

A C T A S

DE LAS JORNADAS INTERNACIONALES  
DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

G A N A S A L U D

2 7 - 2 9 N O V I E M B R E 2 0 0 6



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE DEPORTES  
**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

# Mesa 5:

## Promoción de salud

### MODERADOR

**D. Francisco Marqués Marqués**

Subdirector de Epidemiología, Prevención, Promoción de Salud y Sanidad Ambiental  
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Instituto de Salud Pública  
Comunidad de Madrid

### PONENTES

**Dr. José M<sup>a</sup> Pons**

Coodirector Programa. PIP. Dirección Gral. de Salut Pública. Conselleria de Salut  
Generalitat de Catalunya

**D. Manuel Palencia Alejandro**

Jefe de Programas de Bienestar Físico y Salud de Mahou-San Miguel

**D. Ricardo Ortega Sánchez-Pinilla**

Médico Centro Salud Santa Bárbara. Toledo

# José M<sup>a</sup> Pons

Coodirector Programa. PIP. Dirección General. de Salut Pública  
Conselleria de Salut. Generalitat de Catalunya

## Plan de Implantación Progresiva de la prescripción de la actividad física a la atención primaria de salud en Catalunya (PIP)

### 1. Descripción del programa

La Generalitat de Catalunya impulsa el **Plan de Implantación Progresiva para la prescripción de la actividad física a la atención primaria de salud en Catalunya (PIP)** para reducir los hábitos sedentarios, fomentar la práctica de la actividad física de la población catalana y reducir el gasto público sanitario. Para este Plan se ha definido el siguiente modelo de logo:

**PIP** | Pla d'implantació progressiva  
de la prescripció d'activitat física  
a l'atenció primària de salut

Este Plan es una actuación de la Generalitat de Catalunya y lo coordina conjuntamente el **Departament de Salut y la Secretaria General de l'Esport**. Entre los dos organismos se planifican, se controlan y se ejecutan los diferentes trabajos organizativos y de desarrollo del proyecto.

### 2. Objetivos y destinatarios

El programa tiene como **objetivos generales**:

- a) Incorporar la prescripción y el consejo de actividad física como instrumento terapéutico de utilización en la atención primaria de salud.
- b) Actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios a través de cursos de formación y reciclaje, coordinadamente con los equipos especializados de atención primaria y de los médicos especialistas en educación física y deporte.
- c) Dotar a los servicios de atención primaria de consultores expertos especialistas en medicina de la educación física y el deporte.
- d) Establecer un proceso consensuado para la selección, la criba y derivación de pacientes.
- e) Establecer circuitos entre los centros de atención primaria y recursos de base comunitaria.
- f) Valorar el riesgo individual de los pacientes y asesorar identificando los distintos niveles de actividad a través de la predicción del riesgo desde los Centros de Atención Primaria (CAP's).

El Plan se propone sensibilizar a los usuarios de la atención primaria de salud, para que se incorporen a un **programa de ejercicio físico** con finalidades saludables, con el objetivo de promover un cambio de hábitos y estilo de vida, de tal manera que esto suponga una mejora de su salud, así como conseguir en los próximos años unos mayores estándares de salud y tener un mayor conocimiento de la propia salud.

Las primeras fases del programa se centrarán especialmente en colectivos de gente sedentaria y con factores de riesgo cardiovascular.

Este plan actúa sinérgicamente con las acciones destinadas a mejorar la dieta de la población con consejos sencillos y persistentes y que se caracterizan por moderar el consumo de calorías e impulsar la dieta mediterránea, así como, con la campaña dirigida a la erradicación del tabaquismo.

Conseguir estos objetivos, además de mejorar la salud de la población de manera inmediata, repercutirá en un ahorro en la factura sanitaria de Catalunya que podría oscilar entre los 280 y 300 millones de euros en los próximos 15 años, tal como ha puesto de manifiesto el estudio realizado –últimamente– por la empresa Atlas-Antares, con la colaboración del Consell Català de l'Esport (CCE), el Departament de Salut y Esade.

Los profesionales de la atención primaria de salud son la pieza clave sobre la que se centra toda la intervención que propone el programa.

Para la implantación de este programa es esencial la colaboración y la participación activa de los profesionales de la atención primaria de salud, con la finalidad de que utilicen la prescripción del ejercicio físico como instrumento terapéutico y también como recurso de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Uno de los elementos facilitadores del PIP para la mejora de la prescripción del ejercicio físico desde la atención primaria es la introducción de los especialistas en Medicina de la educación física y el deporte como consultores de las Áreas Básicas de Salud.

Estos médicos del deporte trabajarían con proximidad de los Equipos de Atención Primaria como consultores y promotores, de modo que estarían a disposición de los equipos de primaria como atención especializada.

Desde los ayuntamientos escogidos para formar parte del PIP, también hay el compromiso de activar los recursos municipales existentes, mejorando las rutas e itinerarios municipales de caminadas, senderismo, carriles-bici, zonas peatonales, actividades en los centros cívicos y municipales, etc. Esta actuación es primordial para la implantación del programa porque puede representar el factor que provoca la adherencia de las personas en la actividad física y el incremento de la cultura para la realización del ejercicio.

El programa está dirigido –inicialmente– a personas con enfermedades como la obesidad, la hipertensión, la diabetes, las dislipemias y para las personas sin patología específica (sedentarios), pero que sean tributarias de un programa de ejercicio físico.

### 3. Procedimiento

Será el **equipo de atención primaria** el que propondrá a un número limitado de usuarios incorporarse a un programa de ejercicio físico de manera adaptada a su caso.

Esta recomendación se podrá hacer de tres maneras:

- a) Consejo no supervisado: El equipo de atención primaria aconseja al paciente “*Caminar, pedalear, nadar, hacer tai-chi, bailes de salón, etc.*”
- b) Consejo asesorado: El equipo de atención primaria asesora al paciente para hacer unas determinadas actividades físicas y lo controla periódicamente.
- c) Consejo/prescripción de ejercicio físico supervisado: El equipo de atención primaria lo deriva a una instalación o al médico especialista en medicina del deporte para que realice un programa específico de “*Gimnasia correctiva*” o “*Natación terapéutica*”, por ejemplo, y que lo lleve a cabo, preferentemente, en una determinada instalación deportiva pública concertada.

**ACTIVIDAD FÍSICA NO SUPERVISADA**

**EJERCICIO FÍSICO ASESORADO**

**EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO**

Los pacientes que precisen supervisión directa por causa de patología asociada, serán derivados a grupos de trabajo específico bajo la dirección de un técnico en educación física (CAFE). La ubicación del mismo será en una instalación deportiva pública, de forma preferente, o privada.



## 4. Modelo organizado

### 4.1. NUEVA PRPUESTA ORGANIZATIVA 2006 Y 2007

En consonancia con el esquema planteado al inicio de este documento y para desplegar el PIP y la creación futura de la oficina PIP, consideramos necesario reestructurar el equipo de trabajo para conseguir los objetivos previstos.

