son muy similares a los que proponen otros de jerarquía superior y mismo a los

de otras comunidades autónomas, la terminología y la forma de organizar el contenido pueden diferir, como de hecho suele suceder en muchos casos.

### **Programas.**

De entrada, y respetando los objetivos generales del plan, los principios de intervención, los ámbitos y los ejes estratégicos, se propone el diseño de programas que pueden clasificarse en tres categorías, muy similares a las áreas del Plan integral para la actividad física y el deporte del CSD (18):

- De inicio.
- De atención a diferentes ámbitos y colectivos.
- Transversales.

Cada programa atenderá a uno o más ejes estratégicos y tendrá sus propios objetivos, que también responderán a dichos estratégicos y se alcanzarán a través de los diferentes proyectos o medidas.

### **Proyectos y medidas.**

Los proyectos y medidas, se clasificaran según seis criterios:

1. Programa al pertenecen.
2. Eje o ejes estratégicos a los que responden.
3. Ámbito o ámbitos de intervención.
4. Grupo de población al que van dirigidos.
5. Niveles de origen y de destino.
6. Desarrollo temporal.

#### ***Según el programa al que pertenezcan.***

Cada proyecto o medida responderá a uno de los programas que se desarrollarán dentro del plan.

#### ***Eje o ejes estratégicos a los que responden.***

La propuesta actual incluye 16 ejes estratégicos y los proyectos o medidas deben identificar claramente a qué eje o ejes responden y, en consecuencia, formular objetivos operativos congruentes con ellos.

#### ***Ámbito o ámbitos de intervención.***

Se identificará a cuál o cuáles de los ámbitos considerados en el plan se adscribe cada proyecto o medida.

#### ***Grupo de población al que van dirigidos.***

Sector o grupo de la misma edad social al que va dirigido el proyecto o medida.

#### ***Según sus niveles de origen y de destino.***

La situación económica general no es buena y la utilización de los recursos públicos debe orientarse apropiadamente. Las evidencias demuestran que con pocos recursos se pueden lograr grandes efectos, y la clave está en tomar las decisiones correctas.

En el contexto de este plan, se entiende que los programas, proyectos, medidas y acciones pueden organizarse en varios niveles de acuerdo con su origen (promotor) y su destino (receptor o beneficiario), que se presentan en la Tabla 4.

Se entiende que las medidas con nivel más elevado (V) proceden del Estado, las de nivel IV de la Xunta de Galicia, y así se irá bajando hasta el nivel I, que se refiere a la esfera de influencia personal. De acuerdo con el efecto en el destino, las más elevadas son las de IV nivel, lo que significa que la medida tiene influencia sobre la totalidad de la población y las de menor nivel (I) lo tienen sobre cada persona y su ámbito más próximo.

Nivel	Origen (promotor)	Destino (receptor o beneficiario)
I	Individuo, familia, amigos	Ídem
II	Comunidad próxima (escuela, centro de trabajo, asociación, club...)	Comunidades independientes y limitadas geográficamente
III	Municipio, Mancomunidad, Diputación	Toda la población de esa unidad de organización o de las comunidades de un sector
IV	Xunta de Galicia	Toda la población gallega o u todas las comunidades de un sector o todos los colectivos con necesidades especiales.
V	Estado	

Tabla 4. Clasificación de los niveles de intervención según su origen y su destino.

Apoyándose en esta clasificación, lo que se propone es que las medidas con nivel de origen determinada se orienten predominantemente al mismo nivel de destino o, si fuese posible, superior, pero nunca inferior. Quizás un ejemplo lo ilustre mejor. Sería aconsejable que una medida o programa originado en la Xunta de Galicia (nivel IV) tuviese efectos sobre la totalidad de la población (también nivel IV), y no estaría tan justificado que el esfuerzo se destinase a un municipio en concreto (nivel III) o a un club deportivo o a una asociación determinados (nivel II), mucho menos si se pretende financiar una iniciativa personal (nivel I).

No obstante, el plan también puede y debe nutrirse de iniciativas que procedan de niveles inferiores. Es decir, los municipios, las comunidades, las organizaciones y las personas pueden poner en marcha iniciativas, pero a favor de la sustentabilidad de todo el proyecto, no deben ser necesariamente financiadas por la Xunta de Galicia, sino por sus promotores o por patrocinios del sector privado; todo esto sin perjuicio de que los actores puedan utilizar los múltiples recursos que el propio plan creará y pondrá a su disposición: portal web, banco de recursos, guías y manuales, aplicaciones interactivas, cursos de formación, asesoramiento técnico...

La idea que se pretende fomentar es que los recursos generados en cada nivel se reflejen en la promoción de actividad física saludable en un nivel como mínimo similar, pero a ser posible no menor. Pensado en combatir la inactividad física, los mayores y mejores efectos sobre la salud pública se obtendrán si se consigue elevar, incluso en cantidades pequeñas, la actividad física de la población sedentaria, que es la mayoría. La intención es que para tomar las decisiones se utilicen criterios de racionalidad en el gasto de los recursos públicos y que las medidas produzcan el mayor impacto sobre la salud pública y que sean sostenibles en su propio ámbito.

### ***Según su desarrollo temporal.***

Según cual sea su comportamiento en el tiempo se clasificaran en tres tipos:

- **Único**, limitado en el tiempo y que no se repetirá.
- **Cíclico**, limitado en el tiempo pero que se repite en ocasiones posteriores.
- **Permanente**, no está limitado en el tiempo.





