

**PLAN GALEGO
PARA O FOMENTO DA
ACTIVIDADE FÍSICA**

(Alianza estratéxica horizonte 2020.
Aprobado polo Parlamento Galego
o 27 de decembro de 2011)

2011
2015



XUNTA
DE GALICIA

“O boom do exercicio non é só unha moda pasaxeira; é o regreso á actividade natural para a cal están construídos os nosos corpos e que facilita o correcto funcionamento da nosa bioquímica e nosa fisioloxía. Vista dende a perspectiva da evolución, a existencia sedentaria, que só foi posible para un gran número de persoas durante o último século, representa unha aberración transitoria e antinatural.”

(Vancouver y APA, Eaton, Shostak e Konner, 1998, páx. 16)(1)

“Promover a execución de intervencións... implicando a todos os sectores competentes, á sociedade civil e ás comunidades que corresponda e adoptando as seguintes medidas:

a) Alentar a elaboración de políticas públicas multisectoriais que creen ámbitos equitativos de promoción da saúde que empoderen ás persoas, ás familias e ás comunidades para que adopten decisións saudables e leven vidas saudables...

d) Promover a aplicación da Estratexia Mundial da OMS sobre o Réxime Alimentario, Actividade Física e Saúde, entre outras cousas, segundo proceda, introducindo políticas e medidas encamiñadas a promover dietas sas e a aumentar a actividade física de toda a poboación, mesmo en todos os aspectos da vida cotiá, por exemplo dando prioridade as clases de educación física periódicas e intensas nas escolas, á planificación e reestruturación urbanas para o transporte activo, ao ofrecemento de incentivos para que se executen programas sobre estilos de vida saudables no lugar de traballo e a maior dispoñibilidade de ámbitos seguros nos parques e espazos de recreación públicos para alentar a actividade física...”

(Declaración Política da Reunión de Alto Nivel da Asemblea Xeral sobre a Prevención e o Control das Enfermidades Non Transmisibles, setembro de 2011, art.º 43) (2)

Nómina de participantes na elaboración do Plan galego para o fomento da actividade física Galicia Saudable.

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
Rodríguez del Corral, Miguel
Rozas Bello, José Manuel
Suárez Vilela, Jacobo
Tarducci, Gabriel Omar
Tojo Mosquera, Luís
Zarzalejo Tirado, Isabel

Nómina de institucións, organizacións e asociacións que colaboraron na elaboración do Plan galego para o fomento da actividade física Galicia Saudable.



- Asociación Galega de Xestores Deportivos (AGAXEDE).
- Asociación Galega de Ximnasia.
- Escola Técnica Superior de Arquitectura (Universidade da Coruña).
- Facultade de Ciencias da Educación (Universidade de Santiago de Compostela).
- Facultade de Ciencias Empresariais e Turismo (Universidade de Vigo).
- Facultade de Ciencias da Actividade Física e o Deporte (Universidade de Vigo).
- Facultade de Ciencias da Educación (Universidade da Coruña).
- Facultade de Ciencias da Saúde (Universidade da Coruña).
- Facultade de Ciencias do Deporte e a Educación Física (Universidade da Coruña).
- Facultade de Medicina (Universidade de Santiago de Compostela).
- Facultade de Psicoloxía (Universidade de Santiago de Compostela).
- Facultade de Xornalismo (Universidade de Santiago de Compostela).
- Fundación Educación, Deporte y Salud (FEDYS).
- Ilustre Colexio Oficial de Licenciados en Educación Física e en Ciencias da Actividade Física e do Deporte de Galicia (COLEF-CAFDG).
- Grupo de estudos de xénero, actividade física e deporte da UDC.
- Rede galega de unidades de promoción de exercicio do Plan Galicia Saudable (UPES):
 - Concellos de: Arteixo, Barbadás, Cervo, Cesuras, O Grove, Narón, O Porriño, Ribadavia, Sarria, Tui, Verín, Vilalba, Mancomunidade de Terra de Celanova Saudable (A Merca, Cartelle, Gomesende, Ramirás, Pontedeiva, Quintela de Leirado, Vereia, Celanova), Aranga, Mesía, Curtis, Vilasantar, O Rosal, Ribadumia, Camariñas e Cabanas.
 - Universidades de: A Coruña, Santiago de Compostela e Vigo.

Composición da Comisión Interdepartamental. (27 de Decembro do 2011)

Presidencia da Xunta de Galicia:

Francisco Conde López (Gabinete)

Secretaría Xeral para o Deporte:

José Ramón Lete Lasa (Secretario Xeral para o Deporte)

Carmen Atero Carrasco (Gabinete)

Secretaría Xeral de Igualdade:

Marta González Vázquez (Secretaría Xeral)

Carmen Orgeira Naya (Subdirectora Xeral de Promoción da Igualdade)

Secretaría Xeral de Modernización e Innovación

Tecnolóxica:

Mar Pereira Álvarez (Secretaria Xeral)

Mª José García Sexto (Subdirectora Xeral de Sistemas de Información e Modernización da Administración Pública)

Secretaría Xeral de Medios

Alfonso Cabaleiro Durán (Secretario Xeral de Medios)

Felicitas Rodríguez (Xefa de Servizo de Programación e Multimedia)

María Precedo Castro (Habilitada)

Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza:

Beatriz Cuiña Barja (Secretaria Xeral)

Jose Norberto Uzal Tresandi (Director Xeral de Admon. Local)

Escola Galega de Administracións Públicas (EGAP):

Pablo Figueroa Dorrego (Director)

Néstor Valcárcel Teijeiro (Secretario Xeral)

Consellería de Educación:

Secretaría Xeral de Educación e Ordenación

Universitaria:

Jesús Oitavén Barcala (Secretario Xeral)

Ana Ónega Méndez (Asesora Educación e Ordenación Universitaria)

Consellería de Sanidade:

Manuel Varela Rey (Director Xeral de Saúde Pública)

Jorge Suánzes Hernández (Subdirector de Promoción e Fomento de Estilos de Vida saudables)

Mª Teresa Calabuig Martínez (Xefa de Servizo de

Fomento de Estilos de vida Saudables)

Consellería de Facenda:

Luis Emilio Araujo Rodríguez (Vicesecretario Xeral Técnico)

Consellería de Medio Ambiente, Territorio e

Infraestruturas:

Miguel Rodríguez Bugarín (Director Xeral de Mobilidade)

Alfonso Tenorio Aranguren (Xefe de Servizo de Infraestruturas da Subdirección Xeral de Planificación Técnica. Dirección Xeral de Mobilidade)

Consellería do Mar:

Susana Rodríguez Carballo (Directora Xeral de Desenvolvemento Pesqueiro)

Consellería de Traballo e Benestar:

Ovidio Rodeiro Tato (Director Xeral de Xuventude)

Mª Begoña Mosteiro Blanco (Subdirectora Xeral de Programas)

Pura Vázquez Vázquez (Xefa do Servizo de Programas de Promoción da Autonomía Persoal da Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal)

Consellería de Cultura e Turismo:

José Manuel Rey Pichel (Director Xeral do Patrimonio Cultural)

Roberto Pena Puentes (Xefe do Servizo de Vixilancia e Inspección. Dirección Xeral do Patrimonio Cultural. Subdirección Xeral de Protección do Patrimonio Cultural)

Consellería de Medio Rural:

Jorge Atán Castro (Secretario Xeral)

Antonio Rubal Pastor (Secretario Xeral de Contratación)

Consellería de Economía e Industria:

Nava Castro Domínguez (Directora Xeral de Comercio)

Carlos Vila Enríquez (Xerente de Galicia Calidade)

Comisión do Comité de Persoas Expertas.

Universidade de Santiago de Compostela (USC):

Facultade de Ciencias da Educación:

Jose Antonio Caride Gómez

Facultade de Medicina:

Felipe Casanueva Freijo (Endocrinoloxía)

Rafael Tojo Sierra (Pediatria)

Jose Ramón González Juanatey (Cardioloxía)

Facultade de Xornalismo:

José Pereira Fariña

Universidade de A Coruña (UDC):

Escola Técnica Superior de Arquitectura:

José Manuel Casabella López

Martín Fernández Prado

Facultade de Ciencias do Deporte e a Educación Física:

Rafael Martín Acero

Facultade de Ciencias da Saúde:

Alfonso Castro Beiras

Universidade de Vigo:

Facultade de Ciencias da Educación e do Deporte:

Francisca Fariña Rivera

Facultade de Ciencias Empresariais e Turismo:

María Elisa Alén González

Extracto da intervención do presidente da Xunta na sesión inaugural do CONGRESO MUNDIAL AIESEP 2010 na Coruña, o 26 de outubro de 2010.



“...Este acto é gardián dun símbolo especialmente importante nos tempos que corren. Ilustrareino a través dunha sentenza que, na miña opinión, define con moito acerto ese valor que vostedes custodian e que eu quixese reivindicar hoxe, tamén para outras disciplinas. **Non é posible unha boa educación física cando o resto do claustro se desentende do corporal.**

Estou totalmente de acordo en que xeneralizar a actividade deportiva en calquera sociedade será un propósito fracasado se pensamos que unha tarefa tan importante depende só duns poucos. Ao contrario e como en tantos outros ámbitos, require de grandes doses de transversalidade para poder chegar a todos os sectores e a todas as xeracións. **Necesítanse ambicións compartidas e necesítase traballo cooperativo.** Os dous ingredientes están presentes aquí.

Non en van, reunidos presidentes, alcaldes, conselleiros, médicos, educadores; reunidos expertos da saúde, a educación, a economía ou as infraestruturas de todas as partes do mundo; reunidos representantes das distintas etapas da nosa historia democrática; é doado distinguir aquí esa enerxía colectiva da que lles falo.

Quero felicitalos sinceramente por darlle sentido e **solucións globais a un problema global**, como é superar o sedentarismo e promover un estilo de vida activo nas nosas sociedades...

...Así, neste día en que se reúne a familia da educación física, quero insistir na aposta por converter a nosa terra nunha Galicia saudable. Estámolo facendo xa a través dun plan integral (para todos), transversal (que conte con todos); e con instrumentos novos, como unha ferramenta interactiva que informe os cidadáns sobre todos os servizos e todas as infraestruturas que teñen á súa disposición para poder practicar actividades físicas e deportivas.

Dende a educación, o transporte, o urbanismo, a economía, o turismo, a cultura, a sanidade ou o deporte..., para pais, fillos e avós: ese é o camiño do Plan Galicia Saudable, que lles presentará o Secretario Xeral para o Deporte nos próximos días, e que nos parece imprescindible para promover un estilo de vida activa entre os cidadáns e para superar problemas como o sedentarismo e a obesidade, pero tamén a desesperanza.

Así polo menos o vexo eu. Creo que a actividade física pode unirnos máis, facernos mellores, e lograr que confiemos máis nas nosas posibilidades...

Animo dende aquí a todos a que fagamos nosos eses valores a través da educación física, para ser máis fortes como persoas e máis fortes como país.”

Presentación do Secretario Xeral para o Deporte.



Nas últimas décadas producíronse no mundo cambios moi profundos nos estilos de vida e na forma de relacionarnos cos nosos contornos ambiental e social. Estes cambios culturais e sociais provocaron un aumento sostido das enfermidades crónicas non transmisibles (ECNT), entre as que se encontran a obesidade, as enfermidades cardiovasculares, a diabete, as dislipemias, a osteoporose ou certos tipos de cancro. Este tipo de enfermidades son a principal causa de perda de calidade de vida, de minusvalidez e de morte prematura, e as proxeccións dos principais organismos internacionais apuntan cara a un empeoramento da situación se non se actúa canto antes. O impacto destas enfermidades na saúde pública é tan importante que a propia Organización das Nacións Unidas (ONU), na súa última Asemblea Xeral reunida en Nova York en setembro de 2011, aprobou unha declaración na que instaba aos países a poñer en marcha de forma inmediata unha serie de medidas para reducir o seu impacto na saúde pública.

O sedentarismo e a inactividade física están entre as principais causas das enfermidades crónicas non transmisibles, polo que a promoción dunha vida activa é un dos piares sobre os que deben asentarse as estratexias e accións dirixidas á prevención e o control estas enfermidades. Así sinalouno a Organización Mundial da Saúde (OMS) na súa 57ª Asemblea Xeral, desenvolvida en maio de 2004, cando aprobou a “Estratexia global sobre Alimentación, Actividade Física e Saúde”, na que os Estados membros se comprometeron a formular plans nacionais e políticas concretas para incrementar o nivel de práctica de actividade física das súas poboacións. As estratexias, os plans de acción e as recomendacións aprobados posteriormente polas principais organizacións sanitarias mundiais, europeas e españolas recollen estas ideas e poñen énfase na necesidade de implementar medidas que interveñan sobre o ámbito e os estilos de vida, dende unha perspectiva intersectorial que transcenda o meramente sanitario e coa participación de diferentes actores sociais con capacidade de influír sobre as causas destas enfermidades.