**Responsables del Programa PIP:** Dr. Antoni Plasència y Sr. Manel Ibern

**4.1.1. DIRECTORES EJECUTIVOS:** Dr. Josep M<sup>a</sup> Pons y Dr. Mario Lloret

#### 4.1.2. COORDINADORES DE ÁREA

- Área de Coordinación de CAP's y Regiones sanitarias
- Área de Coordinación Medico-deportiva
- Área de Coordinación de Instalaciones
- Área de Coordinación de Técnicos y control de datos

Estos directores y coordinadores de áreas (**Equipo u Oficina PIP**) tendrán la responsabilidad de la coordinación territorial médica y técnica.

#### 4.1.3. COORDINADORES TERRITORIALES MÉDICOS

Coordinan la región sanitaria, UME's de los hospitales de referencia y los CAP's del territorio desde la propia región sanitaria:

- Región sanitaria de Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre
- Región sanitaria de Girona
- Región sanitaria de Lleida y Alt Pirineu/Aran
- Región sanitaria de Catalunya centro
- Región sanitaria de Barcelona

#### FUNCIONES

- Contactar con el concejal de sanidad o salud pública para coordinar las acciones concretas del municipio.

- Contactar con los hospitales de referencia.
- Seleccionar los CAP (coordinadamente con la región sanitaria).
- Contactar con los CAP y con los concejales de salud municipales.
- Coordinar la Formación en los CAP.
- Dar instrucciones para el consejo médico de la prescripción del ejercicio.
- Informar de los recursos municipales en AF. Tener claro el consejo general.
- Informar del consejo asesorado.
- Tener claras las claves del consejo asesorado.
- Informar del consejo específico y derivar al paciente a la instalación para el seguimiento supervisado.
- Tener claros los programas que se llevarán a cabo en su instalación o instalaciones de referencia.
- Coordinación con el técnico territorial para mejorar el programa PIP.

#### 4.1.4. COORDINADORES TERRITORIALES TÉCNICOS

Coordinan las instalaciones deportivas y las actividades -en materia d'AF para la salud- de los ayuntamientos respectivos **desde la representación territorial** correspondiente:

- a) Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre
- b) Girona
- c) Lleida y Alt Pirineu/Aran
- d) Catalunya centro
- e) Barcelona comarcas
- f) Barcelona

#### FUNCIONES

- Contactar con el concejal de Deportes o director técnico del municipio para coordinar acciones.
- Contactar con las instalaciones.

- Fomentar, conjuntamente con el municipio, las actividades de tipo general (Caminatas, rutas cardiosaludables, marchas en bici, marchas a pie, etc.), marcar intensidades, duración, dificultades y las características técnicas más favorables.
- Coordinar esta actuación con la FATEC.
- Coordinar la edición de estas actividades en la maquetación oficial PIP.
- Coordinar la Formación de los técnicos de las instalaciones.
- Informar de las características técnicas de las fichas de la Guía e informar de la página web por el consejo asesorado.
- Velar para la cantidad de los programas específicos de las instalaciones. Dar las instrucciones adecuadas para que los usuarios de programas específicos cumplan los seis meses de curso. Y dar instrucciones para que estos usuarios pasen a programas semidirigidos o generales.
- Coordinar con el territorial médico para mejorar el programa PIP

#### 4.1.5. PERSONAL CIENTÍFICO DE SOPORTE

Las becas AGAUR/INEFC nos permiten tener becarios investigadores que procesen los datos del PIP y se obtengan resultados. Actualmente hay una persona en el CAR y a inicios del próximo año 2007 se podrá contar con otra persona.

*Practicums* LCAFE. La posibilidad de tener alumnos de las facultades de Actividad Física cursando la asignatura troncal del *Practicum* nos permite hacer la recogida de datos de las instalaciones e iniciar la entrega de datos a la "oficina central del PIP".

#### 4.1.6. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Necesitamos estructura administrativa propia para ajustar todo el engranaje y liberar de esta función a la estructura administrativa actual del CCE, que está asumiendo toda la carga laboral del PIP, a parte de la propia de la Unitat d'Esport i Salut del CCE.

#### 4.2. MODELO DE FORMACIÓN

El modelo de formación del PIP<sup>20</sup> se ha llevado a cabo para la Coordinación del PIP y con la colaboración de sociedades científicas e instituciones universitarias, así como del COPLEFC y la ACEMEFIDE. El Consell Assessor de promoció de l'activitat física per a la salut, ha aprobado los contenidos, y laboratorios Menarini ha financiado y editado la 1ª edición de documentos para el PIP<sup>20</sup>.

La 2ª fase del Programa PIP, o PIP<sup>75</sup>, se llevará a cabo con las siguientes líneas de formación:

### 1. Cursos de formación de formadores para la Prescripción del ejercicio físico para médicos de atención primaria

**Objetivo:** Formar a los médicos de primaria para que ellos mismos hagan la formación (sesiones formativas) en los CAP's respectivos, con la colaboración –si cabe- del médico del deporte asignado al CAP.

Los CAP's que no dispongan de médicos de primaria formados para la realización de las sesiones formativas, harán la formación a partir del médico del deporte asignado al CAP respectivo.

**Organiza:** Departament de Salut, CCE, CAMFIC, SCME y IES.

### 2. Curso de formación en Prescripción del ejercicio físico para médicos de atención primaria en los CAP

**Objetivo:** Formar a los EAP para el despliegue del PIP en Catalunya

**Organiza:** Departament de Salut, CCE, CAMFIC, SCME y IES.

## 1. DIRECCIÓ DELS CONTINGUTS

**(Dr. C. Vallbona)**

Representants institucionals:

SGE + Dep. de Salut

Dr. Mario Lloret + Dr. J.Ma Pons

**OBJECTIU:** Finançar, editar i publicar.

## 2. CONSELL ASSESSOR

**OBJECTIU:** Aprovar els continguts

## 3. COMITÉ CIENTÍFIC

Societats científiques i Institucions universitàries

(Representats al Consell Assessor)

**OBJECTIU:** Validar-los i proposar-los al Consell Assessor

## 4. COMITÉ DE REDACCIÓ

Societats científiques i Institucions universitàries

(Representats al Consell Assessor)

**OBJECTIU:** Coordinar el redactat de la guia

### 3. Curso de formación en Prescripción del ejercicio físico para técnicos de instalaciones deportivas

**Objetivo:** Formar a los técnicos para el despliegue del PIP en Catalunya

**Organiza:** Departament de Salut, CCE, CAMFIC, SCME, COPLEFC y IES.

### 4. Curso de Prescripción del ejercicio físico para médicos del deporte

**Objetivo:** Dar uniformidad a todos los médicos que serán consultores respecto al PIP y a la prescripción del ejercicio con enfermedades crónicas.

**Organiza:** Departament de Salut, CCE y SCME

## 5. Proyecto de expansión (PIP<sub>75</sub>). 2006-07

El PIP tendrá una expansión en casi todas las capitales de comarca siguiendo un criterio de equilibrio territorial y de equidad de recursos. Será un modelo descentralizador.