## ESQUEMA DE LA PROPUESTA DE MEJORA DEL PLAN GALLEGO DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA "GALICIA SALUDABLE"



## 5.1. Programas.

Programas		Promotor principal <sup>2</sup>	Número de medidas
<b>De inicio</b>			
1. Creación de estructura y organización		Secretaría General para el Deporte	4
2. Comunicación y construcción de red		Secretaría General para el Deporte	5
3. Recursos metodológicos		Secretaría General para el Deporte	6
<b>De atención a diferentes ámbitos y colectivos</b>			
1. Fomento del deporte		Secretaría General para el Deporte	10
2. Fomento de la actividad física en el ámbito comunitario y local		Secretaría General para el Deporte	4
3. Fomento de actividad física en el ámbito educativo		Consejería de Educación y Ordenación Universitaria	21
4. Fomento de actividad física en el ámbito sanitario		Consejería de Sanidad	6
5. Urbanismo, medio ambiente y movilidad para fomentar la actividad física		Consejería de Medio ambiente, Territorio e Infraestructuras	11
6. Fomento de actividad física en el ámbito laboral		Consejería de Trabajo y Bienestar	8
7. Fomento de actividad física en personas mayores		Consejería de Sanidad	5
8. Turismo activo		Consejería de Cultura y Turismo 19 Consejería del Medio Rural	4
<b>Transversales</b>			
1. Normativa y legislación para fomentar la actividad física		Varios	14
2. Fomento de actividad física en personas con discapacidad		Consejería de Trabajo y Bienestar	8
3. Fomento de actividad física para la inclusión social		Consejería de Trabajo y Bienestar	13
4. Igualdad entre mujeres y hombres en la práctica de actividad física		Secretaría General de Igualdad	7
5. Comunicación para fomentar la práctica de actividad física		Varios	4
6. Formación para la promoción de actividad física y la prescripción de ejercicio		Varios	6
7. Investigación e innovación en actividad física y salud		Consejería de Economía e Industria	5

<sup>2</sup> Debe entenderse que identificar un promotor principal significa que se propone inicialmente como líder para avanzar en el proceso, pero no significa que el diseño y la implantación vaya de manera exclusiva a su cargo, pues en la mayoría de los casos se necesita de la participación electiva de otros colaboradores.

## 5.2. Proyectos y medidas.

A continuación se presentan las medidas de cada uno de los programas. La mayoría fueron extraídas de las Directrices de actividad física de la UE. Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud (16) y del Plan integral para la actividad física y el deporte A+ D del Consejo Superior de Deportes del Gobierno de España (18). Además, se incluyen otras que ya están implantándose en nuestra comunidad o que forman parte de diferentes planes estratégicos sectoriales.

### Programa de inicio 1: Programa de creación de estructura y organización

#### Medidas

1. Creación y puesta en funcionamiento de un Comité Ejecutivo.
2. Creación y puesta en funcionamiento de una Comisión Interdepartamental en la Xunta de Galicia que participe en la elaboración del Plan y coordine su implantación.
3. Creación y puesta en funcionamiento de un Comité de Personas Expertas.
4. Creación y puesta en funcionamiento de grupos de trabajo sectoriales compuestos por personas expertas.

### Programa de inicio 2: Programa de comunicación y construcción de red

#### Medidas

1. Creación de un portal web Galicia Saludable.
2. Creación de un boletín mensual para informar a todos los actores sobre la evolución del Plan.
3. Creación de un banco de recursos en línea (Galicia Activa), interactivo y de acceso universal que incluya instalaciones, actividades y servicios.
4. Realización de acuerdos con administraciones e instituciones que colaboren en la elaboración promoción e implementación del Plan.
5. Realización de acuerdos con los profesionales de los sectores del deporte, de la educación y de la sanidad, su efectiva participación, dotando al Plan de transversalidad necesaria.

## Programa de inicio 3: Programa de recursos metodológicos

### Medidas

1. Elaboración de Guías destinadas a los diferentes actores para ayudarles a poner en marcha los proyectos, las medidas y las acciones del Plan.
2. Creación de protocolos de intervención y de una aplicación informática que asista a los profesionales en la evaluación y asesoramiento sobre la condición física saludable.
3. Creación de una plataforma que permita el trabajo en red de los distintos actores del plan, organizados según los sectores y los ámbitos de intervención.
4. Diseño y creación de sistemas de teleasistencia (telefonía móvil 3G) para la prescripción y control del ejercicio en espacios no convencionales.
5. Diseño y creación de una aplicación informática para su uso en el ámbito sanitario que, basándose en el historial clínico de cada paciente, facilite unos consejos básicos sobre el ejercicio idóneo en cada caso y la información necesaria sobre dónde puede encontrar asesoramiento profesional cualificado en su ámbito geográfico (ejercicio referido).
6. Establecimiento de un sistema de proceso de datos de valoración de la condición física saludable, coordinado y asociado a los registros que ya existen en la Xunta, para evitar duplicar las acciones que se lleven a cabo en este terreno, con lo cual cada departamento tenga acceso a los datos precisos para el objeto de su función/servicio al ciudadano.

## Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 1: Programa de fomento del deporte

### Medidas

1. Desarrollo de un inventario de todas las instalaciones deportivas y de ocio, convencionales y no convencionales, que debe estar permanentemente actualizado.
2. Facilitación del acceso a la infraestructura deportiva a toda la población, tanto en áreas urbanas como rurales.
3. Facilitación del acceso a la práctica deportiva de la población teniendo en cuenta la igualdad de género y de oportunidades.
4. Fomento y organización de eventos deportivos específicos no competitivos que tengan como objetivo aumentar el nivel de actividad física de la población.
5. Apoyo a las organizaciones deportivas locales para desarrollar e implantar proyectos dedicados a la promoción de la actividad física en grupos sedentarios.
6. Extensión del programa XOGADE (Juegos Deportivos Gallegos en edad escolar).
7. Extensión del programa Conoce mi club.
8. Desarrollo de cursos de formación en didáctica deportiva.
9. Desarrollo de cursos de formación para entrenamiento deportivo.
10. Desarrollo de cursos de formación en planificación y promoción de la actividad física saludable y de la evaluación y prescripción del ejercicio para personas sanas y con patologías.

## Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 2: Programa para el fomento de la actividad física a nivel comunitario y local

### Medidas

1. Consolidación de las UPES (Unidades de promoción de ejercicio) creadas en 2010.
2. Ampliación del número de UPES.
3. Construcción de un sistema de trabajo en red para todas las UPES.
4. Realización de acuerdos con los ayuntamientos en las principales actuaciones previstas y en las que resulte oportuna y beneficiosa su colaboración.