Nesa liña, en España o entón Ministerio de Sanidade e Consumo aprobou en 2005 a “Estratexia para a Nutrición, Actividade Física e Prevención da Obesidade” (NAOS), e máis recentemente, no ano 2010, o Consello Superior de Deportes presentou o “Plan Integral para a Actividade Física e o Deporte A+D” co fin de impulsar o acceso universal á práctica de actividade física e deportes, como forma de promover un estilo de vida saudable para o conxunto da poboación.

Sería inxenuo e irresponsable pensar que esta situación se resolverá de forma espontánea. Por iso, dende a Xunta de Galicia eliximos actuar de forma decidida para reducir o impacto destas enfermidades. O goberno rexional, convencido dos enormes beneficios que a práctica regular da actividade física achega á saúde da cidadanía, pon en marcha o Plan Galego para o fomento da actividade física Galicia Saudable, unha iniciativa de carácter integral que nace liderada pola propia Presidencia da Xunta e que se implementa baixo a coordinación da Secretaría Xeral para o Deporte.

Trátase, polo tanto, dun compromiso de goberno ao máis alto nivel que facilitará a transversalidade do plan e a coordinación de accións entre os diferentes departamentos do Goberno autonómico, entre os distintos sectores de actividade da Comunidade e en todos os niveis, incluíndoo no “**Plan Estratéxico de Galicia 2010-2014**”, e máis concretamente no seu **Eixe Estratéxico 1: cohesión social, benestar e calidade de vida**.

Como en todas as sociedades modernas, en Galicia os principais problemas de saúde da actualidade son as enfermidades crónicas non transmisibles, que están relacionadas directamente coa falta de actividade física. Non obstante, a nosa Comunidade Autónoma ten algunhas particularidades, como un maior envellecemento que outras e máis dispersión da poboación. A consecuencia desta realidade é que en Galicia temos a mesma esperanza de vida que no resto do territorio español, ao redor de 81 anos, pero a esperanza de vida con bo estado de saúde é a máis baixa do territorio español, de 47,8 anos fronte a 53,3 de media de España. Isto significa que os galegos vivimos a mesma cantidade de anos pero o facemos máis anos enfermos, o que supón un gran custo en termos de perda de calidade de vida e de gastos dos sistemas sanitario e social.

O Plan Galego para o Fomento da Actividade Física Galicia Saudable nace para facer fronte ao aumento das mortes, enfermidades e minusvalías provocadas polo sedentarismo e a práctica insuficiente de actividade física. O Plan ten como obxectivo prioritario **crear as condicións necesarias para que a poboación galega goce dunha vida máis activa, que permita conservar a saúde e a autonomía persoal, gozar de maior benestar e calidade de vida, e previr e reducir a presenza de enfermidades relacionadas co sedentarismo**, dende a infancia ata a vellez.

O desafío ao que queremos facer fronte é dunha gran magnitude, pero obviamente non se parte de cero. Dende diferentes instancias das administracións autonómica e locais, dende a iniciativa privada e dende o mundo asociativo xa se viñeron poñendo en marcha medidas para fomentar a práctica de actividade física. O “Plan Galicia Saudable”, consciente do seu valor, intentará recollelas e articulalas nun proxecto máis ambicioso, de forma que se poida potenciar a súa efectividade e impacto e garantir a súa sostibilidade no tempo.

Os traballos preliminares para a elaboración do plan comezaron no ano 2009, e unha vez aprobado polo Parlamento Galego o 27 de Decembro de 2011, ten un alcance previsto para o período 2011 a 2015, co horizonte posto en 2020. Queremos promover cambios, que os galegos e as galegas teñan unha vida máis activa e vivan mellor. Pero sobre todo queremos que eses cambios se consoliden, sexan sostibles, e por iso tamén a nosa insistencia en traballar de forma coordinada con outros ámbitos da administración e cos actores máis influentes da sociedade.

Liderado pola Presidencia da Xunta de Galicia, o Plan Galicia Saudable está a impulsar a creación dunha rede de actores na que teñan participación activa todos os sectores das administracións autonómica e locais (Deputacións e Concellos), doutras institucións públicas e privadas e das organizacións da sociedade civil. Un modelo de participación que pretende converter a este Plan nun exemplo a seguir polo seu carácter transversal, integral e participativo.

Somos conscientes de que para lograr os obxectivos do Plan requírese un cambio cultural profundo, que implica entender que a actividade física e o movemento están gravados no ADN dos seres humanos e que, polo tanto, é o “remedio” máis efectivo para desenvolver e conservar a nosa saúde. A tarefa é complexa, pero todos e todas formamos parte da solución e, afortunadamente, tamén seremos todos e todas os que gozaremos dos seus beneficios.

Galicia Saudable é un plan de Galicia, un plan para todas as persoas.

Manifesto do Comité de Persoas Expertas.



CONSIDERANDO que:

O fomento da actividade física e a adopción dun estilo de vida activo por parte de todas as persoas é unha das claves para garantir o benestar e unha mellor calidade de vida desde a infancia ata a vellez. A evidencia científica dispoñible sinala que a práctica regular de actividade física proporciona grandes beneficios á saúde das persoas. Entre os beneficios probados da práctica regular de actividade física atópanse a prevención de enfermidades cun alto impacto na saúde pública, como as afeccións cardiovasculares, a diabetese, a hipertensión e algúns tipos de cancro; o control do peso corporal; o mantemento e mellora da autonomía funcional, axudando á saúde dos ósos e articulacións e previndo dores lumbares, osteoporose e artrose; e mellora o benestar psicoemocional, incidindo positivamente na autoestima e no control dos estados de tensión e depresión.

A práctica insuficiente de actividade física é un problema de saúde pública de primeira magnitude, que representa un gran custo en termos de perda de calidade de vida e de gastos de atención sanitaria e social. O sedentarismo é unha das principais causas do incremento imparable das enfermidades crónicas non transmisibles, como as afeccións cardiovasculares, a hipertensión, o colesterol elevado, a obesidade, a diabetese, a osteoporose e algúns tipos de cancro, que son a principal causa de incapacidade e morte nos países desenvolvidos. A falta de actividade física tamén provoca a diminución da capacidade física e intelectual e un envellecemento acelerado, que vén acompañado de perda de autonomía funcional. En consecuencia, vivimos cada vez máis anos pero o aumento deste tipo de enfermidades fai que vivamos máis anos enfermos, o que supón un gran custo en termos de perda de calidade de vida e de gastos dos sistemas sanitario e social.

O sedentarismo é unha característica propia das sociedades modernas, polo que recuperar un estilo de vida activo e integral na nosa vida cotiá é un reto extraordinariamente complexo porque require un profundo cambio cultural. O corpo humano está preparado naturalmente para moverse, para estar en actividade, grazas á súa maquinaria perfectamente coordinada de ósos, articulacións, músculos, corazón, que ademais adquire máis capacidades e funciona mellor canto máis se usa. O vertixinoso desenvolvemento das sociedades modernas trouxo grandes avances sociais e tecnolóxicos e permitiu aumentar a esperanza de vida, pero ao mesmo tempo provocou importantes cambios nos nosos modos de vida que están afectando negativamente á nosa saúde. Os desenvolvementos tecnolóxicos e científicos permitíronnos dispor de máquinas e aparellos para realizar de forma sinxela e cómoda as nosas actividades cotiás, o que nos levou a adoptar un estilo de vida máis pasivo e sedentario nas nosas actividades familiares, laborais, sociais e de lecer. En síntese, aquilo que foi pensado para darnos unha existencia máis cómoda e pracenteira estase volviendo en contra da nosa saúde, porque a falta de actividade está provocando disfuncións nun corpo humano concibido para estar en continuo movemento.

É necesario impulsar accións de fomento da actividade física en todos os ámbitos da nosa vida, e aumentar as oportunidades para adquirir e manter hábitos de movemento. Isto supón impulsar todo tipo de accións que favorezan a práctica de actividade física, tanto a través de actividades sistemáticas de realización de exercicio físico, entre elas as deportivas, como a través dun estilo de vida que nos axude a movernos e a incorporar a actividade nos distintos ámbitos da nosa vida cotiá (fogar, traballo, desprazamentos e ocio). O obxectivo é que todas as persoas realicen cada día polo menos 30 minutos de actividade física de intensidade moderada, de acordo coas recomendacións da Organización Mundial da Saúde.

O Goberno debe promover unha resposta integral e transversal aos problemas de saúde pública xerados polo sedentarismo. As directrices e recomendacións marcadas polos principais organismos internacionais da saúde invitan aos gobernos e ás administracións a desenvolver un conxunto de políticas, programas e accións que permitan dar unha resposta integral e transversal. O Plan Galicia Saudable ten que asumir esas recomendacións, e xuntar esforzos e coordinar políticas e accións entre os diferentes ámbitos de xestión do Goberno.

A participación activa de todas as institucións, organizacións, entidades e movementos sociais con capacidade de influír na poboación é fundamental. A sociedade galega debe asumir o protagonismo, articularse a través dunha rede na que cada iniciativa se potencie e reforce coa desenvolvida polos outros actores. Só coa participación activa de todos, dende unha visión integral, intersectorial e cooperativa, poderemos conseguir cambios de magnitude no ámbito da saúde pública que se consoliden no tempo e produzan unha mellora substancial no benestar e a calidade de vida da poboación galega.

Por todo o anterior, os abaixo asinantes, membros do Comité de Persoas Expertas do Plan Galego para o Fomento da Actividade Física Galicia Saudable, MANIFESTAMOS o noso total respaldo aos principios de actuación desta iniciativa impulsada pola Xunta de Galicia, e COMPROMETÉMONOS 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.^a Elisa Alén González

Decana da Facultade de Ciencias Empresariais e Turismo da Universidade de Vigo.

José Antonio Caride Gómez

Catedrático de Pedagogía Social da Facultade de Ciencias da Educación da Universidade de Santiago de Compostela.

José Manuel Casabella López

Decano da Escola Técnica Superior de Arquitectura da Universidade da Coruña.

Felipe Casanueva Freijo

Xefe do Servizo de Endocrinoloxía e Nutrición do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Alfonso Castro Beiras

Xefe do servizo de CardioloXía do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña.

Francisca Fariña Rivera

Decana da Facultade de Ciencias da Educación e Deporte da Universidade de Vigo.

Martín Fernández Prado

Profesor da Escola Técnica Superior de Arquitectura da Universidade da Coruña.

José Ramón González Juanatey

Xefe do Servizo de CardioloXía do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Rafael Martín Acero

Decano da Facultade de Ciencias do Deporte e a Educación Física da Universidade da Coruña.

José Pereira Fariña

Decano da Facultade de Ciencias da Comunicación da Universidade de Santiago de Compostela.

Rafael Tojo Sierra

Catedrático de Pediatría da Universidade de Santiago de Compostela.

Índice.

1. INTRODUCCIÓN.	21
2. METODOLOXÍA. (Como se elaborou o Plan?).	25
2.1. Criterios xerais.	26
2.1.1. A integralidade da abordaxe.	27
2.1.2. A participación efectiva.	27
2.1.3. O carácter asociativo.	27
2.1.4. A sustentabilidade.	28
2.2. Cronograma.	28
3. ANÁLISE DO CONTEXTO E DIAGNÓSTICO.	31
3.1. Cal é o problema? As enfermidades crónicas non transmisibles.	32
3.1.1. Cal é a súa importancia?	32
3.1.2. Cales son as súas repercusións?	33
3.2. Entre as causas das ECNT está o sedentarismo.	35
3.2.1. A presenza e importancia do sedentarismo.	35
3.3. A análise do contexto.	36
3.3.1. A responsabilidade dos poderes públicos.	36
3.3.2. As evidencias, recomendacións, directrices e normas.	37
3.3.3. As características de Galicia.	47
3.3.4. Sobre a actividade física na poboación galega.	51
3.3.5. Proposta de prioridades.	52
4. PROPOSTA DE MELLORA.	57
4.1. A oportunidade: o Plan galego para o fomento da actividade física Galicia Saudable.	58
4.2. Visión, misión e obxectivos xerais.	58
4.2.1. Visión.	58
4.2.2. Misión.	59
4.2.3. Obxectivos xerais.	59
4.3. Principios de intervención.	60
4.4. Ámbitos de intervención.	61
4.5. Eixes estratéxicos.	61
4.6. Proposta de procedemento para a acción.	62
4.6.1. A importancia de todas as accións: a suma fai o conxunto.	62
4.6.2. A xerarquía da medida determina a extensión dos efectos: a importancia da decisión política, da transformación cultural e dos medios de comunicación.	63
4.6.3. O liderado compartido.	64
4.6.4. A organización do conxunto.	65
5. PROGRAMAS E MEDIDAS.	69
5.1. Programas.	71
5.2. Proxectos e medidas.	72
6. SEGUIMENTO E AVALIACIÓN.	85
7. BIBLIOGRAFÍA.	89

Glosario

Actividade física. Calquera movemento corporal intencionado realizado mediante os músculos esqueléticos, que produce un gasto de enerxía superior ao basal, que supón unha experiencia persoal e nos permite interactuar cos seres e o ambiente que nos rodean (3). Recolle as dimensións biolóxica, persoal e sociocultural do concepto. A actividade física pode ter lugar durante o desempeño laboral (entendido este como a ocupación principal, por exemplo, na escola ou durante os adestramentos nos deportistas profesionais), no fogar, no tempo de recreo ou ocio e durante os desprazamentos.