### 1. Alt Pirineu y Aran

- En las seis comarcas de esta región sanitaria está previsto abrir **4 CAP's y 4 instalaciones.**

### 2. Lleida

- En las seis comarcas de esta región sanitaria está previsto abrir **6 CAP's y 6 instalaciones.**

### 3. Camp de Tarragona

- En las seis comarcas de esta región sanitaria está previsto abrir **9 CAP's y 9 instalaciones.**

### 4. Terres de l'Ebre

- En las cuatro comarcas de esta región sanitaria está previsto abrir **4 CAP's y 4 instalaciones.**

## 5. Catalunya central

- En las cinco comarcas de esta región sanitaria está previsto abrir **10 CAP's y 10 instalaciones.**

## 6. Girona

- En las siete comarcas de esta región sanitaria está previsto abrir **10 CAP's y 10 instalaciones.**

## 7. Barcelona

- En las siete comarcas de Barcelona se debe de tener en cuenta:
  - a) Comarcas de Barcelona. En esta región sanitaria está previsto abrir **19 CAP's y 19 instalaciones.**
  - b) Barcelonès. En esta región sanitaria está previsto abrir **un máximo de 15 CAP's y 15 instalaciones.**

**Total: 77 CAP's y 77 instalaciones**

1. El equipo de coordinación del PIP estará integrado por 12 personas.
2. Intervendrán 24 Unidades de medicina del deporte concertadas, dando soporte y consultoría a los 77 CAP's de Catalunya.
3. Seis licenciados en CAFE orientarán y apoyarán las actividades municipales y de las instalaciones desde las Representaciones Territoriales de la SGE en Catalunya.

**Previsión 2007-08: 150 CAP's, aprox. + 150 instalaciones (máximo)**

## 6. Otras actuaciones

Desde la dirección ejecutiva del Programa PIP se está llevando a cabo la coordinación de diferentes actuaciones como:

## 6.1. LA GUÍA DE PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO PARA LA SALUD

Que tiene como finalidades relevantes:

- **Concienciar a los profesionales del ejercicio físico y la salud** de la necesidad de promover el ejercicio físico saludable como un método de prevención y tratamiento de las enfermedades propias de una sociedad avanzada y cada vez más sedentaria.
- **Ser un instrumento de referencia para la prescripción del ejercicio físico con finalidades saludables**, coordinado y consensuado entre los diferentes sectores profesionales implicados en el consejo y prescripción de actividad física saludable, con el apoyo de conocimientos basados con la máxima evidencia científica.
- Utilizar **el ejercicio físico como instrumento de promoción de la salud** viendo los beneficios de la práctica de la actividad y ejercicio físico, no sólo en individuos presuntamente sanos, sino en personas con "ciertas limitaciones" para la práctica deportiva.
- Aportar **Fichas de Prescripción de Ejercicio Físico Saludable (Fichas PEFS)** de aquellas patologías que pueden condicionar la práctica de ejercicio físico y de deporte.
- **Consensuar y unificar criterios, nomenclatura y pautas de trabajo** entre los profesionales de la salud y los responsables de la elaboración de programas de ejercicio físico.
- Favorecer la participación de todos los profesionales implicados en el consejo del ejercicio físico como instrumento terapéutico en todos los ámbitos.
- Establecer y remarcar la importancia de la realización periódica de **las valoraciones funcionales medico-deportivas (VFME)** en la detección de los condicionantes físicos individuales y consecuente adaptación de la práctica deportiva.
- Impulsar la utilización de protocolos para evaluar los diferentes componentes de la condición física y proponer modelos.

## 6.2. EL ESTUDIO DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA SALUD COMO MEDIO DE REDUCCIÓN DEL GASTO SANITARIO

Este estudio realizado por la empresa Atlas y supervisado por el CCE y el Departament de Salut, bajo la revisión científica de ESADE y del Dr. Carles Vallbona, tiene como principales conclusiones las siguientes:

“Por un euro invertido de forma exclusiva en promoción deportiva se produce un ahorro de 50 euros aproximados en salud, acumulados durante 15 años, según el modelo PIEC 2004”.

Es importante destacar que en el Modelo PIEC, modelo escogido como referente para calcular el ahorro, se establece un período de 15 años para conseguir el incremento de práctica deportiva definida así como la distribución del gasto presupuestado.

Por tanto esta relación, un euro de inversión 50 euros de ahorro, se producirá si:

- Aumenta la práctica deportiva según la previsión de la encuesta de la práctica deportiva.
- Si se invierten los recursos definidos en el PIEC para el despliegue de la red de equipamientos deportivos, básica, escolar, complementaria.
- Se desestima el impacto que el aumento de la edad puede tener en el estado físico de las personas.

Se debe tener en cuenta que el cálculo se ha realizado para el total de practicantes regulares deportivos de tres horas a la semana o más, que ya están produciendo ahorro.

### 6.3. SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PIP

Es necesario por parte de los responsables del PIP medir el efecto que tiene este plan respecto a los pacientes que están incluidos en el programa deportivo y valorar sus efectos. Igualmente será necesario evaluar el proceso establecido desde la diagnosis hasta la prescripción del programa.

Se harán entrevistas a las personas que integran el proceso de prescripción de la actividad física. Se hará un trabajo de campo con los programas de las instalaciones y los programas de salud de los municipios.

# Manuel Palencia Alejandro

Jefe de Proyectos de Salud y Bienestar Físico  
Grupo Mahou-San Miguel

## M<sup>a</sup> Angeles Viña

Coordinadora de Vigilancia de la Salud. Jefe Médico del Área Industrial  
Grupo Mahou-San Miguel

### Programa “A Tu Salud”: “La Actividad Deportiva como estrategia de Salud en el Grupo Mahou – San Miguel”

#### Resumen

En esta ponencia se describen los métodos empleados por el Departamento de Prevención de MAHOU - SAN MIGUEL para realizar una verdadera Vigilancia de la Salud que, dando sobrado cumplimiento a la legislación, mejore la calidad de vida de toda su plantilla mediante la detección precoz de las alteraciones físicas que pudieran derivar en una disminución de la salud a corto, medio o largo plazo, y la aplicación de nuevas técnicas de información, formación, ejercicio físico controlado, correcta nutrición, etc.

#### Palabras clave

Prevención, actividad física, vigilancia de la salud, espalda, obesidad, nutrición.

#### Introducción

El departamento de Prevención del Grupo Mahou-San Miguel lleva a cabo diferentes programas de salud para sus trabajadores, con actividades basadas en la educación, estudio y dirección del estado de salud individual de cada uno de ellos. El seguimiento en la actividad física, talleres de cuidado de la espalda, la deshabituación del tabaco, o el análisis clínico de los empleados que lo deseen, constituye sólo una parte del programa de salud que hemos llevado a cabo y de los métodos utilizados.