### Progr. de atención a diferentes ámbitos y colectivos 3: Programa de fomento de la actividad física en el ámbito educativo

#### Medidas

1. Mejora de las condiciones curriculares de la educación física y aumento de su carga lectiva a tres horas semanales en todos los niveles del régimen general.
2. Fomento a través de las asociaciones de padres y madres de la oferta deportiva dentro de las actividades extracurriculares
3. Desarrollo de programas específicos de fomento de actividades físico-deportivas para las edades de tránsito entre las etapas educativas (cuando más abandono se produce).
4. Promoción de la práctica deportiva y de actividad física en las tres universidades gallegas.
5. Desarrollo de campeonatos universitarios autonómicos.
6. Promoción de programas de actividad física laboral entre el personal de las universidades.
7. Desarrollo de programas locales para la promoción de la actividad física en la edad escolar.
8. Fomento de la realización de cursos para profesionales de la educación sobre estilos de vida físicamente activos y sus beneficios.
9. Fomento de la formación del profesorado en educación física y de otros/as profesionales, como los/as entrenadores/as, que garantice un adecuado perfil de el/la docente en actividad física y deporte.
10. Formación del personal responsable y técnicos/as de los servicios de deportes de las unidades de salud de las universidades para la prescripción de actividad física y salud tanto de hombres como de mujeres.
11. Creación de redes de centros escolares promotores de la práctica de actividad física y deportiva en edad escolar.
12. Creación de encuentros para el profesorado y el alumnado de centros promotores de actividad física.
13. Realización de campañas de sensibilización hacia los padres y madres, y profesionales de la educación para fomentar la importancia de la práctica de actividad física y fomentar su práctica en familia.
14. Desarrollo de programas de promoción de la actividad física entre niñas en edad escolar.
15. Potenciación de la práctica físico deportiva de la población universitaria femenina.
16. Creación de un mapa de instalaciones deportivas universitarias gallegas.
17. Creación de un sistema de gestión de calidad en los sistemas de deportes de las universidades.
18. Elaboración de materiales didácticos dirigidos a padres y madres, profesionales de la educación y tutores, proporcionando información, pautas y orientaciones de la actividad física en las diferentes etapas del desarrollo.
19. Creación e incorporación del Protocolo de Valoración de la Condición Física Saludable del Plan en los centros escolares, dentro del currículo de la Educación Física.
20. Establecimiento de acuerdos con los centros educativos para la apertura de las instalaciones deportivas en horario de tarde y fines de semana para facilitar la práctica físico-deportiva libre o a través de convenios con clubs deportivos.
21. Inclusión en el Reglamento Orgánico del Centros de los diferentes niveles de enseñanza preuniversitaria del proyecto deportivo de centro.

## Programa de atención a diferentes ámbitos y colectivos 4: Programa de fomento da actividad física en el ámbito sanitario

### Medidas

1. Inclusión de consejos sobre actividad física en las consultas y en los informes médicos.
2. Formación de los/as profesionales del ámbito de la salud sobre los beneficios de la actividad física en la población general, en las diferentes patologías y en la promoción de estilos de vida saludables.
3. Realización de estudios para conocer hábitos de práctica de actividad física y ejercicio.
4. Elaboración y difusión de materiales de apoyo para recomendar la práctica de la actividad física en los centros sanitarios.
5. Creación de programas de prescripción de ejercicio físico dentro del ámbito sanitario. Creación de programas de prescripción de ejercicio en patologías.
6. Desarrollo de equipos multidisciplinares de promoción de la actividad física, la salud y la prescripción de ejercicio en patologías.

## Programa de atención a diferentes ámbitos y colectivos 5: Programa de urbanismo, medio ambiente y movilidad para fomentar la actividad física

### Medidas

1. Creación de infraestructuras seguras, cómodas y viables para el transporte activo (carril bici, paseos, aceras, etc.)
2. Inclusión dentro de la planificación e ingeniería urbana del carril bici y los aparcamientos para bicicletas.
3. Creación y adaptación de espacios seguros para la práctica de actividad física y de juego de los niños y de las niñas.
4. Adaptación de circuitos aeróbicos urbanos para personas mayores.
5. Adaptación y creación de infraestructuras (acceso peatonal, carril bici etc.) y transporte público que garantice el acceso desde el hogar a los espacios deportivos.
6. Adaptación de las instalaciones y los espacios deportivos a las demandas de la población.
7. Adaptación de las instalaciones y espacios deportivos para el acceso y uso de las personas con discapacidad.
8. Inclusión de la perspectiva de género en el diseño y uso de los espacios deportivos.
9. Desarrollo de campañas informativas que acompañen las inversiones en transporte activo dirigidas a promocionar la actividad física y sus beneficios sobre la salud.
10. Promoción de los espacios urbanos no convencionales como lugares para la práctica de actividad física.
11. Reconsideración de la normativa de construcción para hacer más atractivo el transporte activo (subir escaleras, rampas,...), especialmente en los lugares públicos, como grandes centros comerciales.

## Programa de atención a diferentes ámbitos y colectivos 6: Programa de fomento de la actividad física en el ámbito laboral

### Medidas

1. Incorporación de programas de ejercicio físico en las empresas.
2. Entrega de Certificados de Galicia Saludable a los lugares de trabajo que den prioridad a un estilo de vida físicamente activo.
3. Promoción de acuerdos entre empresarios y sindicatos que incluyan requisitos para que en el lugar de trabajo se facilite un estilo de vida activo.
4. Acuerdos entre las empresas y los proveedores de fitness para ofrecer precios más bajos a los trabajadores y trabajadoras en horas vale.
5. Acuerdos entre las empresas y las mutuas laborales para incluir la evaluación de la condición física en el examen de salud e incentivar su mejora.
6. Desarrollo de campañas de sensibilización sobre los beneficios de la práctica deportiva en el ámbito laboral para todas las personas que formen parte de las empresas.
7. Formación específica en promoción de la actividad física de los responsables de la medicina del trabajo, de la prevención de riesgos y de recursos humanos.
8. Puesta en marcha y promoción de campeonatos de deporte laboral.

## Programa de atención a diferentes ámbitos y colectivos 7: Programa de fomento de actividad física en personas mayores

### Medidas

1. Creación de programas de ocio activo para las personas mayores.
2. Implantación de programas para promocionar hábitos de vida saludables entre las personas mayores que respondan los requerimientos de la salud bio-psico-social y a los intereses de la población mayor de 65 años.
3. Proyecto específico para la inclusión del ejercicio físico regular en las residencias de la tercera edad a través de recursos externos en los lugares con más índice de envejecimiento.
4. Oferta de instalaciones accesibles, atractivas y económicas (acuerdos con la industria del fitness, subvenciones,...) para la práctica de ejercicio físico supervisado y adaptado.
5. Incremento de la investigación sobre las relaciones entre la actividad física de las personas mayores y su salud.