Características da actividade física. (termos utilizados pola OMS (4)):

- **Tipo de actividade física** (que tipo). Forma de participación na actividade física. Pode ser de diversos tipos: aeróbica ou para mellorar a forza, a flexibilidade ou o equilibrio.
- **Duración** (por canto tempo). Tempo durante o cal se debería realizar a actividade ou exercicio. Adoita estar expresada en minutos.
- **Frecuencia** (cantas veces). Número de veces que se realiza un exercicio ou actividade. Adoita estar expresada en sesións, episodios, ou quendas por semana.
- **Intensidade** (ritmo e nivel de esforzo que leva consigo a actividade). Grao en que se realiza unha actividade, ou magnitude do esforzo necesario para realizar unha actividade ou exercicio.
- **Volume** (a cantidade total). Os exercicios aeróbicos caracterízanse pola súa interacción entre a intensidade das quendas, a frecuencia, a duración e a permanencia do programa. O resultado total desas características pode conceptuarse en termos de volume.
- **Actividade física moderada.** Nunha escala absoluta, intensidade de 3 a 5,9 veces superior á actividade en estado de repouso. Nunha escala adaptada á capacidade persoal de cada individuo, a actividade física moderada adoita corresponderlle a unha puntuación de 5 ou 6 nunha escala de 0 a 10.
- **Actividade física vigorosa.** Nunha escala absoluta, intensidade 6 veces ou máis superior á actividade en repouso para os adultos, e 7 ou máis para os nenos e mozos. Nunha escala adaptada á capacidade persoal de cada individuo, a actividade física vigorosa adoita corresponder a entre 7 e 8 nunha escala de 0 a 10.
- **Actividade aeróbica.** A actividade aeróbica, denominada tamén actividade de resistencia, mellora a función cardiorrespiratoria. Pode consistir en: camiñar a paso vivo, correr, montar en bicicleta, saltar á corda ou nadar.

Comunidade. Grupo específico de persoas que a miúdo viven nunha zona xeográfica determinada, que comparten unha cultura común, valores e normas. Organízanse nunha estrutura social en función das relacións que a comunidade desenvolveu durante un período de tempo. (5)

Condición física, aptitude física ou forma física (fitness). É o estado dinámico de enerxía e vitalidade que lles permite ás persoas levar a cabo as tarefas diarias habituais, gozar do tempo de ocio activo, afrontar as emerxencias imprevistas sen unha fatiga excesiva, ao mesmo tempo que axuda a evitar as enfermidades derivadas da falta de actividade física, a desenvolver o máximo da capacidade intelectual e a experimentar plenamente a alegría de vivir. (6)

Deporte. Todo tipo de actividades físicas que, mediante unha participación, organizada ou doutra clase, teñan por finalidade a expresión ou a mellora da condición física e psíquica, o desenvolvemento das relacións sociais ou o logro de resultados en competicións de todos os niveis. (7)

Eficacia. (8) Fai referencia aos resultados, efectos ou beneficios obtidos por un programa ou intervención en condicións ideais.

Efectividade. (8) Refírese aos resultados conseguidos en condicións reais.

Eficiencia. (8) Estuda a relación entre custos ou recursos utilizados e os resultados obtidos.

Eixe estratéxico ou estratexia. (9) É cada un dos camiños elixidos para alcanzar os obxectivos xerais, por iso, coñéceselles tamén como obxectivos asociados.

Exercicio. Actividade física estruturada e planificada, que se realiza de forma repetitiva e persegue unha finalidade concreta (10,11).

Enfermidades crónicas non transmisibles (ECNT). De acordo coa OMS (12), as enfermidades non transmisibles, ou crónicas, son afeccións de longa duración cunha progresión xeralmente lenta. Os catro tipos principais de enfermidades non transmisibles son:

- as enfermidades cardiovasculares (por exemplo, os infartos de miocardio ou accidentes cerebrovasculares);
- o cancro;
- as enfermidades respiratorias crónicas (por exemplo, a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica ou o asma);
- e a diabetes.

As enfermidades non transmisibles, ou ENT, representan con diferenza a causa de defunción máis importante no mundo, pois acaparan un 60% do número total de mortes anuais.

Plan. (13) Documento producido por niveis centrais ou superiores da administración (pública ou privada) que traza obxectivos considerados prioritarios e detalla un conxunto de directivas xerais arredor destes (políticas), as alternativas para alcanzalos (estratexias) e os medios para obtelos (os medios xerais para a obtención de recursos).

Programa. (13) Conxunto determinado de accións que persegue o mesmo obxectivo, non necesariamente ligados a iguais motivacións, pero que son parte do plan xeral.

Proxecto (ou medida). Refírese a unha intervención concreta, individualizada, para alcanzar algún obxectivo operativo dun programa. Debe incluír resultados previstos e procesos para conseguilos, así como o uso concreto dos recursos dispoñibles.

Saúde. Un estado de completo benestar físico, social e mental, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades. (5)

Saúde pública. (5) A saúde pública é un concepto social e político encamiñado a mellorar a saúde, prolongar a vida e mellorar a calidade de vida de poboacións enteiras a través da promoción da saúde, a prevención de enfermidades e outras formas de intervención en saúde. Actualmente existe unha diferenciación entre a “vella” e a “nova” saúde pública. Esta nova saúde pública distínguese basicamente en que comprende de forma global que os estilos e as condicións de vida determinan o estado de saúde, e mantén o recoñecemento da necesidade de mobilizar recursos e facer bos investimentos en políticas, programas e servizos que protexan e manteñan a saúde mediante o apoio de estilos de vida saudables, así como a creación de ambientes propicios para a saúde.

1. INTRODUCCIÓN.

22

Nas últimas décadas foron cobrando maior presenza e importancia os problemas de saúde relacionados cos cambios producidos nos estilos de vida, e máis concretamente co **sedentarismo**, que se converteu nun dos principais causantes de enfermidades crónicas non transmisibles (ECNT), entre as que se encontran a **obesidade**, as **enfermidades cardiovasculares**, a **diabete**, as **dislipemias**, a **osteoporose** ou **certos tipos de cancro**. Este tipo de enfermidades son unha causa, cada vez máis importante, de perda de calidade de vida, de discapacidade e de morte prematura, e constitúen unha preocupación e un reto crecentes para a saúde pública.

A Organización Mundial da Saúde (7) e a Unión Europea (14-16) chamaron a atención sobre a necesidade de elaborar plans e procesos que articularan unha resposta integrada fronte a este problema de saúde pública, propondo unhas “directrices para a acción” dirixidas aos responsables da toma de decisións a todos os niveis (europeo, nacional, rexional e local).

Recentemente, e como mostra da importancia que reviste o problema das ECNT, os Xefes de Estado e de Goberno, reunidos en Nova York os días 19 e 20 de setembro de 2011, adoptaron por consenso a resolución titulada «Declaración Política da Reunión de Alto Nivel da Asemblea Xeneral sobre a Prevención e o Control das Enfermidades Non Transmisibles” (2). Entre outras propostas, piden que se tomen medidas para “alentar a elaboración de políticas públicas multisectoriais que creen ámbitos equitativos de promoción da saúde que empoderen ás persoas, ás familias e ás comunidades para que adopten decisións saudables e leven vidas saudables”, e para “aumentar a actividade física de toda a poboación, mesmo en todos os aspectos da vida cotiá, por exemplo dando prioridade a clases de educación física periódicas e intensas nas escolas, a planificación e reestruturación urbanas para o transporte activo, ao ofrecemento de incentivos para que se executen programas sobre estilos de vida saudables no lugar de traballo e a maior dispoñibilidade de ámbitos seguros nos parques e espazos de recreación públicos para alentar a actividade física... ”

En España, o Ministerio de Sanidade e Consumo puxo en marcha a “Estratexia para a Nutrición, Actividade Física e Prevención da Obesidade” (NAOS)(17), e no ano 2010, o Consello Superior de Deportes presentou o “Plan Integral para a Actividade Física e o Deporte A+D”(18).

Nestas cuestións, Galicia non é diferente ás sociedades do seu entorno: presenta problemas similares e necesita solucións parecidas. Non obstante, a nosa Comunidade ten un envellecemento maior que outras e máis dispersión da poboación, hai máis persoas con factores de risco para enfermarse e que enferman antes, vivindo os mesmos anos pero con mala saúde durante un tempo maior das súas vidas.

O problema é tan evidente e de tal importancia, e a necesidade de actuar tan urxente, que non sería ético nin responsable demorar a resposta do Goberno Galego. Por iso, tendo en conta a situación e todas as recomendacións, a Xunta de Galicia, convencida dos enormes beneficios que a práctica regular da actividade física achega á saúde da cidadanía, pon en marcha unha serie de propostas de actuación que configuran o **Plan Galego para o fomento da actividade física “Galicia Saudable”** (ao que en diante nos referiremos como “Plan Galicia Saudable” ou simplemente “PGS”). Un plan que nace liderado pola propia Presidencia da Xunta (á que se adscribe directamente a Secretaría Xeral para o Deporte) e que está incluído no **“Plan Estratéxico de Galicia 2010-2014”** e, máis concretamente, no seu **Eixe Estratéxico 1: cohesión social, benestar e calidade de vida**.

A través da colaboración coas principais administracións, institucións e organizacións dos ámbitos deportivo, educativo, sanitario, urbanístico, ambiental, turístico, de transportes, empresarial, social..., preténdense crear as condicións

para que todas as persoas que habitan en Galicia teñan a oportunidade de adoptar un estilo de vida activo que favoreza a súa saúde.

Promover a actividade física conforma un ámbito positivo que non só prevén certas enfermidades, senón que aumenta en boa medida a calidade de vida. Non existe ningún outro modelo de abordaxe que sexa tan integral, tan eficiente, e á vez sen practicamente ningunha contraindicación e sen efectos secundarios ou colaterais.

2. METODOLOXÍA. (Como se elaborou o Plan?).

A mediados do ano 2009, o Presidente da Xunta de Galicia, D. Alberto Núñez Feijóo, seguindo as recomendacións da OMS, da UE e do Goberno español, e preocupado polas consecuencias do sedentarismo na poboación galega, encoméndalle ao Secretario Xeral para o Deporte, D. José Ramón Lete Lasa, a confección dun plan galego para fomentar a actividade física na nosa Comunidade.

26

Este Plan podería limitarse a recoller a clara evidencia científica sobre os prexuízos do sedentarismo e os beneficios da actividade física e, sobre a base dela e das recomendacións de diferentes organismos, dicir que é o que habería que facer e como facelo. Pero, de ser así, é probable que non tivese éxito, porque o Plan, ademais de achegar información e recomendacións, quere ser construído dende o consenso dos seus actores e das súas diferentes propostas e, para elo, converterase nun foro de reflexión e debate e nun **espazo para a participación e a acción cooperativa**. Un lugar onde todas as institucións, organizacións e persoas, reunidas arredor dun obxectivo común, teñan o seu xusto protagonismo, poidan colaborar e achegar propostas e traballo e poidan obter beneficios.

Os promotores iniciais do Plan entenderon que non existía a intervención, acción ou solución universal que o cambiase todo de súpeto e resolvese o problema; pero si sabían que **unha vez identificado o obxectivo común, a suma das decisións políticas importantes e de moitos pequenos cambios ao longo do tempo axudarían a configurar unha nova e máis prometedora realidade**.

2.1. Criterios xerais.

Para cumprir o mandato do Presidente da Xunta de Galicia, a Secretaría Xeral para o Deporte, ao longo de 2010, comezou a organizar as tarefas iniciais, e intentou facelo sobre a base dos criterios xerais de integridade, participación, asociación e sustentabilidade.



Figura 1. Criterios xerais para a elaboración do Plan Galicia Saudable.