Los índices de baja laboral por la falta de hábitos higiénicos en la alimentación y el ejercicio físico resulta una constante en el universo de los trabajadores, aquejados por una falta de conocimiento riguroso en cuestiones de primer orden: qué comemos, cómo, cuándo y cuánto, que “deporte” hacemos, de qué manera, con qué ropa, en qué tiempo, qué hábitos posturales tenemos, etc. Una información global, distribuida bajo determinados intereses, a destiempo, y bajo el enfoque de pasatiempo, produce en el individuo un desconcertante caos que lo conduce a hábitos de moda, o falso bienestar que confunde y deteriora al individuo. Por otro lado, el sedentarismo produce mermas que se acusan solapadamente bajo síntomas confusos.

#### Estado de la cuestión. Objetivos

En Europa occidental, el 47 % de las muertes en mujeres y el 39 % en hombres se debe a enfermedades del corazón y las arterias: más que las muertes de todos los cánceres sumados. Hoy día los médicos son capaces de salvar al 90 % de los pacientes que llegan a urgencias con un infarto, pero no son capaces de evitar que lo tengan. Según la OMS las víctimas aumentarán en los próximos años hasta 25 millones en 2020.

Como nos relata el prestigioso Dr. Fuster, autor del libro La Ciencia de la Salud, “aunque cada día hay mejores métodos de diagnóstico y mejores tratamientos, también cada día hay más enfermos. Es la hora de la prevención”<sup>1</sup>.

La inquietud acerca de la salud es una constante en la “sociedad del bienestar” actual que no sólo afecta al ciudadano de a pie sino que abarca las perspectivas de instituciones públicas. Preocupadas por conseguir raíces rigurosas que amparen y garanticen un estado de vida óptimo, equilibrado en lo físico y lo psíquico, se

<sup>1</sup> La Ciencia de la Salud. Dr. Valentín Fuster (Director del Instituto Cardiovascular del hospital Mount Sinai de Nueva York, Presidente de la Federación Mundial del Corazón y Presidente del comité científico del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares). Ed. Planeta. 2006.

promueve la Resolución WHA55/23 sobre Régimen alimentario, actividad física y salud de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, que surge en el Día mundial de la Salud, celebrado en el mes de mayo de 2002 en Sao Paulo (Brasil), con la participación de la Directora General de la OMS<sup>2</sup>. Esta resolución insta a los estados miembros a celebrar anualmente, a partir del año 2003, un día dedicado a la concienciación con el lema “Por tu salud, muévete”, e incentivar así la actividad física como elemento fundamental de salud y bienestar.

Entre los datos destacados del mencionado informe cabe resaltar que el 60% de la población adulta de todo el mundo no realiza suficiente actividad física; asimismo resulta alarmante el hecho de que el sedentarismo habitual provoque 1,9 millones de muertes al año<sup>3</sup>.

Otra muestra del interés que despierta el tema tratado en organizaciones de régimen internacional resulta del hecho de que también, al mismo tiempo, los organismos de la OMS y la FAO<sup>4</sup> publiquen un informe, realizado por expertos independientes, sobre la dieta, la nutrición y la prevención de enfermedades crónicas en el que se proponen identificar nuevas recomendaciones sobre el régimen alimentario y la actividad física, con sugerencias para modificar la dieta cotidiana y aumentar el gasto de energía.

La indiscutible valía de esta publicación adquiere su más alto grado cuando es sometida a reflexión por estudiosos de la categoría del Dr. Ricardo Uauy, Director del Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos de la Universidad de Chile y profesor de la Escuela de Higiene y Medicina tropical de Londres, que presidió y colaboró con el grupo de expertos. El Doctor hace hincapié en que “el informe tiene una gran importancia porque se basa en las mejores pruebas científicas actualmente disponibles sobre la relación entre régimen alimentario, la nutrición y la actividad física por una parte, y las enfermedades crónicas por otra y, además, está avalado por el dictamen colectivo de un grupo de expertos formulado desde una perspectiva mundial”<sup>5</sup>.

No cabe duda de que ampliar el punto de mira a una población mundial, como señala el doctor Uauy, hace pensar que las sugerencias que figuran en él, para modificar la dieta cotidiana y aumentar el gasto, son necesidades inmediatas.

<sup>2</sup> Utilizaremos las siglas OMS para referirnos a la Organización Mundial de la Salud.

<sup>3</sup> OMS, Informe de la Asamblea Mundial de la salud, 2002

<sup>4</sup> FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

<sup>5</sup> OMS y la FAO, Informe de expertos independientes sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas, 2003

Los datos empiezan a ser demasiado alarmantes: en otro informe, elaborado por los Centros de control y prevención de enfermedades (CDC) de Estados Unidos, se han analizado las causas de muerte más frecuentes en el país. La información se centra en el incremento de decesos, atribuibles a una dieta inadecuada y a la falta de ejercicio físico. Además, se indica que si no se soluciona el problema de sobrepeso en EEUU, la obesidad será en los próximos años la primera causa de muerte.

La sociedad americana dedica una parte importante de los gastos a la atención sanitaria y esta dedicación continúa aumentando. Se calcula que en el año 2003 el capital ajustado para estos fines fue de 1,66 mil millones de dólares y gran parte de estos gastos se correspondieron con afecciones y enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Sobre los empresarios recae una parte considerable de los costos asociados a estos trastornos crónicos susceptibles de ser prevenidos. Por ejemplo, los problemas de la salud relacionados con la obesidad costaron a las empresas de este país aproximadamente trece mil millones de dólares en 1994<sup>6</sup>.

Como respuesta a esta situación se establecen cada vez más iniciativas y programas, tanto públicos como privados, para promover conductas saludables, tal y como indica un informe publicado en septiembre de 2003 por el Departamento de salud y servicios sociales del gobierno de Estados Unidos<sup>7</sup>. El informe revela que los empresarios comienzan a percatarse de que la falta de actividad física, la obesidad, y el consumo de tabaco menoscaban la salud y la productividad de los trabajadores. Algunas de estas empresas, que ponen en marcha programas generales de salud y bienestar, son Pfizer, Motorota, Northeast, Caterpillar y Johnson and Johnson. El modelo que se emplea, por regla general, es la subcontratación de compañías dedicadas al desarrollo de programas de valoración de la salud de los trabajadores y planes de actividad física. Dicho modelo se conoce como Corporate Wellness.

Un concepto que empieza a emerger en Europa y que comprende una filosofía similar es el “*Fitness Metabólico y del Aparato Locomotor*”. Se trataría de aplicar un programa de actividad física a cada persona en función de sus necesidades, también mediante un estudio médico previo.

La situación en España es también preocupante. Desde los datos ofrecidos por la Encuesta nacional de salud de 2001 podemos decir que un 34,4% de los españoles son fumadores y el 16,8 exfumadores. El 50% de la población dice ser sedentaria.

<sup>6</sup> Rev. Panamericana de salud pública, vol. IV no 4 Washington, 2003.

<sup>7</sup> Las empresas estadounidenses promueven formas de vida saludables para reducir gasto sanitario.

No menos alarmante resulta el hecho de que el 14,5% de la población presente obesidad y el 38,5% sobrepeso, condiciones que aumentan vertiginosamente.