## Programa de atención a diferentes ámbitos y colectivos 8: Programa de turismo activo

### Medidas

1. Patrocinio a deportistas gallegos/as de alto nivel.
2. Promoción de la realización en Galicia de eventos de interés turístico.
3. Patrocinio de grandes eventos deportivos en Galicia.
4. Aumento y consolidación de los centros BT de Galicia.
5. Conversión de más kilómetros de vías férreas en desuso en vías verdes.
6. Puesta al día de cien kilómetros de caminos, carreteras y vías.
7. Inclusión de la actividad o ejercicio físico dentro del programa Noches saludables para la juventud.
8. Puesta en marcha de nuevas ediciones del programa Montaña en familia.
9. Puesta en marcha de nuevas ediciones del programa Xuventur.
10. Desarrollo de nuevas ediciones de programa Primavera Activa.
11. Incorporación al programa Turismo de Salud de actividades físicas que potencien el efecto saludable de este programa.
12. Continuación del programa de Turismo de Golf.
13. Líneas de incentivo a propuestas de turismo activo.
14. Reducción progresiva de las barreras arquitectónicas en los lugares destinados al turismo activo.
15. Favorecimiento en las líneas de ayuda al turismo de accesibilidad.
16. Creación en la sección Mapas de Galicia de la web de Turgalicia un mapa de turismo activo.
17. Creación de una sección de Transporte Activo dentro del apartado de Transporte de la Web de Turgalicia.
18. Actualización y difusión de la herramienta de senderismo en el móvil.
19. Publicación de una nueva edición del folleto Galicia sendas para descubrir un país.

## Programa transversal 1: Programa de normativa y legislación para fomentar la actividad física

### Medidas

1. Inclusión en la nueva Ley del Deporte de Galicia la protección y el fomento de la actividad física, entendiéndola en su concepto más amplio y reconociendo su importancia para la salud y el bienestar de la ciudadanía.
2. Creación de una Comisión Interdepartamental en el seno del Gobierno Gallego.
3. Creación de un Observatorio Gallego de la Actividad Física.
4. Creación de normas para las instituciones y organizaciones deportivas de la comunidad gallega.
5. Establecimiento de parámetros de igualdad en estatutos, reglamentos y subvenciones de entidades deportivas.
6. Propuesta de la inclusión de la actividad física y deportiva de las personas con discapacidad en la Ley de dependencia.
7. Atención específica, desde la administración autonómica, de la actividad física y el deporte adaptado en Galicia.
8. Colaboración en la promoción del deporte universitario, a través de los órganos ejecutivos correspondientes.
9. Declaración del Plan Galicia Saludable como Plan de Interés General, con las particularidades a nivel de beneficio fiscal que conlleva, elevando esta solicitud por el propio Parlamento gallego o por el órgano correspondiente, para su aprobación a nivel estatal.
10. Inclusión del Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte en el catálogo de profesiones sanitarias al amparo del Artículo 2.3 de la Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el apartado anterior, mediante norma con rango de Ley).
11. Elaboración y aprobación de un decreto para la incorporación de la marca GS+Xunta en todas las acciones relativas a la promoción de la salud.
12. Apoyo del reconocimiento jurídico de las asociaciones para la promoción deportiva en el ámbito laboral.
13. Creación de estructuras organizativas e instrumentos que favorezcan la comunicación y la coordinación de los diferentes agentes que intervienen en la oferta de actividad física y deporte.
14. Elaboración de un plan de acción con las tres universidades gallegas.

## Programa transversal 2: Programa de fomento de la actividad física en personas con discapacidad

### Medidas

1. Inclusión en la red de actores del Plan GS de aquellos relacionados con las actividades físico-deportivas y la discapacidad
2. Inclusión de los y de las deportistas con discapacidad en las federaciones unideportivas olímpicas y no olímpicas
3. Consideración de la perspectiva de la discapacidad y de género en la constitución y funcionamiento del Observatorio Gallego de la Actividad Física
4. Inclusión en las campañas de comunicación, información y sensibilización del Plan GS sobre la práctica deportiva contenidos sobre sus beneficios para las personas con discapacidad.
5. Consideración de criterios de accesibilidad y de participación para personas con discapacidad en las convocatorias de ayudas en materia de equipamientos deportivos a ayuntamientos, federaciones y clubs deportivos.
6. Creación de programas de ocio activo abiertos a la participación inclusiva de personas con discapacidad.
7. Inclusión de la discapacidad en las actividades físico-deportivas dentro de los centros de enseñanza gallegos.
8. Desarrollo de programas de actividad física adaptada dentro del sistema sanitario de Galicia.

### Programa transversal 3: Programa de fomento de la actividad para la inclusión social

#### Medidas

1. Inclusión en la red de actores del Plan GS de aquellos relacionados con las actividades físico-deportivas y la inclusión social.
2. Consideración de la exclusión social en la constitución y funcionamiento del Observatorio Gallego de la Actividad Física.
3. Inclusión en las campañas de comunicación, información y sensibilización del Plan GS sobre la práctica deportiva contenidos sobre sus beneficios para las personas en riesgo o en exclusión social.
4. Inclusión de los especialistas en actividades física y deporte en el diseño de actividades y programas en el contexto de los servicios sociales.
5. Creación de programas de ocio activo abiertos a la participación inclusiva de personas con riesgo de exclusión social o excluida.
6. Elaboración de un archivo de experiencias de deporte e inclusión social.
7. Diseño e implantación de programas de ejercicio físico y deportes para personas con drogodependencias, incluido el alcoholismo.
8. Diseño e implantación de programas de ejercicio físico y deportes en personas recluidas en centros penales.
9. Diseño e implantación de programas de ejercicio físico y deportes para agresores de género y maltratadores.
10. Puesta en marcha de talleres de inclusión social a través de la actividad física y el deporte.
11. Desarrollo de campañas deportivas para luchar contra los diferentes motivos que pueden poner las personas en riesgo de exclusión social.
12. Creación de una red de opiniones.
13. Creación de un foro de deporte y sociedad.

### Programa transversal 4: Programa para la igualdad entre mujeres y hombres en la práctica de actividad física

#### Medidas

1. Puesta en marcha de campañas para la sensibilización de la igualdad de género en la práctica de actividad física en todos los ámbitos.
2. Difusión y visualización de la participación de las mujeres en el deporte.
3. Difusión de instrumentos para prevenir la violencia de género en el deporte.
4. Formación de una comisión de personas expertas en deporte y género.
5. Desarrollo de programas de conciliación y formación en igualdad.
6. Creación de programas para el fomento de la participación igualitaria.
7. Construcción de redes para potenciar la participación de las mujeres en el deporte.