2.1.1. A integralidade da abordaxe.

Enténdese que o problema do sedentarismo ten causas complexas e multifactoriais. Todos os factores implicados están interrelacionados e interactúan entre si, de tal maneira que abordalos separadamente perdería sentido e restaría efectividade.

Actuar integralmente dende o principio asegurará a comprensión das causas máis profundas, facilitará a creación de grupos interdisciplinarios de traballo e permitirá optimizar os recursos dispoñibles.

A integralidade buscarase de dúas formas complementarias:

- **Lonxitudinalmente**, traballando en todas as etapas do fenómeno do sedentarismo, por exemplo, ao longo das etapas vitais; ou, se nos remitimos á teoría social cognitiva, en todos os posibles estados de predisposición para o cambio (precontemplativo, contemplativo, preparatorio, de acción ou mantemento); ou, tamén, cando se traballa no ámbito da saúde pública, en prevención primaria, secundaria ou terciaria.
- **Transversalmente**, porque o problema se abordará dende diferentes sectores implicados. Por exemplo, cando se intenta fomentar o uso da bicicleta sería desexable a cooperación dos servizos de deportes, saúde, tráfico, medio ambiente...

A idea central é que se debe **considerar como parte da solución todo aquilo que pode influír nos hábitos de actividade física das persoas ao longo das súas vidas.**

2.1.2. A participación efectiva.

Intentar que a poboación adopte estilos de vida máis activos require, por unha parte, informar, sensibilizar e educar á cidadanía sobre os prexuízos do sedentarismo para a saúde e os beneficios da actividade física para previr e axudar a superar moitas enfermidades, de modo tal que as súas decisións poidan estar fundamentadas. E, por outra, facilitar as oportunidades para que a poboación poida ser fisicamente máis activa no fogar, no traballo, na escola, no tempo de ocio e nos desprazamentos diarios. Polo tanto, será necesario actuar dende todos os ámbitos relacionados coas necesidades anteriores: medios de comunicación, educación, deporte, sanidade, traballo, urbanismo, transportes, medio ambiente, turismo...

Entendeuse que a construción dunha alianza estratéxica sólida requiriría que todos os actores necesarios tivesen a oportunidade de contribuír a crear o Plan dende o principio, e de consensuar os obxectivos comúns e as liñas de actuación para alcanzalos. O obxectivo foi tratar de evitar, na medida do posible, convocar aos actores para unirse unha vez que o Plan xa estivese deseñado.

É fundamental que participen todos aqueles que poden decidir e influír nalgún ou nalgúns dos factores que constitúen as barreiras ou as facilidades que encontra a cidadanía para adoptar un estilo de vida activo. **A tarefa é de todos.**

2.1.3. O carácter asociativo.

Logo de aceptar a múltiple causalidade do problema e a conveniencia da participación de todos, é o momento de asociarse para conseguilo.

A idea é que todos xuntos, pero cada un na súa área de responsabilidade, poidan compartir con lealdade e respecto os recursos e favorecer as sinerxias para alcanzar os obxectivos comúns, seguindo os eixes estratéxicos de actuación previamente consensuados.

Buscar a colaboración entre os sectores gobernamentais e non gobernamentais, entre a iniciativa pública e a privada, en diferentes niveis e en diferentes lugares, significa que dende o principio se asume o carácter global do problema

e, en consecuencia, as solucións que se propoñan serán máis realistas, factibles e efectivas; porque para facilitar o cambio nos hábitos da cidadanía, de calquera idade e condición, é fundamental actuar simultaneamente sobre todos os elementos do contorno que os condicionan. Polo tanto, as intervencións deberán ter carácter **interdepartamental, intersectorial e multinivel**.

Trátase, en definitiva, de **crear as alianzas estratéxicas necesarias** para afrontar con éxito o reto de aumentar os niveis de actividade física da sociedade galega e liberalala da pesada e crecente carga que supoñen as ECNT.

2.1.4. A sustentabilidade.

O Plan ten que nacer e debe crecer, pero para conseguir os seus obxectivos debe perdurar no tempo. É responsabilidade de todos garantir a súa sustentabilidade, manter ao longo do tempo a súa estrutura e o seu funcionamento. Ata o mellor plan fracasará se non é capaz de lograr sustentabilidade. Houbo e haberá que seguir facendo un esforzo para que neste Plan:

- a) todos acepten a súa necesidade,
- b) se dispoña dos fondos suficientes,
- c) se logre a súa divulgación e arraigamento en todos os sectores da comunidade,
- d) se coñezan as súas accións e os beneficios obtidos.

2.2. Cronograma.

Durante o ano 2010, a Secretaría Xeral para o Deporte puxo en marcha varias accións coa finalidade principal de elaborar un primeiro documento (preliminar) que servise como elemento básico de partida:

- Reuníronse a varios grupos de traballo, procedentes na súa maioría das universidades galegas, para ir dando os primeiros pasos na redacción do Plan.
- Fóronse celebrando contactos con outros departamentos da Xunta de Galicia, para constituír unha Comisión Interdepartamental.
- Mantivéronse contactos con diferentes axentes sociais.

Como froito deste traballo, no ano 2010:

- En outubro presentouse en público o documento preliminar durante a celebración na cidade da Coruña do Congreso Internacional da AIESEP.
- En decembro constituíuse un **Comité de Persoas Expertas** que recibiu do Presidente da Xunta de Galicia a encomenda, entre outras, de estudar e valorar o documento preliminar.
- En decembro tamén se constituíu a **Comisión Interdepartamental** na que están representados todos os departamentos da Xunta de Galicia que poden ter algunha vinculación coa saúde, a educación, o deporte, o traballo, o urbanismo, o transporte, a comunicación e calquera tipo de actividade física da cidadanía. Todos os membros da Comisión recibiron o documento preliminar e propúxoselles que, ademais da súa revisión, achegasen información sobre o que se fixo ou se estaba a facer nos seus respectivos departamentos para fomentar a actividade física.
- Programáronse todas as accións necesarias para elaborar o Plan no transcurso de 2011.

Logo de facer público o documento preliminar, os pasos seguidos para chegar á redacción definitiva do primeiro Plan e a súa presentación ao Parlamento Galego para a súa aprobación foron os que se relacionan na Táboa 1.

Ano	Mes	Acción
2010	Decembro	Someter o documento preliminar ao Comité de Persoas Expertas e a Comisión Interdepartamental.
	Xaneiro	Recoller as achegas do Comité de Persoas Expertas e da Comisión Interdepartamental ao documento preliminar.
	Maio	
	Xuño	Redactar a v.01 do Plan.
	Xullo	Someter a v.01 á Comisión Interdepartamental.
	Setembro	Recoller as achegas da Comisión Interdepartamental á v.01.
2011	Outubro	Redactar a v.02 do Plan.
	Novembro	Someter a v.02 ao Comité de Persoas Expertas. Presentar e someter a v.02 do plan á comunidade: administracións locais, institucións e sociedade civil. Recoller as achegas do Comité de Persoas Expertas e da comunidade á v.02. Redactar a v.03 do Plan (I Plan galego de fomento da actividade física Galicia Saudable). Comezo do trámite para a aprobación parlamentaria do Plan.
	Decembro	Aprobación do Plan no Parlamento Galego.

Táboa 1. Pasos seguidos para a elaboración do Plan Galicia Saudable.

3.1. Cal é o problema? As enfermidades crónicas non transmisibles.

Os avances tecnolóxicos e o notable desenvolvemento económico alcanzados pola humanidade ao longo do último século contribuíron a mellorar o nivel de benestar social e a esperanza de vida no mundo “occidental”. Sen lugar a dúbidas, o progreso rexistrado no último cuarto do século XX nos ámbitos da educación e da sanidade permitiu combater con éxito a maioría das enfermidades que durante longas épocas da historia da humanidade devastaron a poboación provocando unha elevada mortalidade.

Como consecuencia deste desenvolvemento espectacular, a especie humana experimentou un profundo cambio na súa forma de vida. Ao longo da historia, o home utilizou o seu propio corpo como instrumento para traballar, desprazarse, conseguir alimentos, divertirse xogando, bailando, etc. Non obstante, nestas últimas décadas, a situación transformouse como consecuencia da aparición constante e crecente de dispositivos mecánicos creados pola intelixencia humana, novas formas de produción e distribución de alimentos, de transporte, de urbanismo e de ocio, que contribuíron á adopción de novos estilos de vida, desterrando ao sedentarismo a uns organismos excepcionalmente dotados para o movemento. Os nosos corpos non tiveron tempo para adaptarse a estes acelerados cambios, e este desaxuste está a provocar a aparición de graves problemas de saúde en forma de enfermidades crónicas non transmisibles (ECNT).

As ECNT son xa verdadeiras pandemias que causan a perda da saúde e do benestar e a presenza da incapacidade e da morte das persoas antes de que se cumpran as súas expectativas de vida. E un trazo especialmente preocupante é que estas enfermidades crónicas non transmisibles aparecen a idades cada vez máis temperás. Trátase, fundamentalmente, de **enfermidades cardiovasculares, diabete, obesidade, dislipemias, osteoporose ou certos tipos de cancro**, entre outras doenzas.

Esta situación e as súas consecuencias transcenden da esfera puramente persoal. Ademais de constituír unha causa de perda de benestar, sufrimento e morte no ámbito individual e familiar, tamén supón un problema colectivo. O conxunto da sociedade ve como falecen persoas na súa plenitude vital, que deixan de achegar a súa contribución ao ben colectivo, e como crece o número de persoas con enfermidades crónicas, discapacidade e dependencia, que deben ser atendidas. Moitos recursos destinados á formación das persoas pérdense ao falecer antes de que poidan devolverlle á sociedade o que dela recibiron e contribuír ao progreso colectivo; moitos máis recursos teñen que destinarse ao coidado e a atención das persoas enfermas crónicas, con discapacidade ou dependentes. E o problema é que os recursos son limitados e as necesidades crecen de xeito continuo, sen que esta tendencia tocase teito aínda.

3.1.1. Cal é a súa importancia?

No marco mundial, e de acordo cos datos do “Plan de acción 2008-2013 da estratexia global para a prevención e control das enfermidades non transmisibles”, proposto pola OMS en 2008 (19) e actualizados en abril de 2011 (12) sabemos que as enfermidades crónicas non transmisibles (ECNT), principalmente as enfermidades cardiovasculares, o cancro, as enfermidades respiratorias crónicas e a diabete:

- Son responsables do 63% das mortes que se producen no mundo, e causan cada ano aproximadamente 35 millóns de mortes.
- Un 25% das mortes atribuíbles ás ECNT prodúcense en persoas menores de 60 anos e un 46% en menores de 70 (16 millóns).
- Prevese que o número de mortes relacionadas con estas doenzas aumente máis dun 17% nos próximos 10 anos.
- Provocan que aumente o número de cidadáns que viven máis anos cun peor estado de saúde e sen capacidade funcional abondo para ser autónomos.

- Xeran un incremento imparable no gasto sanitario de todos os países e aínda non se tocou teito.
- Empurran moitas persoas á pobreza, ou mantéñenas sumidas nela, debido ao gasto médico catastrófico que entrañan.
- Os principais factores de risco para o padecemento de ECNT son o tabaquismo, a falta de actividade física, a mala alimentación e o uso nocivo do alcohol.
- Mil millóns de adultos teñen sobrepeso. Se non se toman medidas, esta cifra superará os 1500 millóns para 2015.
- Preto de 40 millóns de nenos menores de cinco anos padecen sobrepeso ou obesidade.
- De eliminarse os principais factores de risco para o padecemento de enfermidades crónicas, poderíanse previr preto do 75% da carga atribuíble ás enfermidades cardiovasculares, aos accidentes cerebrovasculares e á diabete de tipo 2, e un 40% dos casos de cancro.

Segundo os datos do informe sobre a Evolución dos indicadores de saúde en España e a súa magnitude no contexto da Unión Europea, realizado polo Ministerio de Sanidade e Política Social en 2010 (20), a situación **en España** non difire moito da situación mundial. Así, as principais enfermidades crónicas non transmisibles causan aproximadamente o 64,7 por cento das mortes anuais.

En Galicia, os resultados do informe anterior e da Enquisa nacional de saúde 2006 (21) evidencian unha situación lixeiramente peor, cunha prevalencia destas enfermidades algúns puntos porcentuais superior na maioría delas.

3.1.2. Cales son as súas repercusións?

As **enfermidades crónicas** non transmisibles (ECNT), ao igual que no resto do mundo, constitúen o principal problema de saúde na sociedade galega. Entre elas, as máis relevantes son a **obesidade**, as **enfermidades cardiovasculares**, a **diabete**, as **dislipemias**, a **osteoporose** e **certos tipos de cancro**. Padecer algunha destas enfermidades ten unhas consecuencias importantes a nivel individual (perda de calidade de vida, discapacidade e dependencia, gasto de diñeiro, morte prematura etc.) pero tamén ten outras a nivel comunitario (masificación do sistema sanitario, empeoramento da atención sanitaria, gasto económico moi aumentado, diminución da produtividade, etc.).