En las Jornadas Nacionales de Nutrición de 2005, celebradas en el Colegio de Médicos de Madrid, entre los múltiples datos que podríamos sacar, destacan sobremanera que el 26% de nuestros niños ya son obesos, que sólo el 7% de la población practica ejercicio físico con regularidad, y que hemos perdido en gran medida los hábitos de nuestra maravillosa dieta mediterránea. En nuestro país los costes directos e indirectos asociados a la obesidad suponen un 7% del gasto sanitario total, lo que representa unos 2.500 millones de euros anuales, según datos del Ministerio de sanidad y consumo.

Está claro que la obesidad es ya una epidemia provocada por una alimentación poco saludable y por no practicar actividad física con regularidad. Estas son las principales causas de las enfermedades crónicas.

En la 57ª Asamblea mundial de la salud (Mayo 2004) se aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, cuya meta fue “promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a escala individual, comunitaria, nacional y mundial que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y la falta de actividad física”<sup>8</sup>. En España dicha estrategia se traduce a través del Ministerio de sanidad y consumo en la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad (NAOS).

### **Metodología. Una conducta empresarial distinta para la salud**

La “cultura preventiva” siempre ha sido una cuestión prioritaria y un arma muy eficaz en el desarrollo tanto profesional como personal de los trabajadores del grupo Mahou-San Miguel.

Desde el Departamento de Prevención de Mahou-San Miguel se ha meditado mucho sobre los mecanismos que favoreciesen los programas de prevención, de una manera práctica, real y efectiva. En muchas ocasiones se insiste en generar programas que habitualmente sólo se centran en una labor informativa y no formativa.

<sup>8</sup> Resolución WHA51.18 y WHA53.17 sobre prevención y control de enfermedades crónicas y WHA55.23 sobre dieta y actividad física y salud.

Es por lo que en el año 2001 el planteamiento desde ese Departamento fue dar comienzo a un ambicioso programa de prevención que fuera dirigido a la mejora integral de la salud y el bienestar de los empleados del Grupo, pero que comenzase desde la base y que fuese creciendo a través de los años incorporando nuevas metodologías y donde la participación del propio trabajador sea imprescindible.

En ese año nace el Programa A tu salud donde a partir de un estudio de riesgo cardiovascular realizado a todos los empleados se pensó qué influencia pueden tener los distintos servicios de Vigilancia de la Salud sobre los factores modificables de ese riesgo que no sean los tradicionales consejos médicos.

Éste comenzó con unas conferencias sobre riesgo cardiovascular realizadas en los distintos centros de trabajo y cuyos ponentes son prestigiosos cardiólogos de toda España.

Parte de los primeros recursos se dedican a poner en marcha la Campaña para la Deshabitación del tabaco en la que se contratan empresas especializadas en esta materia para que dirijan las conductas a través de las cuales se pueda evitar el consumo. Además, desde ese año se vienen realizando cursos, a los que asisten fumadores de todas las jerarquías profesionales (trabajadores, mandos, personal directivo, etc.), con un resultado a fecha actual, de un 78% de éxito. Y no menos importante, ha sido comprobar cómo, por mimetismo, algunos trabajadores también han dejado este hábito sin necesidad de ayuda profesional. De manera que el grado de éxito, en este sentido ha sido lo suficientemente óptimo para garantizar que en términos generales, ha habido un descenso considerable del tabaquismo, lo que viene a demostrar que campañas particulares de información dirigidas a un grupo específico, resultan generosas en sus fines.

En paralelo al desarrollo de este programa nace la Campaña de Prevención de riesgos musculoesqueléticos que incluye la tercera parte del anterior programa, es decir el Plan de Actividad Física y Salud y el Taller-Escuela de Espalda. No cabe duda de que la inquietud por una actividad de este calibre está más que justificada en nuestro medio, pero además intentamos ayudar en una educación de higiene postural que garantice un estado agradable más allá del ámbito laboral. En definitiva, colaborar en una educación del cuidado habitual del cuerpo, para que se constituya en un elemento de costumbre igual que cualquier otro hábito higiénico.

Teniendo en cuenta el aumento progresivo de lesiones del aparato locomotor y en concreto del tan temido “dolor de espalda”, desarrollamos la Escuela de Espalda en la que durante tres días, y con una presentación audiovisual incluida, se realizan talleres prácticos basados en ejercicios trabajados con el Método Pilates. Cada participante recibe un Kit del taller que incluye un manual de Pilates, una cinta The-

raband para trabajar la tonificación muscular y ropa deportiva para realizar los ejercicios. Este taller que ha sido un éxito de participación, máxime si tenemos en cuenta que como todos los programas se hace fuera del horario laboral, tiene una característica sobresaliente, que es formación continua y no esporádica o puntual. Cada año se hacen cursos de recuerdo.

Esta tercera fase del programa A tu salud, (Plan de Actividad Física y Salud), comienza como experiencia piloto en la fábrica que el Grupo tiene en Alovera (Guadalajara) y exige unos recursos determinados.

La fábrica dispone de dos salas para uso de los empleados; una con máquinas para ejercicios cardiovasculares (tres cintas de correr, dos elípticas, un step, tres bicicletas y panel de estiramientos) y de tonificación muscular (una plataforma vibratoria y máquinas *Wolff* para tonificación de la espalda), y otra para practicar el Método Pilates de una manera individual (dispone de un Cádillac, dos Reformer, una silla pilates, ring pilates, theraband, y otros elementos necesarios). También, la fábrica, cuenta con un circuito periférico de *footing* de 3.000 m de longitud, con cuatro estaciones preparadas para realizar ejercicios durante la actividad cardiovascular.

La intención del Departamento de Prevención es que todos los trabajadores del Grupo puedan disfrutar, si es su deseo, de este servicio.

Si pensamos en el alto índice de sedentarismo y sus causas, también debemos pensar que las estrategias que lo atenúen o en el mejor de los casos lo eliminen, deben garantizar un esfuerzo con el mayor número de posibilidades de éxito, y orientadas principalmente para que el desarraigo de una actitud general que se basa en la falta de ejercicio, resulte ajena de los hábitos cotidianos. El enfoque del Plan de actividad física y salud debe cumplir cuatro premisas: ha de ser seguro, eficaz, fácil, y corto en el tiempo de ejecución.

Asimismo, se lleva a cabo en dos fases complementarias:

En la primera se practican pruebas de valoración funcional que, partiendo del reconocimiento médico anual, incluye una prueba de valoración muscular con el método *Wolf*, un test funcional de la columna vertebral con *Spinal Mouse*, un test de composición corporal con Tanita, una espirometría y un plan nutricional personalizado con Tanita y Nutriber

## Valoración de la Composición Corporal

La segunda fase se establece desde un plan personalizado de la actividad física. A partir de los datos anteriormente expuestos se prepara a cada individuo un programa de ejercicios aeróbicos con el fin de mejorar su capacidad cardiopulmonar y controlar el peso, además de otras actividades de tonificación muscular y movilidad articular.