### Programa transversal 5: Programa de comunicación para fomentar la práctica de actividad física

#### Medidas

1. Boletín informativo del Plan Galicia Saludable, con suscripción desde el portal web Galicia Saludable, para difundir las actividades y programas que se pongan en marcha.
2. Acuerdos con los medios de comunicación regionales locales para el desarrollo de espacios informativos y educativos fijos, aportando desde el Plan los contenidos informativos en diversos soportes.
3. Creación de los protocolos de comunicación y las acciones del Plan.
4. Creación de un equipo de comunicación que pueda dar servicio y soporte a las iniciativas generadas por los distintos departamentos de la Xunta de Galicia y por actores externos participantes en el Plan

## Programa transversal 6: Programa de formación para la promoción de actividad física y la prescripción de ejercicio

### Medidas

1. Propuesta de inclusión de una materia de actividad física y salud en los nuevos grados de las profesiones que tengan competencia y acceso a fomentar la actividad física.
2. Formación continua en actividad física y salud para los profesionales sanitarios y de la educación.
3. Desarrollo de un plan de formación para la especialización de la actividad físico-deportiva adaptada.
4. Formación de agentes promotores/as y formadores del deporte en el ámbito laboral.
5. Formación de personas expertas en actividad física y deporte en personas mayores.
6. Realización de cursos de formación para gestores deportivos o personas que en otros contextos; sanitario, servicios sociales, elaboren programaciones de este tipo.

## Programa transversal 7: Programa de investigación e innovación en actividad física y salud

### Medidas

1. Creación de una red gallega de investigación en actividad física y salud.
2. Aumento y apoyo de la investigación en los diferentes ámbitos y relaciones de la actividad física y la salud (educación física y deporte en edad escolar, actividades físicas adaptadas, actividad física y personas mayores, mujeres y deporte, y actividad físico-deportiva en las universidades).
3. Realización de un estudio sobre los niveles de práctica real de actividad física en la población gallega.
4. Realización de un estudio sobre la eficiencia y la efectividad de las medidas o acciones implantadas.
5. Realización de un estudio sobre la formación de los/las profesionales de la actividad física en diferentes ámbitos de actuación (personas mayores, personas con discapacidad etc.).





## 6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

El proceso de seguimiento y evaluación es difícil y complejo, pero a pesar de las dificultades que supone su aplicación, nadie niega su conveniencia.

Cuando se planifica una intervención, todos los datos que echan luz sobre las características y variaciones interiores de una comunidad son útiles para orientar y corregir la acción, especialmente si tienen lugar en el ámbito comunitario. Y, puesto que estas circunstancias son dinámicas y cambiantes, deben mantenerse una vigilancia y un control correctos.

Además, durante el proceso de implantación de las medidas pueden suceder circunstancias o respuestas no previstas que necesitan ser consideradas para adoptar las acciones correctoras oportunas.

Para poder realizar una correcta evaluación es fundamental que funcione un buen sistema de información.

### ¿Quién?

La evaluación será realizada, en el ámbito de cada programa, proyecto o medida y acción por sus promotores que emitirán un informe periódicamente y lo enviarán al Área de Seguimiento, Evaluación y Control (integrada en el Comité Ejecutivo del Plan). Una vez analizada la información, esta área elaborará una memoria anual del Plan en la que se incluirán las evaluaciones de todas las intervenciones.

### Que?

El objetivo es poder tener información sobre la **efectividad** y la **eficiencia** del plan y todas sus medidas. Para esto, y de acuerdo con las propuestas incluidas en el Marco para el seguimiento y evaluación de aplicación de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS (2006) (75), se utilizarán los indicadores que permitan evaluar (Figura 10):

- los **procesos** (como se hacen las cosas);
- los **productos** (p. ej., redacción de proyectos o guías, cambios en el entorno construido o en el ámbito social...), y los **resultados** (p. ej., mejores conocimientos sobre la actividad física, cambios hacia conductas más activas o reducción en la incidencia de ECNT...).

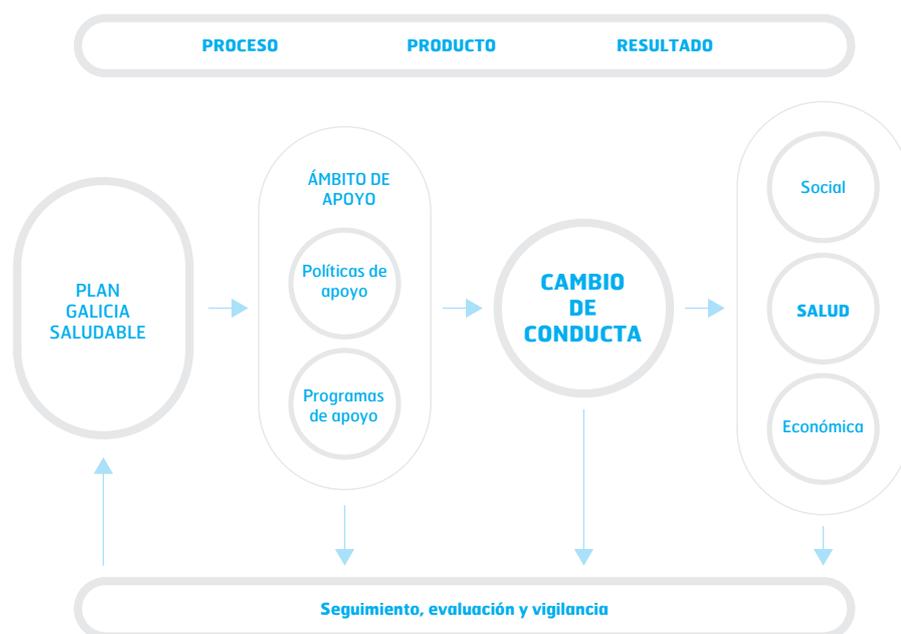


Figura 10. Seguimiento, evaluación y vigilancia del proceso, el producto y el resultado (75).