Máis mortes, peor estado de saúde e máis dependencia.

No ámbito do **Estado español**, as ECNT causan aproximadamente o **64,7% das mortes anuais** e en **Galicia a situación é lixeiramente peor**. A Enquisa europea de saúde (EES) para o ano 2009(22), sitúa a **Galicia** como unha das **peores comunidades autónomas** españolas xunto con Murcia e Estremadura, xa que presenta prevalencias superiores á media nacional nun bo número de trastornos e problemas crónicos ou de longa duración (sobre todo, anxina de peito e enfermidade coronaria, hipertensión, dor cervical, lumbalxia, ansiedade crónica e depresión crónica).

Estas condicións da Comunidade Autónoma galega reflíctense en que:

- **A esperanza de vida en boa saúde (EVBS) en Galicia é de 47,8 anos** tanto para os homes como para as mulleres, polo que é moi inferior á media europea e a peor de todas as comunidades autónomas do territorio nacional (55,3 anos de media), a pesar de que a esperanza de vida ao nacer é relativamente elevada; isto tradúcese en que **os cidadáns e as cidadás galegos somos os que vivimos máis anos cun mal estado de saúde** (33,2 anos fronte a 25,8 de media no Estado). **As mulleres galegas viven case a metade da súa vida con mala saúde, polo que a intervención nesta poboación debe ser unha das prioridades do plan.**
- O estado de saúde percibido en Galicia tamén é peor que no resto do territorio nacional. O 36,9% dos/das galegos/as maiores de 16 anos considera que o seu estado de saúde é regular, malo ou moi malo (22).

- A discapacidade é maior e a dependencia máis grave que no resto do Estado. A taxa de discapacidade sitúase en 112,9 por mil habitantes en 2009. Segundo os datos do INE, a maior proporción de persoas con discapacidade encóntrase nos municipios de menos de 10.000 habitantes, onde os valores son moi superiores á media (23). Galicia é a comunidade autónoma de España que presenta unha maior porcentaxe de persoas con discapacidade e, ademais, no 51% dos ditames reconécese gran dependencia (grao III), o que agrava considerablemente a situación. O maior índice de dependencia xeral en Galicia está motivado polo maior índice de dependencia senil (33,2% fronte aos 24,6% en España), xa que o índice de dependencia xuvenil sitúase case cinco puntos por debaixo (24,0% en Galicia e 28,9% en España) (24).
- A principal causa de morte en 2007 para a poboación galega en xeral, e para as mulleres en concreto, foron as enfermidades circulatorias (32,5%) seguidas polos tumores (26,8%) (25), dos cales, o 13,2% son colorrectais, o 5,5% de mama e o 17,7% de vías aéreas. No caso dos homes sucede ao revés, primeiro os tumores e a continuación as enfermidades circulatorias.
- A medida que se avanza en idade é máis frecuente falecer por causas circulatorias, por ese motivo non son tan rechamantes as mortes a partir dos 75 anos onde xa se empeza a alcanzar a cifra de esperanza de vida media en Galicia (81 anos). Non obstante, si que é destacable **o elevado número de mortes de orixe circulatoria a partir dos 45 anos ata os 74**, xa que estas mortes na súa maioría pódense considerar prematuras, sobre todo entre os homes (1261 defuncións en 2007) fronte ás mulleres (541 defuncións en 2007). **Os homes galegos entre 45 e 74 anos padecen unha mortalidade prematura elevada por enfermidades circulatorias; deberíanse realizar intervencións prioritarias neste subgrupo de poboación.**
- Moitas das mortes por enfermidades circulatorias (que ademais se dan prematuramente) son evitables cuns bos hábitos de vida, e un dos principais é ser unha persoa fisicamente activa. Ademais, o exercicio e a actividade física teñen un efecto positivo sobre algúns tipos de tumores, polo que se diminúe o nivel de sedentarismo dos galegos e das galegas, diminuíría moito a mortalidade por estas causas e, consecuentemente, o custo familiar, social e económico derivados delas.

Esforzo económico crecente do sistema sanitario.

A morbilidade, a discapacidade e a mortalidade producida polas ECNT supoñen un **esforzo crecente para o sistema de atención sanitaria:**

- Se temos en conta que as ECNT son responsables da maior parte do gasto sanitario (70 % do orzamento)(26), dos 3.367.708.079 € que ten de orzamento a Consellería de Sanidade para 2011, estas patoloxías suporían un custo de 2.357.395.655,3 €.
- En España, os fármacos máis consumidos son os antihipertensivos seguidos por hipolipemiantes e antiulcerosos (tendencia crecente de todos eles nos últimos anos). O cuarto grupo máis consumido é o da insulina e os antidiabéticos orais, e xa moi distanciados séguenlles os antibióticos (26). Apréciase que os fármacos máis utilizados gardan relación coas patoloxías que forman parte da síndrome metabólica, estreitamente relacionada co sedentarismo.
- Aínda que en España o gasto medio da prescrición farmacéutica baixou (-4,8% en 2010) por diversas medidas adoptadas (rebaixa dos prezos, aplicación do sistema de prezos de referencia, impulso aos medicamentos xenéricos, etc.), en Galicia aconteceu o contrario xa que aumentou un 0,71% con respecto a 2009 a causa do incremento do gasto medio por receita e do número de receitas prescritas (24). Non obstante, e con motivo das medidas adoptadas pola Administración, neste último ano tamén comezou a descender na nosa Comunidade.

- En Galicia, en 2009, houbo un gasto farmacéutico de 976 millóns de euros en receitas médicas oficiais do Servizo Galego de Saúde (27). Cabe destacar que 187,6 millóns foron en poboación activa e 788,5 en pensionistas (80,78%). Beneficiáronse 2.749.494 persoas (o 98% da poboación), distribuídas en 63.369 millóns de receitas.
- Á vista dos datos podemos dicir que o custo económico da sanidade é elevado e que parte dese gasto podería reducirse. O gasto farmacolóxico poderíase diminuír a partir da práctica de actividade física adecuada, xa que está amplamente probado que mellora os niveis de hipertensión, o perfil lipídico e a intolerancia á glicosa polo que se diminuíría o gasto nos 4 grupos de fármacos máis consumidos. Igualmente, poderíase reducir o uso dos servizos hospitalarios e especializados (sobre todo, de tipo cardiovascular) se a poboación realiza máis e mellor actividade física.

3.2. Entre as causas das ECNT está o sedentarismo

Existe unha forte evidencia médica e científica que indica que a inactividade física ten importantes efectos prexudiciais sobre a saúde, o que converte ao sedentarismo nunha desas condicións que aumentan os riscos de enfermarse e que está nas nosas mans modificar. E aínda que o sedentarismo pode causar ou agravar outras enfermidades e empeorar outros factores de risco, é xa en si mesmo un factor de risco independente.

Os avances tecnolóxicos e o desenvolvemento económico contribuíron a mellorar o benestar social e a esperanza de vida pero tamén provocaron un gran cambio no noso estilo de vida, facilitando uns hábitos diarios máis cómodos e menos activos (por exemplo, usar o ascensor en lugar das escaleiras). Estes cambios producíronse de forma tan rápida que a nosa bioloxía non conseguiu evolucionar ao mesmo ritmo, **somos organismos bioloxicamente inadaptados ao medio en que vivimos actualmente**. O noso corpo está deseñado para subsistir grazas ao movemento (os sistemas corporais que non se utilizan acaban atrofiándose, perdendo funcións e enfermándose) e ao almacenamento de enerxía en forma de graxa, que se non se utiliza crea un excedente graxo prexudicial para a saúde.

3.2.1. A presenza e importancia do sedentarismo.

A **inactividade física** é a **cuarta causa de mortalidade por ECNT** no ámbito mundial (7,7% das mortes, 3 millóns de mortes/ano), a **sexta causa de perda de anos de saúde** (4,1% da perda) (28) e responsable do **7% do gasto sanitario**. Ademais, ten unha gran **responsabilidade indirecta** pola súa influencia na **aparición e desenvolvemento doutros factores de risco** (por exemplo, obesidade, hipertensión arterial, glicosa elevada ou colesterol elevado). A porcentaxe de responsabilidade **ao sumar inactividade física e obesidade** aumenta considerablemente: **16,1% dos falecementos, 10,6% de perda de anos de vida con saúde e 14% do gasto sanitario**.

A Sociedade Española de Medicina Familiar e Comunitaria cualifica ao sedentarismo como o factor de risco, asociado aos hábitos de vida actuais, que máis impacto ten sobre a saúde pola súa clara implicación no desenvolvemento de numerosas enfermidades (29).

Os factores de risco, e especialmente a inactividade física e a **obesidade, instáuranse en persoas cada vez máis novas**, mesmo na infancia, polo que, como cabía esperar, **o desenvolvemento das ECNT tamén se está a anticipar**.

Segundo o Eurobarómetro 2009 (30), a práctica da actividade física e deportiva en España encóntrase por debaixo da media europea dos 27 países enquisados, polo que o noso Estado presenta un maior nivel de sedentarismo.

De acordo coa Enquisa nacional de saúde do ano 2006 (31), en **Galicia**, coa excepción do consumo de tabaco, **hai maior prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso e obesidade, e actividade física insuficiente**.

Máis da metade da **poboación galega adulta** presenta, polo menos, dous dos catro principais factores de risco para padecer ECNT (**insuficiente actividade física** que lle afecta ao 63,36% e o **exceso de peso** que lle afecta ao 55,73%) (20,21). Un importante número de **nenos/as e mozos/as galegos/as menores de 16 anos** presenta algún dos catro principais factores de risco para padecer ECNT (**insuficiente actividade física**, 80,24% dos nenos e 89,15% das nenas e **exceso de peso**, 24,97%) (20,21), datos que se confirman cos resultados recentemente adiantados do estudo da Fundación Alimentum (32).

A inactividade física é o factor de risco de ECNT máis subsistente en toda a poboación galega. Ten efectos prexudiciais por si mesma e aumenta a presenza doutros factores de risco (sobrepeso e obesidade, hipertensión, diabete, colesterol elevado) e ademais aparece en idades moi temperás da vida (preséntano a maioría dos nenos e mozos galegos) polo que actúa durante moitos máis anos que calquera outro factor de risco.

Esta situación formula un gran reto á saúde pública da comunidade galega porque, lonxe de ser un fenómeno pasaxeiro, a tendencia das últimas décadas indica que a situación, se non se actúa rapidamente, vai empeorar no futuro de forma exponencial. Por todo iso, este desafío é unha prioridade unánime para a ONU, a OMS, a UE, e os gobernos da maioría dos países.

Ademais de prexudicar seriamente a saúde, o sedentarismo ten un elevado custo económico.

Ademais dos custos en termos de mortalidade, morbilidade e calidade de vida, a inactividade física supón un elevado esforzo financeiro para todos os países e rexións da UE (34).

Existen varias estimacións do custo que ten a inactividade física na atención sanitaria. Por un lado, a OMS estableceu que a inactividade física sería responsable do 7% do gasto sanitario (28) e, por outro, baseándose en estudos realizados no Reino Unido (35) e en Suíza (36), a OMS estimou que a inactividade física lle custa a cada estado entre 150 e 300 euros por habitante e ano (28).

Situándonos en Galicia, as enfermidades crónicas non transmisibles suporían un custo de 2.357.395.655,3 euros (70% do presuposto para 2011), e a inactividade física tería un custo que variaría entre:

- 235,7 millóns de euros (7% do total) e
- 419 a 849 millóns de euros (entre 150 e 300 euros por habitante e ano, para unha poboación de 2.797.653 habitantes en 2010).

Como vimos, se aos efectos da inactividade física se sumasen os da obesidade, os custos sanitarios duplicaríanse.

3.3. A análise do contexto.

3.3.1. A responsabilidade dos poderes públicos.

De acordo coa Constitución española, aos poderes públicos compételles organizar e tutelar a saúde pública a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios, fomentar a educación sanitaria, a educación física e o deporte e facilitar a axeitada utilización do ocio.

A Xunta de Galicia ten competencia para a administración e a xestión, supeditada á lexislación do Estado, en materia de educación e sanidade, e de xeito exclusivo na promoción do deporte e a utilización axeitada do ocio, a asistencia social, a promoción do desenvolvemento comunitario e o fomento da cultura e da investigación.

A Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia establece, entre outras, as prestacións sanitarias da Consellería de Sanidade en materia de saúde pública e indica que o establecemento de estándares e medidas de promoción de estilos de vida saudables e de prevención, en especial as de carácter intersectorial, é unha das súas competencias.