El plan Nutricional se diseña con dos programas, Tanita y Nutriber. Estos interesantes programas nos permiten analizar individualmente el gasto calórico y el ingreso energético que necesita el individuo. También dispone de un análisis de la composición de los alimentos con el fin de conocer si están indicados o no en algunas patologías de origen metabólico. Todo ello nos lleva a planear una dieta adecuada a cada individuo y nos permite modificar algunos hábitos nutricionales perniciosos.

Este programa consideramos que tendría poco éxito si no mantiene un seguimiento y control permanente. Para ello a todos los participantes se les cita bimensualmente para nuevas pruebas con el fin, en función de esos nuevos resultados, de poder ajustar aquellos parámetros que nos interesen para su mejor adaptación a la actividad física.

De esta manera se consigue un estado completo e individual de perfeccionamiento físico, que no resulta baladí en tanto que mejora la calidad de la salud, a la vez que ofrece al individuo la seguridad de que no está manteniendo un trato estándar sino de personalización continua. Esa sensación de mejora en su calidad de vida personal, garantiza una actitud positiva de aprendizaje que conduce a la mejora colectiva

En todos los centros de trabajo repartidos por la geografía española, el Grupo tiene concertadas instalaciones deportivas con actividades *wellness* para que los empleados puedan acudir con el dossier de indicaciones que el equipo de Vigilancia de la Salud le haya confeccionado. Las actividades recomendadas son pilates, tai-chi, yoga, gimnasias suaves, *body balance*, *aquagym*, etc., y trabajo de acondicionamiento aeróbico.

## Resultados y conclusiones

Nuestra experiencia con el programa de Actividad Física y Salud comenzó en el año 2005 para todos los centros del Grupo, creando así una actitud general de educación, cuidado y salud, donde tanto los empleados como los diferentes equipos de vigilancia de la salud caminan de la mano, integrándose así, en la cultura preventiva que el Grupo, día a día, lleva a cabo.

En definitiva, podemos afirmar que desde el Departamento de Prevención del Grupo Mahou-San Miguel entendemos que la experiencia minuciosa que venimos elaborando con estos programas destaca no sólo por la participación de los trabajadores (un termómetro testimonial) sino también por la satisfacción que ellos mismos manifiestan con los resultados, un dato más para tener en cuenta. Es evidente que los resultados objetivos de los datos que poseemos también apoyan el rigor de estos programas.

Agradecemos a la dirección del Grupo Mahou-San Miguel su constante apoyo a las propuestas del Departamento de Prevención y en particular a este Proyecto, así como a todos los empleados del Grupo por su permanente interés y participación en los programas de salud que hemos puesto en marcha.

# Ricardo Ortega Sánchez-Pinilla

Médico Centro Salud Santa Bárbara. Toledo

## Cómo promocionar la salud a través del deporte

### Definición de conceptos

Dentro de la actividad físico-deportiva, existen una serie de términos relacionados entre sí, que se utilizan indistintamente cuando definen cosas diferentes. Estos términos son: actividad física, ejercicio físico, deporte y forma física.

Por actividad física se entiende cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía, medido en kilocalorías, que varía continuamente de bajo a alto, dependiendo de la actividad, y que tiene una correlación positiva con la forma física.

El ejercicio físico supone una categoría de la actividad física, y por tanto comparte la misma definición, pero, además, esa actividad está planificada, estructurada y se hace de forma repetitiva, y su objetivo es el de mejorar o mantener la forma física.

El deporte es otra categoría de la actividad física, en la que dicha actividad está altamente estructurada, dirigida a una meta, gobernada por normas o reglas, que tiene un alto nivel de compromiso, toma la forma de una lucha con uno mismo o incluye la competición con otros, pero que también tiene algunas de las características del juego. Sobre todo implica competición o comparación con uno mismo o con otros. La persona que hace deporte realiza unos entrenamientos para luego ver su resultado en las competiciones, que pueden ser individuales o de equipo.

La forma física se puede definir como el funcionamiento óptimo de los sistemas fisiológicos del organismo o como una serie de cualidades con las que todos nacemos en mayor o menor medida y que son susceptibles de mejora con la actividad física. Estas cualidades, desde el punto de vista de la salud son: la

resistencia cardiorrespiratoria, la resistencia muscular, la fuerza, la flexibilidad y la velocidad.

La resistencia cardiorrespiratoria es la capacidad para transportar oxígeno eficientemente a los músculos o la capacidad para resistir un esfuerzo de intensidad leve moderada de forma indefinida. La resistencia muscular se define como la capacidad para mantener contracciones sucesivas o una sostenida durante mucho tiempo o la capacidad para resistir un esfuerzo de intensidad moderada o alta el mayor tiempo posible. La fuerza es la capacidad para movilizar una carga o vencer una resistencia o una fuerte oposición al movimiento. La flexibilidad es la capacidad para mover las articulaciones en su mayor amplitud de movimiento. Y la velocidad es la capacidad para realizar un movimiento con la mayor rapidez o en el menor tiempo posible.

La actividad física que una persona desarrolla a lo largo de las 24 horas del día, se compone de las actividades de la vida cotidiana, la actividad laboral u ocupacional y la actividad de ocio y tiempo libre. Es en esta actividad de ocio y tiempo libre donde se encuadran el ejercicio físico y el deporte.

La actividad física es una conducta opcional, mientras que la forma física es una condición adquirida. La actividad física modifica la forma física con el tiempo, mientras que la forma física limita la cantidad de actividad física que se puede realizar. Por tanto, la actividad física y la forma física pueden actuar de forma independiente para promover la salud y favorecer la longevidad.

### Beneficios y utilidad de la actividad

Las primeras sospechas de que podía existir una relación entre actividad física y salud surgieron en relación a las actividades de la vida cotidiana, ya que la antigua cirugía china (unos 2.500 años antes de Cristo) animaba a hacer un tipo de vida modelada en el movimiento de los animales, y los médicos griegos Hipócrates y Galeno creían en la importancia de un estilo de vida físicamente activo para el bienestar físico y mental y el tratamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Después, en el siglo XVIII, comenzó a apreciarse el impacto de la actividad laboral u ocupacional en la salud. Así, Ramazzini puso de relieve el bienestar de los mensajeros pedestres en contraposición con la mala salud de trabajadores sedentarios como los zapateros o los sastres. En el siglo XIX, Smith comprobó que la tasa de mortalidad entre los sastres británicos era mucho más alta que entre los agricultores. Y en el siglo XX se han hecho toda clase de comparaciones de actividades labo-

rales u ocupacionales, como conductores y revisores de los autobuses de Londres o estibadores y oficinistas del puerto de San Francisco, que han revelado importantes relaciones del gasto calórico de la actividad con la mortalidad, la enfermedad cardiovascular o el cáncer de colon.