### *¿Cuándo?*

La evaluación no es la parte final de todo un proceso, sino que forma parte de él. Por lo tanto, debe iniciarse durante el propio proceso de planificación y continuar durante la implantación de las actividades previstas. Así se podrá recoger información sobre las dificultades, potencialidades, detección de necesidades no identificadas previamente, etc. Estos datos permitirán reorientar o corregir las acciones durante el proceso. Al terminar, es obligatorio hacer una evaluación final.

Se establecen plazos semestrales y anuales para la emisión de informes de los diferentes programas, proyectos y medidas.

### *¿Cómo?*

El proceso de evaluación consistirá en la recolección sistemática de datos y su análisis para comprobar que el plan (y sus programas y proyectos o medidas) alcanza sus objetivos y, si es necesario, utilizarse para realizar los ajustes requeridos.

Se establecerá un sistema de información que permita la circulación fluida de los datos hacia el área del Comité Ejecutivo responsable de las tareas de seguimiento, evaluación y control.

La evaluación efectuará un juicio de valor sobre los diferentes elementos que intervienen en el desarrollo de las acciones del plan y debe fundamentarse en criterios y normas. Para esto, es imprescindible **identificar los indicadores de proceso, producto y resultado en cada intervención.**

Luego de conocer los datos, se podrán emitir una evaluación, es decir, un juicio sobre el grado en el que se alcanzaron los objetivos (efectividad) y la relación entre el esfuerzo y el logro (eficiencia).

Para poder realizar esta vigilancia y control, es necesario que en el diseño de las diferentes intervenciones:

- Se establezcan objetivos concretos y medibles, y que cuantifiquen el nivel de actividad física, el cambio de comportamiento pretendido... o lo que en cada caso se persiga.
- Se identifiquen los recursos financieros adecuados.
- Se realicen descripciones detalladas sobre cómo se desarrollan y se implantan.
- Se incluya una evaluación clara y específica, tanto para el control del desarrollo e implantación de cualquier intervención, como para saber en qué grado y en qué tiempo estimados se lograrán los objetivos.





1. Eaton S, Shostak M, Konner M. *The Paleolithic Prescription: A Program of Diet & Exercise and a Design for Living*. New York: Harper & Row; 1988.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Sexagésimo sexto período de sesiones. New York: Organización de las Naciones Unidas; 2011.
3. Devis J, Peiró C. Fundamentos para la promoción de la actividad física relacionada con la salud. En Devis J. *La educación física, el deporte y la salud en el Siglo XXI*. Alcoy: Marfil; 2000. p. 295-322.
4. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones mundiales de actividad física para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial*. 61ª Asamblea mundial de la salud WHA61.14. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
6. Bouchard C, Shephard R, Stephens T. *Physical activity, fitness, and health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1994.
7. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. 57ª Asamblea mundial de la salud WHA57.17. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
8. Sierra López A, Sáenz González M, Fernández-Crehuet Navajas J, Salleras Sanmartí L, Cueto Espinar A, Gestal Otero J, e cols. *La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública*. En Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Undécima ed. Madrid: Elsevier Masson; 2008.
9. París Roche F. *La planificación estratégica en las organizaciones deportivas*. Badalona: Paidotribo; 2005.
10. Caspersen C, Powell K, Christenson G. *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. *Public Health Reports*. 1985; 100(2): p. 126-131.
11. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton JR, McPherson BD. *Exercise, fitness, and health: the consensus statement*. En Bouchard C, Shephard R, Stephens T, Sutton J, McPherson B. *Exercise, fitness, and health: a consensus of current knowledge: proceedings of the International Conference on Exercise, fitness and health, May 29-June 3, 1988, Toronto, Canada.*; 1990. p. 3-28.
12. Organización Mundial de la Salud. *10 datos sobre las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
13. Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V. *Programación y evaluación de proyectos sociales*. Primera ed. Barcelona: Paidós; 2003.
14. Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro blanco sobre el deporte*. Bruselas: Unión Europea; 2007.
15. Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro Blanco. Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad 2008-2013*. Bruselas: Unión Europea; 2006.
16. Comisión de las Comunidades Europeas. *Directrices de actividad física de la UE. Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud*. Bruselas: Unión Europea; 2008.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia NAOS. Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad*. [Online]. Madrid; 2005. Available from: <http://www.naos.aesan.msp.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>.
18. Consejo Superior de Deportes. *Plan integral para la actividad física y el deporte A+D*. Madrid: Consejo Superior de Deportes; 2010.
19. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción 2008-2013 de la Estrategia global para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
20. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Gobierno de España; 2010.
21. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud de 2006*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España; 2007.
22. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Encuesta Europea de Salud en España 2009*. ; 2010.

23. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). ; 2008.
24. Consello Económico e Social de Galicia. Memoria sobre a situación económica e social. CESG; 2009.
25. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2009. ; 2011.
26. Consejo Económico y Social de España. Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. CES España; 2010.
27. Instituto Galego de Estatística. Beneficiarios, número de recetas y coste de la prestación farmacéutica en recetas médicas oficiales. IGE; 2009.
28. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud mundial. Mortalidad y morbilidad atribuible al los principales factores de riesgo seleccionados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
29. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Estudio sobre promoción del ejercicio físico. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2007.
30. Comisión Europea. Eurobarómetro especial 334: deporte y actividad física. Bruselas: Dirección General para la Educación y la Cultura; 2009.
31. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España; 2007.
32. Consejo Superior de Deportes, Fundación Deporte Joven y Fundación Alimentum. Los hábitos deportivos de la población escolar en España. 2010. Análisis preliminar. ; 2011.
33. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud mundial. Mortalidad y morbilidad atribuible al los principales factores de riesgo seleccionados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
34. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Organización Mundial de la Salud; 2006.
35. The Stationery Office. Talking obesity in England. Report by the comptroller and auditor general. Londres;; 2001.
36. Martin BW, Beeler I, Szucs T, Smala AM, Brügger O, Casparis C, et al. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity: first estimates for Switzerland. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 48 (3). 2001;; p. 131-133.
37. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Sexagésimo sexto período de sesiones. New York: Organización de las Naciones Unidas; 2011.
38. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; 1986; Ottawa.
39. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. En Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; 2005; Bangkok.
40. Organización Mundial de la Salud. Intervention on diet and physical activity: what works. Summary report. Ginebra: Organización Mundial de las Naciones Unidas; 2009.
41. Daugbjerg S, Kahlmeier S, Racioppi F, Martin-Diener E, Martin B, Oja P, et al. Promotion of physical activity in the european region: content analysis of 27 national policy documents. Journal of Physical Activity and Health. 2009; 6: p. 805-817.
42. European Health & Fitness Association. Becoming the Hub. The health and fitness sector and the future of health enhancing physical activity. Bruselas: EHFA; 2011.
43. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health. A report of the Surgeon General. United States Department of Health and Human Services; 1996.
44. Centers for Disease Control and Prevention. The Community Guide. What works to promote health. Promoting physical activity. US Government; 2001.
45. Nordic Council of Ministers. Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2006.