A Lei 11/1997, do 22 de agosto, xeral do deporte de Galicia, pretende fomentar a actividade deportiva como un hábito de saúde, benestar e correcta utilización do ocio e establece que: “Os poderes públicos da comunidade autónoma garantirán o libre acceso de todo cidadán en igualdade de condicións e oportunidades ao coñecemento e á práctica deportiva. Así mesmo, o concepto de actividade deportiva xeral interprétase e desenvólvese tratando de impulsar o deporte de competición, o de participación e o de alto nivel, ao mesmo tempo que as prácticas deportivas especiais, como as realizadas por persoas nas cales concorran circunstancias diferenciadoras por razón de idade, condición física ou psíquica ou situación persoal”.

3.3.2. As evidencias, recomendacións, directrices e normas.

Os estudos de carácter científico que recollen as evidencias sobre os prexuízos do sedentarismo e os beneficios da actividade física son innumerables e neste documento tan só se fará referencia puntualmente a algúns deles. A maior parte da información presentada pertence a documentos procedentes de organismos internacionais e nacionais, cuxos expertos fixeron o esforzo de reunila e, tras a súa concienciada análise, estableceron a categoría das evidencias e elaboraron recomendacións, directrices e normas (4, 7, 14, 16, 18, 37-48).

Relación entre a actividade física e a saúde.

A actividade física regular está considerada como un pilar fundamental na prevención e tratamento de múltiples enfermidades crónicas e constitúe un dos determinantes da saúde con maior influencia sobre a morbilidade e mortalidade na poboación.

Hoxe en día, xa non existen dúbidas sobre as interrelacións que hai entre a actividade física, a condición física, a saúde e a lonxevidade, aínda cando non se coñezan por completo as causas e os mecanismos implicados. O recoñecemento destas interrelacións é cada vez máis amplo e inclúe, ademais destes catro elementos, a calidade de vida, a morbilidade (enfermidade), a mortalidade e, como elemento asociado de enorme importancia, a alimentación. Non obstante, como o noso principal elemento de atención é a actividade física, deixaremos algo de lado as cuestións alimentarias, a pesar de que son inseparables de calquera actividade física, pois para vivir necesítase ingresar e gastar enerxía.

Relación entre a actividade física, a condición física e a saúde.

Tradicionalmente, considerábase que os efectos da actividade física sobre a saúde se debían á mellora na condición física que se producía coa práctica de exercicio. Ao practicar exercicio mellorábase a condición física e isto tiña dous efectos, por un lado incrementaba a saúde e, por outro, ao gozar de mellor condición física, permitíalles ás persoas unha práctica maior de actividade. Non obstante, ese modelo foi superado polo paradigma ou modelo de Toronto (6) que está representado na Figura 2.

Del podemos extraer certas conclusións:

- A condición física non só depende da actividade física ou da saúde, tamén inflúen nela cuestións como a xenética e cuestións de tipo ambiental. Por exemplo, a condición xenética fará que a resposta ante o exercicio sexa distinta segundo a persoa; unhas conseguirán mellorar rapidamente a súa condición física e a outras custaralles máis. Como exemplo do segundo factor, podemos ter a alimentación ou o descanso, que influirán determinadamente na variación da condición física.
- A actividade física garda unha relación directa e inmediata coa saúde (como sinalan as frechas), e pode ter efectos positivos sobre a saúde sen producir mellora ningunha na condición física.

- A actividade física tamén pode ter unha relación indirecta coa saúde, a través da condición física. Cando a actividade física alcanza certa cantidade e calidade, xa pode ter efectos sobre a condición física e, deste modo, influir sobre a saúde.

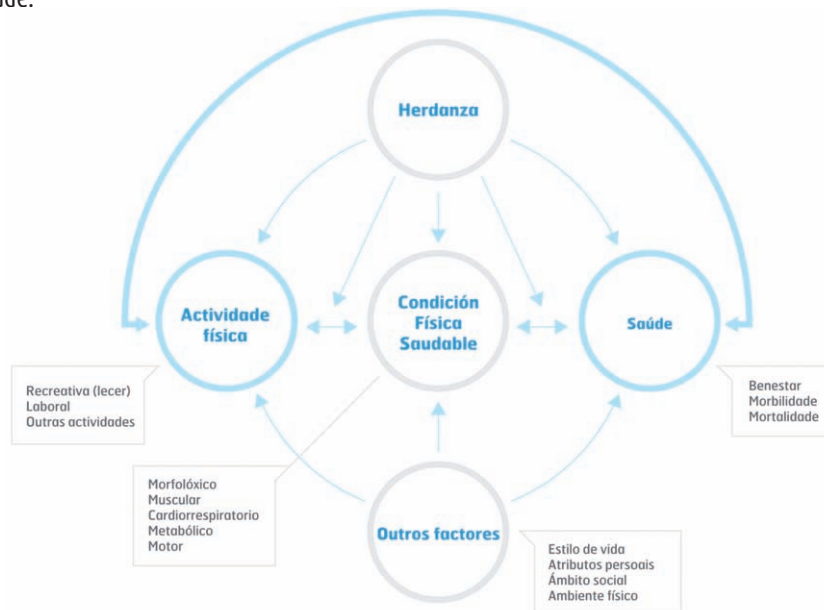


Figura 2. Modelo de Toronto (6)

O mesmo paradigma de Toronto, que nos permite explicar as relacións positivas entre actividade física, condición física e saúde, poderíanos servir para entender os efectos perniciosos da inactividade sobre o estado de saúde e como a perda desta xera un círculo vicioso que perpetúa e acrecenta o problema (ver Figura 3).

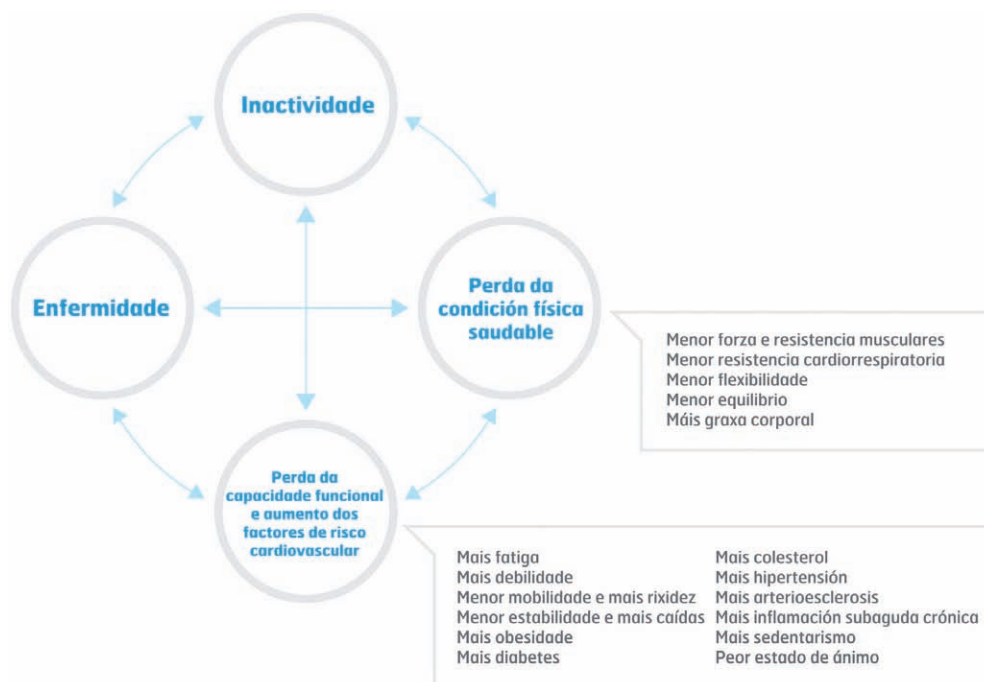


Figura 3. Relación entre a inactividade física e a perda de condición física coa perda de capacidade funcional, os factores de risco e a enfermidade.

Como resúmen, poderíamos afirmar que a grandeza da actividade física en xeral e do exercicio en particular, cando se utiliza no ámbito da saúde e de forma axeitada, é que pode desempeñar tres papeis de xeito simultáneo aínda que se utilice primariamente para un só deles: **rehabilitador** (tratamento), **preventivo** e como **fonte de benestar**.

Beneficios da actividade física.

Sobre as persoas.

Entre os principais beneficios demostrables cientificamente que proporciona a práctica de actividade física temos que (43):

- Axuda a reducir a mortalidade por todas as causas.
- Prevé as enfermidades cardiovasculares e coronarias.
- Reduce a presión arterial e prevén a hipertensión.
- Mellora os lípidos sanguíneos e as lipoproteínas.
- Inflúe positivamente sobre os factores de coagulación e hemostáticos.
- Inflúe positivamente sobre os mediadores inflamatorios.
- Reduce e prevén o sobrepeso e a obesidade e mellora a distribución da graxa corporal.
- Prevé e mellora a diabeite tipo 2.
- Reduce a incidencia de cancro de colon.
- Prevé e mellora a dor lumbar, a artrose, a osteoporose e a sarcopenia.
- Prevé e mellora a depresión e a ansiedade.
- Mellora o rendemento cognitivo.
- Beneficia a persoas de todas as idades: facilita o crecemento saudable e o desenvolvemento social na infancia e reduce o risco de enfermidade crónica e mellora a saúde mental en adultos.
- Nas persoas maiores, proporciona independencia funcional e calidade de vida, mellora a aptitude músculo-esquelética, diminúe o risco de caídas e fracturas e protexe das enfermidades relacionadas coa idade.

A actividade física é a estratexia máis económica e con máis resultados positivos esperados a todos os niveis, pero moi especialmente no aumento da cantidade de anos vividos saudablemente e/ou a diminución de anos vividos con enfermidade.

Sobre o conxunto da sociedade.

O informe *Physical activity and health in Europe: evidence for action* (34) e *The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action* (47) indican que ademais de producir efectos directos sobre a saúde, a actividade física pode xerar beneficios sociais, económicos e influír positivamente noutras condutas de saúde:

- É unha oportunidade para interactuar con outras persoas, coa comunidade e co ambiente.
- Podería axudar a reducir as condutas antisociais e delituosas (49).
- Aumenta o sentido de pertenza á comunidade e permite que as propias comunidades adquiran capacidade, confianza e habilidades para afrontar retos maiores (50).
- Pode contribuír a reducir a demanda social para a atención dos fillos (51).
- Tende a asociarse con outras condutas saudables, como poden ser unha alimentación máis sa e a abstinencia do tabaquismo (52).
- É un recurso apropiado para a rexeneración dos espazos ou barrios abandonados (53, 54).
- Pode reducir a contaminación nociva do aire e as emisións de gas de efecto invernadoiro (tamén coñecidas porque exercen un efecto negativo na saúde), contribuíndo a un maior desenvolvemento sustentable (47).
- Reduce a inversión das cidades en transportes públicos (55).
- Reduce o absentismo laboral e aumenta a produtividade (56).
- Reduce os gastos sanitarios derivados da inactividade (34-36, 53, 57); por cada euro gastado no fomento da actividade física se obtería un retorno de ata 13,1 euros (58). A OMS estimou que a inactividade lle custaría a cada estado entre 150 e 300 euros por habitante e ano (34).

Cal é a actividade física recomendable?

O factor protector do gasto enerxético: cara a un novo paradigma.

Gaziano (59) recorda que a transición epidemiolóxica que estamos a vivir se caracteriza, entre outras cousas, pola falta de actividade física, e que as ECNT están máis fortemente ligadas a esta carencia que aos problemas nutricionais.

Prentice e Jebb (60) encontraron máis relación entre o incremento da obesidade e o número de horas semanais que se ve a televisión ou o número de automóviles por familia (variables ligadas ao sedentarismo) que co incremento de calorías das dietas.

Recentemente, en España publicáronse os datos do estudo DRECE 1990-2010 (Dieta e Risco de Enfermidades Cardiovasculares en España) (61), demostrando que nas dúas últimas décadas, ao mesmo tempo que aumentaron a obesidade e o sobrepeso, produciuse unha diminución nas calorías consumidas diariamente polos españois (250 kcal menos por día). O que significa que o sobrepeso é basicamente un problema de insuficiente gasto de enerxía vinculado ao sedentarismo.

A protección proporcionada por unha forma activa de vida e unha boa condición física contra varias enfermidades crónicas, con independencia do peso corporal, foi demostrada por Lee e outros en 1999 (62). Ata tal punto é así, que os individuos que teñen sobrepeso ou son obesos e con boa condición física teñen menor risco de padecer enfermidades crónicas relacionadas coa obesidade ou de sufrir morte prematura que as persoas con peso normal e con baixa condición física.