Desde comienzos de las competiciones deportivas, como las regatas de las universidades de Oxford, Cambridge y Harvard, se empezó a observar que la esperanza de vida de esos deportistas tendía a superar a la de la población general; y desde entonces se han encontrado efectos del deporte en el organismo del que lo practica que tienen repercusiones beneficiosas para la salud. Aunque no todo lo que se denomina deporte ha demostrado beneficiar a la salud; por ejemplo, el denominado “deporte del motor”, tan promocionado hoy en día por los medios de comunicación, no ha demostrado que tenga beneficios para la salud.

Como los beneficios comprobados en el deporte venían determinados más por los entrenamientos que por la competición, del deporte competitivo se derivó el concepto de ejercicio físico, que podríamos decir que es algo así como “entrenarse para aumentar la forma física con el objetivo de mantener o mejorar la salud, en lugar del de competir”.

La forma física se puede considerar como un indicador positivo del estado de salud, ya que cada una de sus cualidades refleja la salud de un determinado aparato o sistema. Así, la resistencia cardiorrespiratoria, que nos sirve para realizar actividades cotidianas como andar, subir escaleras o realizar tareas caseras, refleja la salud del aparato cardiovascular y del respiratorio. La resistencia muscular que nos sirve para hacer actividades cotidianas como, por ejemplo, el aseo personas y otras tareas caseras, refleja la salud endocrina y metabólica. La velocidad, que nos sirve para mantener buenos reflejos que nos protejan de los accidentes y lesiones, refleja la salud neurológica. La fuerza, que nos sirve para hacer actividades cotidianas como, por ejemplo, levantarse de sillas o inodoros, o transportar muebles o la compra, refleja la salud muscular. Y la flexibilidad, que nos sirve para hacer actividades cotidianas como, por ejemplo, vestirse/desnudarse o acostarse/levantarse, refleja la salud ósea y articular.

Con un mayor desarrollo de esas cualidades de la forma física podremos hacer todas esas tareas de la vida cotidiana con mayor calidad y menor probabilidad de enfermar o lesionarnos.

La actividad física sirve para evitar que las personas sanas desarrollen los factores de riesgo que llevan a la enfermedad (prevención primordial), como han demostrado numerosos estudios realizados con hombres y mujeres de la segunda y tercera

edad, en los que se pretendía averiguar si la actividad física disminuía el riesgo de diabetes tipo 2, hipertensión o hiperlipemia, y las conclusiones fueron que los individuos activos sin factores de riesgo, con gastos calóricos altos, que comienzan a practicar deportes moderadamente intensos o que aumentan su actividad física de tiempo libre tienen menor riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión o alteraciones lipídicas. Sirve para evitar que las personas con factores de riesgo desarrollen la enfermedad (prevención primaria), como han demostrado otros estudios realizados también con hombres y mujeres de la segunda y tercera edad, en los que se pretendía averiguar si la actividad física disminuía el riesgo de incidencia de cardiopatía coronaria, enfermedad cardiovascular o accidente cerebrovascular, y las conclusiones fueron que los individuos activos, con gastos energéticos altos, que aumentan su actividad física de tiempo libre o que mantienen una alta forma física tienen menor riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria, enfermedad cardiovascular o accidente cerebrovascular; y otros en los que se pretendía averiguar si la actividad física disminuía el riesgo de mortalidad cardiovascular o coronaria, y las conclusiones fueron que los individuos que hacen ejercicio (3d/s,  $\geq 20$ min) o mantienen una buena forma física tienen menor riesgo de mortalidad cardiovascular y coronaria. Y sirve para evitar que las personas que ya han desarrollado una enfermedad se mueran (prevención secundaria), como han demostrado otros estudios, realizados también con hombres y mujeres de la segunda y tercera edad, con enfermedad cardiovascular, infarto de miocardio o cardiopatía coronaria, en los que se pretendía averiguar si la actividad física disminuía el riesgo de mortalidad cardiovascular, general o de reinfarcto, y las conclusiones fueron que los individuos con enfermedad cardiovascular, cardiopatía coronaria o isquémica que realizan actividad física moderada, la mantienen o la aumentan tienen menor riesgo de reinfarcto y mortalidad cardiovascular.

Pero el deporte tiene otros valores poco estudiados, que no son precisamente el espectáculo que ofrecen ni las medallas en competiciones internacionales que puede aportar a un país. Los verdaderos valores del deporte son las virtudes que inculca en las personas que lo practican, además de los beneficios que obtiene su salud.

Las virtudes que le aporta la práctica deportiva al deportista pueden tener alguna variación, dependiendo de que el deporte sea de carácter individual o de equipo. En ambos casos, las personas que se someten a una serie de entrenamientos regulares, que suelen ir aumentando en cantidad e intensidad a medida que va transcurriendo la vida deportiva, con vistas a obtener el mayor rendimiento deportivo posible en la competición, van adquiriendo una mayor fuerza de voluntad, una mayor capacidad de sacrificio, un ordenamiento más provechoso de las actividades de su vida cotidiana, una mayor disposición para el trabajo físico, una mayor resistencia al sufrimiento y la fatiga, una mayor tenacidad en la persecución de todos sus

objetivos, una mayor predisposición al cuidado de su cuerpo, una mayor competitividad, un respeto y admiración hacia los rivales más fuertes, una comprensión y valoración positiva de los rivales más débiles, una mayor capacidad de relación (superación de la timidez) y de establecimiento de amistades, una aceptación de las reglas del juego, una capacidad para elaborar estrategias...

Además, en los deportes de equipo se aprende a compaginar el esfuerzo con el de los demás, a aceptar la disciplina del equipo, a valorar positivamente las virtudes y pasar por alto los defectos de los compañeros, a comprometerse con otras personas, a convivir con ellas en viajes y alojamientos, a ampliar el círculo de amigos, a consolarse en los malos momentos y a disfrutar de los buenos.

Y en los deportes individuales en los que se lucha por una clasificación de equipo, también se aprende a pensar en los demás valorando el esfuerzo de los compañeros, esforzándose más por el éxito del equipo, sacrificando un posible lucimiento personal para ayudar a un compañero en aras del éxito del equipo; se aprende el sentimiento por unos colores o un nombre, el sentido del deber de servicio a esos colores o a ese nombre.

Todas esas virtudes que la práctica deportiva proporciona son justamente las que va perdiendo paulatinamente la sociedad actual, que la van desviando por unos derroteros cuyas consecuencias todavía no podemos calcular, pero seguro que serán muy negativas. Y esto es debido, al menos en parte, a que la promoción que se hace desde los agentes más influyentes, que son los medios de comunicación, va dirigida a conseguir una sociedad inactiva, que emplee su tiempo libre en asistir a la contemplación de espectáculos deportivos, en directo o por televisión, que con el tiempo se traducirá en una sociedad cada vez más enferma física y psíquicamente, en lugar de esforzarse por conseguir una sociedad cada vez más activa físicamente que con el tiempo se traduzca en una sociedad cada vez más sana física y psíquicamente.