46. U.S. Department of Health & Human Services. 2008 Physical activity guidelines for americans. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2008.
47. Global Advocacy for Physical Activity. The Toronto Charter for physical activity: A global call for action. GAPA; 2010.
48. Global Advocacy for Physical Activity. Non communicable disease prevention: Investments that work for physical activity. A complementary document to the Toronto Charter for physical activity: a global call to action. GAPA; 2011.
49. Australian Institute of Criminology. The role of sport and physical activity programs in crime prevention. Camberra: Australian Institute of Criminology; 2003.
50. Cultural Improvement Partnership. Culture and sport participation- role in community cohesion and community involvement. Nottingham;; 2007.
51. Browne G, Byrne C, Roberts J, Gafni A, Whittaker S. When the bough breaks:provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole-support parents on social assistance. *Journal of Social Science & Medicine*, 53. 2001;; p. 1697-1710.
52. National Food Administration. Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity. Uppsala: National Food Administration; 2005.
53. Department for Culture, Media and Sport (DCMS) and Strategy Unit. Game plan: a strategy for delivering Government's sport and physical activity objectives. London: Cabinet Office; 2002.
54. Stevens A. London Olympics to regenerate one of the poorest areas of the capital. London, City Mayor's Sport Report. ; 2008.
55. International Association of Public Transport. Mobility in cities. Bruselas: International Association of Public Transport; 2005.
56. World Health Organization and World Economic Forum. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity. WHO/World Economic Forum report of a joint event. Genova;; 2008.
57. Pratt M, Macera C, Wang G. Higher direct medical costs associated with physical inactivity. *Physician and Sports Medicine*. 2000; 28: p. 63-70.
58. Cutler DM, Richardson E. Your money and your life: The Value of Health and what affects it. En *Research NBoE. Frontiers in Health Policy Research.*; 1999.
59. Gaziano J. Fifth Phase of the Epidemiologic Transition. The Age of Obesity and Inactivity. *The Journal of the American Medical Association*. 2010; 303: p. 275-276.
60. Prentice AM, Jebb A. Physical activity level and weight control in adults. En Bouchard C. *Physical Activity and Obesity*. Champaign: Human Kinetics; 2000. p. 247-261.
61. Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Gerique JA, Rubio Herrera MA, Gómez de la Cámara A, Cancelas Navia P, Jurado Valenzuela P. DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares) 1990-2010. *Medicina Clínica Monografías*. 2011; 12(4).
62. Lee C, Blair S, Jackson A. Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1999; 69: p. 373-380.
63. Tarducci GO, Noe B, Giráldez MA, Pallaro A, Neinam A, Pratt M. Need for a change of paradigm in addressing chronic non communicable diseases. En prensa. 2011.
64. Poortinga W, Gebel K, Bauman A, Moudon A. Neighborhood environment, physical activity and obesity. In Nriagu JO, editor. *Encyclopedia of Environmental Health*. Burlington: Elsevier; 2011. p. 44-53.
65. Poortinga W. Perceptions of the environment, physical activity and obesity. *Social Science and Medicine*. 2006; 63: p. 2835-2846.
66. National Association for Sport and Physical Education. Active start: a statement of physical activity guidelines for children from birth to age 5, 2nd edition. [Online]. Available from: [www.aahperd.org/naspe/standards/nationalGuidelines/ActiveStart.cfm](http://www.aahperd.org/naspe/standards/nationalGuidelines/ActiveStart.cfm) <http://www.activehealthykids.ca/>.
67. Women's sport foundation. Sport, Physical Activity, and the Health and Well-Being of American Girls and

- Women. [Online]; 2009. Available from: [http://www.womenssportsfoundation.org/Content/Articles/Research/H/~~/media/Files/Research%20Reports/Her%20Life%20Depends%20on%20It%20I%20I%20%20Covers%20and%20Inside%](http://www.womenssportsfoundation.org/Content/Articles/Research/H/~~/media/Files/Research%20Reports/Her%20Life%20Depends%20on%20It%20I%20I%20%20Covers%20and%20Inside%20).
68. Lalonde M. A new perspective on health of Canadians. Government of Canada, Ministry of Health; 1974.
  69. Tarlov AR. Public policy frameworks for improving population health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999; 896: p. 281-293.
  70. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social México D.F.: Siglo XXI; 1980.
  71. Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones Madrid: Díaz de Santos; 1985.
  72. Edwards P, Tsouros D. A healthy city is an active city: a physical activity planning guide. OMS. OMS; 2008.
  73. Truman B, Smith-Akin C, Hinman A. Developing the Guide to Community Preventive Services—overview and rationale. *Guide to Community Preventive Services: Systematic Reviews and Evidence-Based Recommendations*. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000; 18: p. 18-26.
  74. García Ferrando M. Encuesta sobre hábitos deportivos en España 2010. Centro de Investigaciones Sociológicas y Consejo Superior de Deportes; 2010.
  75. Organización Mundial de la Salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud Ginebra: Biblioteca de la OMS; 2006.
  76. Instituto Galego de Estatística. Distribución da poboación por sexo e idade. IGE; 2010.
  77. Enciclopedia Galega Universal. Edu EGU. [Online]. [cited 2011. Available from: <http://www.egu.es>.
  78. Dirección General de Salud Pública (Consellería de Sanidad) e Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (Universidad de A Coruña). Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega, 2007. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad; 2008.
  79. Tarlov AR. Public policy frameworks for improving population health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999; 896: p. 281-293.
  80. Ratner F. Type 2 diabetes in children and young adults: A “new epidemic”. *Clinical Diabetes*. 2002; 20(4): p. 217-218.
  81. Paffenbarger R, Hyde R, Wing A, Hsieh C. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *The New England Journal of Medicine*. 1986; 314: p. 605-613.
  82. Lobstein T, Millstone E. Context for the PorGrow study: Europe’s obesity crisis. *Obesity Reviews*. 2007; 8: p. 7-16.
  83. Lee C, Blair S, Jackson A. Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1999; 69: p. 373-380.
  84. Horne J, Manzenreiter W. Sports mega-events: social scientific analyses of a global phenomenon. Oxford: Blackwell; 2006.
  85. García Ferrando M, Arregui Luco B. Hábitos deportivos da poboación galega. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004.
  86. García Ferrando M. Encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles 2005. Centro de Investigaciones Sociológicas y Consejo Superior de Deportes; 2005.
  87. García Ferrando M. Encuesta sobre hábitos deportivos en España 2010. Centro de Investigaciones Sociológicas y Consejo Superior de Deportes; 2010.
  88. Fuster V, Corbellá J. La ciencia de la salud: mis consejos para una vida sana. Barcelona: Planeta; 2006.
  89. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. *The British Medical Journal*. 2005; 331(7517): p. 611-612.
  90. Arce C, De Francisco C. La realidad de la práctica deportiva en Galicia Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela y Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico; 2008.
  91. Aranceta J, Serra L. Actividad física y salud. Estudio EnKid. Barcelona: Masson; 2006.
  92. Adeyi O, Smith O, Robles S. Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. Washington DC: Banco Mundial; 2007.