Tarducci e outros (63) propoñen achegarse á cuestión dende outro enfoque. Manter o peso non é suficiente para garantir unha correcta composición corporal, pois un peso normal pode coexistir cun exceso de graxa. Ademais, manter o peso non significa necesariamente ser fisicamente activo e, polo tanto, tampouco contrarresta os efectos perniciosos do sedentarismo (que é un factor de risco en si mesmo). En cambio, manter un nivel de actividade física adecuado, en cantidade e calidade, si pode axudar a manter un peso correcto e, aínda que o peso non fose o ideal, si que contribuíría a lograr unha correcta composición corporal (menos graxa) e, obvio é dicilo, neutralizaría as consecuencias indesexables do sedentarismo. En poucas palabras, **parece que paga a pena enfocar o problema na inactividade física e convertela no elemento prioritario do pensamento que guíe as intervencións.**

A actividade física é beneficiosa por si mesma e inflúe favorablemente sobre outros factores de risco, ademais de constituír un recurso terapéutico barato e que, ben administrado, mellora ostensiblemente moitos trastornos da saúde. Esta calidade é única e non está presente en ningunha outra estratexia de prevención.

Comprender este fenómeno dá lugar a un novo enfoque dos programas de prevención e promoción da saúde. En modo algún significa non coidar a inxestión da dieta, senón simplemente darlle á actividade física, e en consecuencia ao gasto enerxético, o lugar de privilexio que debe ter en todas as políticas de promoción e os programas de prevención.

A actividade física é o mellor medicamento.

Non existe dieta ou terapia farmacolóxica que produza ao mesmo tempo, sen efectos secundarios e de xeito tan barato, os beneficios directos e indirectos da actividade física.

Un novo paradigma:

- Se se acepta que o beneficio para a saúde provén dun aumento no gasto enerxético e que se pode conseguir a través da incorporación de máis actividade física na vida cotiá, sen que resulte imprescindible participar en programas estruturados de exercicio, terase a oportunidade de promover a actividade física no medio onde as persoas viven ou traballan, unha estratexia válida para previr a obesidade e outras ECNT (Poortinga, 2011 (64) e 2006 (65)).
- Os esforzos públicos por mellorar a saúde xeral e para previr enfermidades crónicas non transmisibles veríanse favorecidos se se utilizasen máis e mellores recursos na promoción de vida activa e, en especial, destinados a aumentar o gasto de enerxía proveniente da actividade física.

Actividade física, exercicio físico ou deporte?

Calquera modalidade de actividade física é útil para manter un bo estado de saúde. Utilizar unha ou outra alternativa vai depender das condicións persoais e do estado de saúde.

A actividade física moderada e progresiva pode recomendarse de xeito xeral e os seus riscos son baixos.

Cando hai algunha enfermidade ou lesión, o aconsellable é realizar exercicio físico adaptado e, polo menos inicialmente, supervisado por un profesional.

O deporte, practicado de modo competitivo, debería reservarse para as persoas que contan cunha condición física apropiada para iso.

Recomendacións por grupos de idade.

A OMS fixo recentemente recomendacións para os diferentes grupos de idade (4), de 5 a 17 anos, de 18 a 64 e de 65 en diante. Outros organismos fixeron tamén recomendación aos menores de 5 anos.

Grupo de menos de 5 anos.

Segundo unha revisión sistemática (66) contemplando as idades entre 2 e 6 anos, só a metade da poboación realizaba actividade física suficiente a estas idades, e o 89% de tempo que os nenos e nenas pasan nas escolas infantís corresponde a actividades sedentarias. Segundo datos canadenses, en 1971 a idade media á que se comezaba a ver a televisión era de 4 anos, na actualidade é de 6 meses.

As recomendacións para este grupo de idade son:

- Entre 1 e 3 anos un mínimo de 30 minutos de actividade física estruturada e de 1 hora de actividade desestruturada ao día.
- Os mesmos parámetros para os 4 e 5 anos pero pasando a 1 hora de actividade estruturada.
- Até o primeiro ano de idade, debese actuar no entorno próximo do neno ou nena e facilitar oportunidades para experimentar o movemento en compañía dos seus cuidadores.

Grupo de 5 a 17 anos.

- Acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividade física moderada ou vigorosa (obxectivo mínimo de actividade física diaria para mellorar a saúde e previr as ECNT).
- A actividade física durante máis de 60 minutos reporta beneficios adicionais para a saúde.
- A actividade física diaria debería ser, na súa maior parte, aeróbica.
- Conviría incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer os músculos e os ósos, como mínimo tres veces á semana.

Grupo de 18 a 64 anos.

- Acumular un mínimo de 150 minutos semanais de actividade física aeróbica moderada, ou ben un mínimo de 75 minutos semanais de actividade aeróbica vigorosa, ou ben unha combinación equivalente de actividade moderada e vigorosa.
- A actividade aeróbica realizarase en sesións de 10 minutos, como mínimo.
- Para obter maiores beneficios, os adultos deberían incrementar eses niveis ata 300 minutos semanais de actividade aeróbica moderada, ou ben 150 minutos de actividade aeróbica vigorosa cada semana, ou ben unha combinación equivalente de actividade moderada e vigorosa.
- Deberían realizar exercicios de fortalecemento muscular dos grandes grupos musculares dous ou máis días á semana.

Grupo de 65 anos en diante.

- Acumular un mínimo de 150 minutos semanais de actividade física aeróbica moderada, ou ben non menos de 75 minutos semanais de actividade aeróbica vigorosa, ou ben unha combinación equivalente de actividade física moderada e vigorosa.
- A actividade aeróbica desenvolverase en sesións de 10 minutos como mínimo.
- Para obter aínda maiores beneficios, os adultos deste grupo de idade deberían aumentar ata 300 minutos semanais a súa actividade física mediante exercicios aeróbicos de intensidade moderada, ou ben practicar 150 minutos semanais de actividade aeróbica vigorosa, ou ben unha combinación equivalente de actividade física moderada e vigorosa.
- Os adultos de maior idade con dificultades de mobilidade deberían dedicar tres ou máis días á semana a realizar actividades físicas para mellorar o seu equilibrio e evitar as caídas.
- Deberían realizarse actividades de fortalecemento muscular dos grandes grupos musculares dúas ou máis veces á semana.
- Cando os adultos deste grupo non poidan realizar a actividade física recomendada debido ao seu estado de saúde, deberían manterse activos ata onde lles sexa posible e lles permita a súa saúde.

No caso das mulleres.

- As investigacións abalan a importancia da práctica de actividade física das mulleres no contexto da saúde mental, da saúde reprodutiva, nas enfermidades crónicas ou no consumo de sustancias (67). Dado que existen diferenzas entre como afectan as enfermidades a homes e a mulleres é importante ter en conta a evidencia específica sobre patoloxías e xéneros, sempre evitando patoloxizar procesos naturais na vida das mulleres como o caso da menopausa.

E en caso de enfermidade?

- 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 prescrición de exercicio en diversas patoloxías. Para máis información ver o documento completo do Plan.

Exercicio en caso de enfermidade:

- Está suficientemente demostrado o valor terapéutico e preventivo do exercicio físico na maioría das enfermidades.
- A práctica segura, que garanta os maiores beneficios e reduza os riscos, e a adherencia a esta, require a participación de profesionais especializados.
- Non existe normativa específica que instaure este tipo de prácticas no sistema sanitario nin que regule a intervención profesional nestas.

Deseño das intervencións.

Que se entende por coidado da saúde? Onde está o desafío?

O concepto de saúde evolucionou co transcurso da Historia: dende considerar a saúde como a mera ausencia de enfermidade (que orixinariamente era un castigo divino), ata un estado desexable do maior benestar físico, psíquico e social.

Hoxe sábese que o estado de saúde das persoas depende de moitos factores, algúns modificables e outros non, algúns que pode manexar cada persoa e outros que teñen que ver co contorno e as oportunidades. Hoxe a saúde e o seu coidado transcenden claramente da responsabilidade persoal e convértese nunha responsabilidade pública e comunitaria.

Dende o informe clásico de Lalonde (1974) (68) e o estudo de Tarlov (1999) (69), coñécese o importante que é o peso que teñen no coidado da saúde os comportamentos e os estilos de vida das persoas, o ambiente e as condicións sociais.

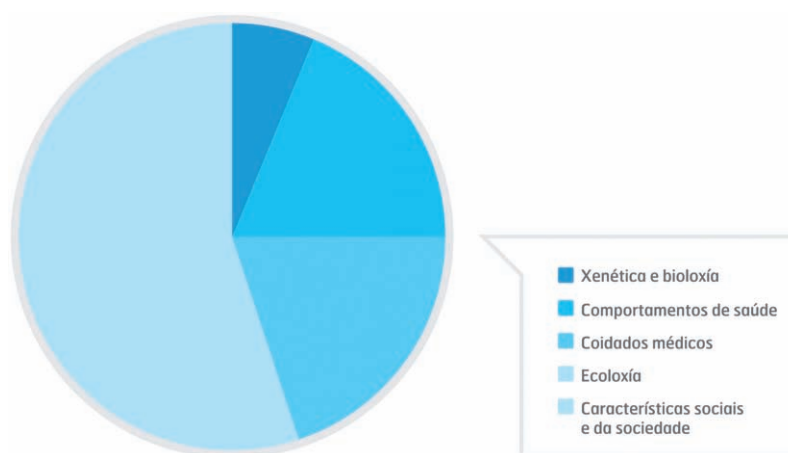


Figura 4. Importancia dos determinantes da saúde, modificada de Tarlov (1999) (79).

Segundo Terris (71), a saúde tería dúas dimensións: unha subxectiva (a sensación de benestar) e outra obxectiva e mensurable (a capacidade de funcionamento) (Figura 5). De acordo con estes conceptos, propuxo modificar a definición da OMS e substituíla por "un estado de benestar físico, mental e social con capacidade de funcionamento, e non só a ausencia de enfermidades e invalideces". Ese concepto é máis operativo, pois ao suprimir o termo "completo" elimina a utopía da definición anterior de Stampar, mantén o benestar e engade a capacidade de funcionamento (capacidade de traballar, capacidade de estudar, de gozar da vida, etc.), e introduce a posibilidade de medir o grao de saúde (8).

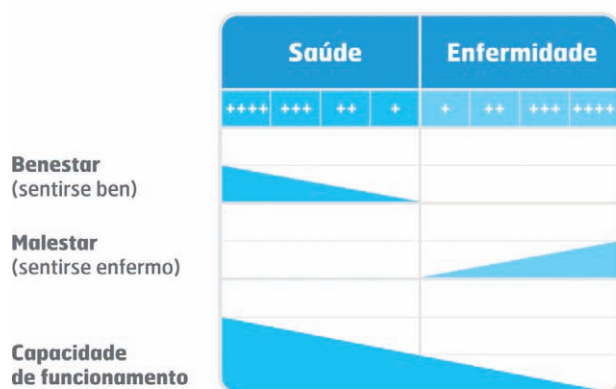


Figura 5. Dimensións da saúde-enfermidades: unha subxectiva (a sensación de benestar) e outra obxectiva e mensurable (a capacidade de funcionamento), segundo Terris (1980) (71)

A saúde e a enfermidade formarían un continuo (Figura 6) no que a enfermidade ocuparía o polo negativo, en cuxo extremo estaría a morte, e a saúde ocuparía o seu polo positivo, en cuxo extremo se situaría o nivel óptimo de saúde (segundo a definición da OMS). No centro habería unha zona neutra onde sería imposible separar o normal do patolóxico. Ao longo da vida, as persoas podemos transitar entre ambos os dous extremos, aínda que o desexable é situarse preto do extremo máis favorable.

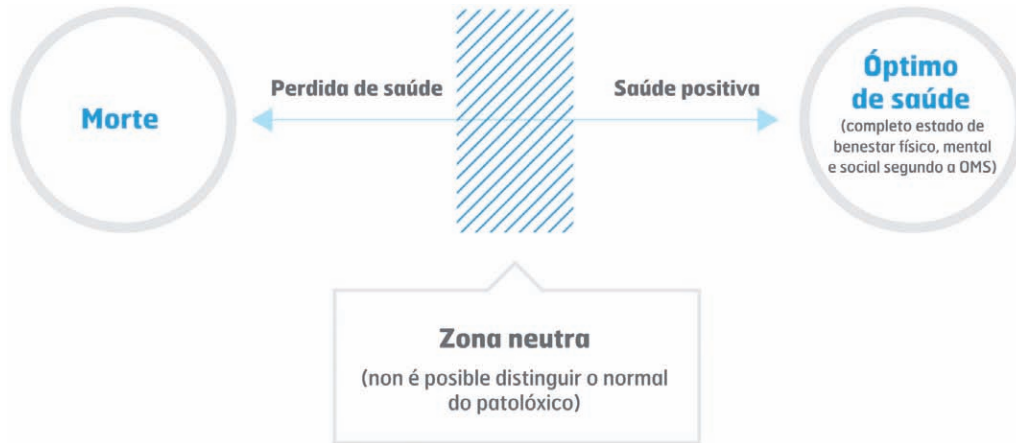


Figura 6. Continuo saúde-enfermidade, de Terris (1980) (70).