Si uno pasa revista a toda la publicidad que se hace sobre acontecimientos deportivos, cuando se anuncia, por ejemplo, una competición de natación, de ciclismo, de esquí, de baloncesto, de gimnasia y, por supuesto, de fútbol, se hace para captar espectadores, para que la gente vaya a verlo en lugar de a practicarlo. Los únicos anuncios que se hacen para que la gente participe en lugar de para que vaya a verlo, son los de las diferentes carreras populares, incluidos los maratones, que tanto han proliferado afortunadamente en la sociedad actual.

### **¿Qué se puede hacer entonces para promocionar la actividad física dirigida a la salud en la población?**

Los médicos ya estamos haciendo lo que podemos, que se limita a proporcionar consejo sanitario sobre ejercicio para aumentar los niveles de actividad de nuestros pacientes y a instituir algunos programas de ejercicio supervisado para tratamiento o rehabilitación de algunos enfermos. Pero faltan acciones de la administración o las instituciones que tengan mucho mayor alcance del que tenemos los médicos.

En los niños y adolescentes (8 a 21 años) se requieren ideas para: potenciar el deporte escolar, haciendo que sus competiciones sean verdaderamente atractivas y proporcionen el disfrute necesario para que este grupo de población esté deseoso de practicarlo; incentivar suficientemente a los profesores de educación física para que, además de enseñar a los alumnos a adquirir y desarrollar las diferentes destrezas que contempla el currículo para las clases de educación física, dediquen un tiempo extra a organizar, dirigir y entrenar a los equipos deportivos del colegio; estimular la competitividad entre colegios del prestigio adquirido a través de sus equipos deportivos, porque como ha comprobado recientemente un estudio americano, los niños que se involucran en actividades físicas intensas rinden más académicamente.

Para adultos jóvenes (22 a 40 años) hay que buscar también ideas que: posibiliten a todos los sujetos de este grupo de población que no han llegado a ser deportistas de alto nivel, seguir manteniendo la práctica deportiva desarrollada en el colegio, con competiciones interesantes y que les proporcione algún tipo de satisfacción diferente a lo que ofrece la competición deportiva actual; incentiven la organización de clubes que den cobertura y actividades a este tipo de deportistas, que promuevan la práctica de sus respectivos deportes entre la población desde el punto de vista de la diversión y la utilización sana del ocio y tiempo libre, y que organicen competiciones en las que prime la cantidad sobre la calidad; estimulen el orgullo de representar al pueblo, la ciudad o la provincia en competiciones de carácter regional, como eran los antiguos Juegos de la Mancha de la Comunidad de Castilla La Mancha, en las que los participantes sean originarios de esos lugares y no procedentes de otros y fichados al efecto.

En los adultos maduros (41 a 64 años) se precisan esfuerzos de promoción del ejercicio físico de tiempo libre, a través de anuncios en medios de comunicación o incluso programas de televisión específicos para esta promoción. Como el tipo de ejercicio más universal, por estar al alcance de todos, y que más beneficios de salud produce con menos tiempo de dedicación es la carrera a pie, que además va incrementando poco a poco el número de practicantes, habría que dedicar más apoyo y recursos a las organizaciones de las carreras populares, así como a los

clubes o asociaciones que se dedican a la promoción de este tipo de ejercicio, con el único objetivo de que sus afiliados disfruten de la competición y de los beneficios de salud y de socialización que esta práctica les aporta. A este respecto, un programa de televisión que proporcionara información, noticias, reportajes, entrevistas y abordaje de casos particulares o solución de dudas acerca de entrenamientos, competiciones, aspectos médicos y equipación.

En este grupo de población también es necesario que los patronatos deportivos municipales ofrezcan una oferta amplia y atractiva de clases de gimnasia de mantenimiento. Y para enfermos que no puedan correr o hacer la gimnasia de mantenimiento, sería deseable que las instituciones sanitarias y deportivas se pusieran de acuerdo para establecer, conjuntamente, programas de ejercicio supervisado específicos de cada patología, en los que las instituciones deportivas pusieran los monitores y a los que los médicos pudiéramos derivar a los pacientes.

Por último, en las personas de la Tercera Edad (65 años o más) se necesita aumentar y promocionar más los programas de ejercicio en grupo que existen en numerosos municipios, pero extendiéndolos también a personas mayores con algún grado de incapacidad e incluyéndolos en el Plan Nacional de Lucha contra la Dependencia, en el que no he oído que se contemplen acciones específicas con ejercicio, cuando es la intervención que mayor impacto puede tener en la prevención de la inmovilidad y dependencia.

# Dr. Francisco Marqués Marqués

Subdirector de Epidemiología, Prevención, Promoción de Salud y Sanidad Ambiental  
Dirección General de Salud Pública y Alimentación  
Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

## Resumen de la Mesa Redonda 5

El estilo de vida actual es sin duda la principal causa de sedentarismo en la población. La mecanización del trabajo, el uso contemplativo de la televisión, la falta de ejercicio físico en el tiempo de ocio, son factores que, junto con los cambios producidos en el hábito alimenticio, conducen, inevitablemente, a sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, hace más de 50 años que sabemos que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad son particularmente propiciadas por la falta de actividad física. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que dicha falta de actividad provoca más de dos millones de muertes al año.

La combinación de una dieta inadecuada, una actividad física insuficiente y el consumo de tabaco son la causa de hasta el 80% de las cardiopatías coronarias prematuras. Por otro lado la falta de actividad física aumenta sustancialmente el riesgo de hipertensión arterial, dislipemias, osteoporosis, depresión y ansiedad.

En esta Mesa Redonda se han abordado diversos aspectos relacionados con la práctica de actividad física, como determinante de salud de la población. Desde la visión de la medicina de familia y comunitaria, el papel de las instituciones sanitarias y deportivas como promotoras de salud, y la experiencia de una empresa tipo, hemos podido analizar las oportunidades que nos brindan diversos escenarios de actuación.

Durante el debate posterior con el auditorio se ha puesto de manifiesto la necesidad de incorporar a los licenciados en educación física y deporte, a los médicos deportivos y a los terapeutas deportivos, en programas de promoción de la salud.

Esta necesaria colaboración no puede ser sólo multidisciplinaria, ha de ser interdisciplinaria. Los expertos deportivos deben conocer las enfermedades y limitaciones de algunas personas para la práctica del ejercicio físico o la práctica deportiva, y los sanitarios deben capacitarse en las áreas de conocimiento de la actividad física y deportiva.

Como **conclusiones** principales de la mesa podemos señalar, entre otras, las siguientes:

- a) La promoción de la salud, a través de la actividad física o deportiva, requiere de un esfuerzo importante de las instituciones. Para ese esfuerzo colectivo hay que poner a trabajar conjuntamente a las instituciones sanitarias, deportivas y educativas.
- b) Para mejorar la salud de la población será importante que, desde la atención primaria de salud se prescriba la práctica de actividad física como un elemento clave para la prevención de enfermedades y la mejora de la salud y de la calidad de vida de nuestros ciudadanos.
- c) Las empresas, medianas y grandes, han de incorporar programas de actividad física y hábitos saludables de vida, como un elemento de promoción de la salud, y no como un bien social.