93. Instituto Galego de Estatística. Población y hogares. IGE; 2010.
94. Consello Económico e Social de Galicia. Memoria sobre a situación económica e social. CESG; 2009.
95. Consejo Superior de Deportes. III Censo de instalaciones deportivas; 2005.
96. Concello da Coruña (Concellaría de Deportes) y Universidade da Coruña. Estudo dos hábitos da práctica de actividade física e deportiva na cidade da Coruña 1010 A Coruña: Concello da Coruña; 2011.
97. Fundación de Deporte Gallego. Estudio de la Fundación de Deporte Gallego sobre Federaciones; 2010.
98. Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport. National Action Plan for Sport and Exercise. [Online].; 2006.
99. Denmark Ministry of the Interior and Health. Healthy throughout life: the targets and strategies for public health policy of the government of Denmark, 2002-2010. [Online].; 2002. Available from: <http://www.folk-sundhed.dk/media/healthythroughoutlife.pdf>.
100. National Institute for Health and Clinical Excellence. Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY. [Online].; 2009. Available from: <http://www.nice.org.uk/newsroom/features/measuringeffectiveness-andcosteffectiveness/qaly.jsp>.
101. UK Department of Health. Exercise referral systems: A national quality assurance framework. [Online].; 2001. Available from: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4079009.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4079009.pdf).
102. American College of Sports Medicine. [Online]. Available from: <http://exercisemedicine.org/>.
103. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2007. Available from: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatía/CARDIOPATIA/opsc\\_est20.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatía/CARDIOPATIA/opsc_est20.pdf).
104. Generalitat de Catalunya. Guia de prescripció d'exercici físic per a la salut Barcelona: Direcció General de Salut Pública (Departament de Salut) y Secretaria General de l'Esport (Departament de la Vicepresidència); 2007.
105. Grandes G, Sánchez A, Ortega R, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al. Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care. A Cluster Randomized Trial. Archives of Internal Medicine. 2009; 169: p. 694-701.
106. Pancorbo Sandoval AR, Pancorbo Arencibia EL. Actividad física en la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable Madrid: Consejo Superior de Deportes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Novartis.; 2011.
107. Dahlgren G. The need for intersectoral action for health. En Harrington P, Ritsatakis A. European Health Policy Conference: opportunities for the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994.
108. UNESCO. International Charter of Physical Education and Sport. ; 1978.
109. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. American College of Sports Medicine; 2007.
110. Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales. Estudio Delphi sobre tendencias sociales. Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2004.
111. Comisión Europea. Encuesta del Eurobarómetro sobre pobreza y exclusión social 2009. Luxemburgo: Unión Europea; 2009.
112. Bauman A, Craig CL. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity 2005. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2005; 2: p. 10.
113. Consellería de Medio Ambiente, Territorio e Infraestructuras. Informe anual de calidad del aire de Galicia 2009. Consellería de Medio Ambiente, Territorio e Infraestructuras; 2009.
114. Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal de habitantes 2010. IGE; 2010.
115. Instituto Galego de Estatística. Poboación e fogares. IGE; 2010.
116. Instituto Galego de Estatística. Poboación. IGE; 2008.
117. Instituto Galego de Estatística. Indicadores de envelhecimento proxectados 2010-2015. IGE; 2010.

118. Sociedad Española de Cardiología. Informe 2009. ; 2009.
119. Instituto Galego de Estatística. Directorio de empresas e unidades locais. ; 2009.
120. Instituto Galego de Estatística. Enquisa de poboación activa. ; 2011.
121. Instituto Galego de Estatística. Asalariados por sexo e tipo de contrato ou relación laboral. Galicia e provincias. IGE; 2009.
122. OCDE. Health at a Glance: Europe 2010: OCDEiLibrary; 2010.
123. OCDE. PISA - Quality Time for Students: Learning in and out of School: OCDEiLibrary; 2011.
124. Robert Wood Johnson Foundation. Physical Education, Physical Activity and Academic Performance. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2007.
125. Ruiz JR, Ortega FB, Castillo R, Martín-Matilla M, Kwak L, Vicente Rodríguez G, et al. Physical activity, fitness, weight status, and cognitive performance in adolescents. *The Journal of Pediatrics*. 2010; 157: p. 917-922.
126. OCDE. Programme for International Student Assessment (PISA). ; 2009.
127. García Ferrando M. Encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles 2005. Centro de Investigaciones Sociológicas y Consejo Superior de Deportes; 2005.
128. Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. Encuesta General de Medios. [Online].; 2011. Available from: <http://www.aimc.es/-Datos-EGM-Resumen-General-.html>.
129. Council of Europe. The European Sports Charter (revised). [Online].; 2001. Available from: [https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(92\)13&Sector=secCM&Language=lanEnglish&Ver=rev&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75](https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(92)13&Sector=secCM&Language=lanEnglish&Ver=rev&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75).
130. Instituto Galego de Estatística. Benestar e condicións de vida. [Online].; 2010 [cited 21/3/2011].
131. Oficina Europea da OMS. Physical Activity and Health. Evidence for action. ; 2006.