Cando ampliamos este esquema e o vemos dende unha perspectiva comunitaria (71), dado que o óptimo de saúde é dificilmente alcanzable e a morte é inevitable, estes termos pódense substituír polos de "elevado nivel de bienestar e de capacidade de funcionamento" e "morte prematura". Ao observar a Figura 7 enténdese que tanto a saúde como a enfermidade son altamente influenciadas por factores sociais, culturais, económicos e ambientais. Todos eles actúan sobre a zona neutra e provocan a evolución cara á saúde ou cara á enfermidade.



Figura 7. Proposta operativa para a comunidade do continuo saúde-enfermidade (71).

O gran reto entón que se lle formula a unha comunidade é decidir cara a onde quere transitar no continuo saúde-enfermidade. O desafío será decidir se se contenta con que cada persoa se sitúe onde poida, xeralmente na zona neutra, e intervir para restaurar a saúde cando se perda, prestando asistencia sanitaria, rehabilitación e reinserción social ou, se non o acepta e opta por realizar un esforzo colectivo para camiñar cara a un estado de saúde positiva. Neste segundo suposto, escóllese a defensa e fomento da saúde e a prevención da enfermidade. Débese asumir que este é o desafío e que se trata dunha responsabilidade esencial de todo o goberno, compartida tamén con toda a comunidade.

No caso de Galicia acéptase o reto, e parte a resposta está neste mesmo Plan.

Quen debe tomar a responsabilidade?

Se o obxectivo común e final é lograr que a poboación adopte estilos de vida fisicamente activos para alcanzar unha mellor calidade de vida, deberán terse en conta todos os elementos que poden influír na adquisición, mantemento e perda dos hábitos individuais. Ao falar de hábitos convén ter presente que as persoas desenvolvemos a nosa existencia relacionándonos con outras e en ámbitos físicos máis ou menos concretos. A nosa conduta vén en parte determinada pola influencia de todos os elementos que nos rodean:

- non somos alleos ás opinións ou crenzas dos nosos familiares, amigos, compañeiros de traballo ou veciños;
- estamos influídos polas condicións socioeconómicas e culturais nas que vivimos, e
- o urbanismo entendido en sentido amplo e o acceso ás actividades e servizos poden facilitarnos ou dificultarnos a adopción duns ou doutros estilos de vida.

Estas apreciacións permiten facernos unha idea da magnitude e a complexidade da solución do problema.

No esquema desenvolvido polo Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity (45) vese como se superpoñen as diferentes áreas de influencia sobre os hábitos de saúde das persoas. Poderían dividirse en áreas de influencia próximas ou inmediatas (familia, amigos...), outras intermedias (escola, ámbito laboral...) e, finalmente, outras máis afastadas ou mediatas (política, cultura e medios de comunicación). Todas elas deben formar parte do fomento de estilos de vida fisicamente activos.

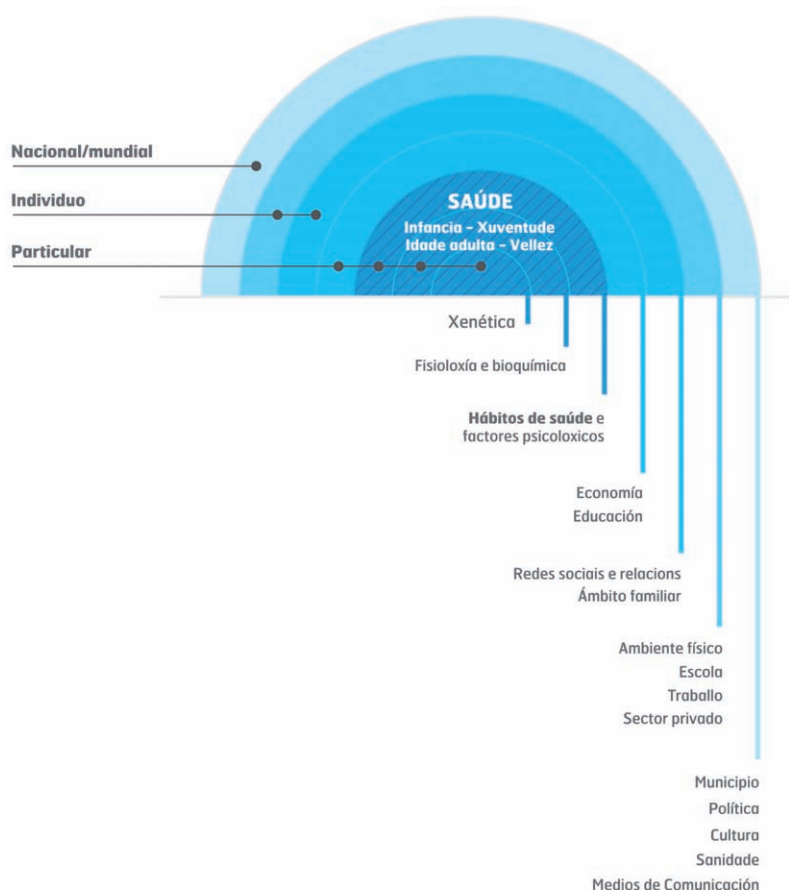


Figura 8. Serie de semicírculos concéntricos na que se mostran os diferentes ámbitos posibles de intervención. Na cúspide xerárquica están aquelas decisións ou cambios relacionados coa política, a cultura e os medios de información masivos, que son os que terán efectos máis extensivos. Modificada do Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity (45).

Non obstante, aínda aceptando unha responsabilidade común, as repercusións sobre a poboación xeral serán distintas en función de quen actúe e de que decisións se tomen. Canto máis elevado sexa o ámbito no que se decide, maiores serán os efectos logrados. Na parte máis elevada encóntranse os ámbitos políticos, a cultura e os medios de comunicación masiva. Isto significa que, calquera acción que proceda dalgún destes ámbitos (decisión política, cambio cultural ou intervención dos medios de comunicación) terá repercusións sobre un gran número de persoas. Á inversa, canto máis preto do individuo se interveña, os beneficios que se alcancen afectaránlle a un número menor de cidadáns. Dito doutro modo, será moito máis efectiva unha boa decisión dun gobernante, que a doutros moitos posibles actores. Un responsable da administración educativa que decida aumentar as horas de actividade física no currículo escolar fará máis pola saúde pública que todos os hospitais xuntos da comunidade.

Na seguinte táboa, preséntase unha lista dos posibles participantes, proposta por Edwards e Tsouros (72), como integrantes da asociación necesaria para promover a actividade física na cidadanía.

SECTORES		
Público (governos e administracións)	Sociedade civil (asociacións e organizacións)	Privado
Políticos	Deporte	Empresarios
Deporte e recreación	Cultura	Traballadores
Saúde	Natureza	Empresas de <i>fitness</i> e similares
Transporte	Saúde	Patrocinadores
Urbanismo	Veciños	Medios de comunicación
Educación	Grupos especiais	
Lexislación	Grupos informais	
Turismo		

Táboa 2. Participantes nas tarefas de promoción da actividade física (72).

Quen deben ser os destinatarios?

Probablemente, esta sexa a pregunta máis doada de responder. Se nos baseamos nas recomendacións da OMS e da UE, os destinatarios, é dicir os beneficiarios últimos dun plan de fomento da actividade física deben ser todos os cidadáns.

As intervencións deben abranger todas as etapas da vida das persoas, aínda que priorizará as medidas dirixidas á infancia, á adolescencia e ás mulleres xestantes, e prestaralles especial atención ás necesidades dos grupos socioeconómicos máis vulnerables, co fin de reducir e evitar as desigualdades. As persoas con poucos ingresos non teñen as mesmas oportunidades para realizar actividade física, sobre todo no tempo de ocio, polo que presentan niveis máis baixos de práctica.

Ademais, está amplamente demostrado que os maiores beneficios para a saúde pública se obteñen cando os máis sedentarios melloran o seu nivel de actividade física.

Como e onde actuar?

Ter claros os obxectivos e as metas non é suficiente para asegurar a implantación efectiva das intervencións. Nos tempos actuais, as intervencións para promover a saúde e os hábitos de actividade física deben:

- Ter en conta que vivimos nun mundo globalizado no que se producen desigualdades crecentes, novas formas de consumo e comunicación, cambios ambientais e urbanísticos... (39)

- Basearse nos criterios de calidade de efectividade demostradas, de acordo coa Comisión das Comunidades Europeas en 2008 (16) e a Global Advocacy for Physical Activity en 2010 (47).

Á hora de elixir as iniciativas deben priorizarse aquelas que xa demostraron a súa efectividade porque é importante utilizar ben os recursos públicos. As que aínda non se demostrasen suficientemente útiles poden ensaiarse a través de estudos piloto, pero nunca en detrimento das primeiras. Ata a data, as únicas iniciativas que demostraron ser efectivas (40,48,73) son:

- Os programas escolares nos que se lles dea prioridade á educación física e ao desenvolvemento de hábitos saudables.
- O desenvolvemento e a aplicación de políticas para fomentar o transporte activo.
- As normativas para o deseño e a mellora dos espazos urbanos accesibles e seguros que fomenten a vida activa.
- Os programas comunitarios para educar e concienciar a poboación en materia de saúde e estilos de vida saudables dende diferentes medios.
- Os programas comunitarios integrais de actividade física adaptados ao contexto e características do grupo poboacional diana e integrados nos diferentes sistemas de actuación (concello, centros de educación e formación, empresas, centros de saúde...).

Con carácter xeral, os plans de fomento da actividade física deberían ter en conta como mínimo: un enfoque transversal e cooperativo; a importancia da política para garantir un acceso igualitario; a importancia dos medios de comunicación para actuar sobre a conciencia pública; a vixilancia, a investigación e a avaliación; a reorientación dos servizos aos cidadáns; o reforzamento da acción comunitaria e o desenvolvemento das aptitudes persoais.

Os ámbitos de intervención son o educativo, o sanitario, o laboral, o comunitario e o de tempo libre e deporte. Para asegurar a participación de toda a poboación, sería necesario atender dun modo máis específico a certos colectivos: mulleres, persoas maiores, persoas con discapacidade e persoas en risco de exclusión social.

3.3.3. As características de Galicia.

Xeografía.

A situación periférica de Galicia e a súa orografía dificultaron a construción de infraestruturas de comunicación co resto do Estado e produciron certo “**illamento e atraso no desenvolvemento xeral**” que, grazas aos esforzos dos últimos anos e a aparición de novas formas de comunicación, se están a superar.

Climatoloxía e medio ambiente.

O clima galego é o suficientemente benigno como para poder realizar actividade física ou deporte ao aire libre (é máis favorable que en países como Holanda, onde a bicicleta se usa masivamente) e non leva consigo riscos porque a calidade do aire é boa.

Distribución territorial.

Galicia distribúese territorialmente en 4 provincias coas súas correspondentes deputacións, 53 comarcas, 315 concellos e 3.778 parroquias.

Poboación: número, distribución e densidade.

A principios de 2010 Galicia tiña unha poboación de 2.797.653 habitantes, que se distribúe dunha forma moi dispersa e desigual: o 75,4% faino nas provincias costeiras (A Coruña e Pontevedra) e o 24,6% restante nas interiores (Lugo e Ourense).

En xeral, a partir dos 64 anos hai máis mulleres que homes, aínda que nas provincias costeiras esta diferenza aparece antes. Precisamente nestas provincias radica a maior cantidade de actividades dos sectores secundario e terciario. Vemos tamén que o 50,7% da poboación se encontra en 22 municipios maiores de 20.000 habitantes (incluídas as 7 principais cidades, que superan os 50.000 habitantes cada unha e supoñen o 35,7% do total da poboación). O 43,3% restante da poboación distribúese en 293 municipios, na súa maioría nas provincias interiores.

En xeral, nos concellos máis urbanos a densidade é máis alta mentres que nos concellos máis rurais é menor. Salvo nas 7 cidades galegas, podemos dicir que en Galicia a poboación está bastante dispersa (zona interior). Ante esta situación, parece razoable canalizar as intervencións no ámbito comunitario e local de dúas maneiras diferentes: nas grandes cidades a través dos propios concellos, e nas zonas con máis dispersión, a través das comarcas e as deputacións provinciais.

Natalidade, mortalidade, envellecemento e previsión para o futuro.

A poboación galega redúcese e envellece. A natalidade está a descender e a mortalidade aumentando. Prevese que no futuro vaia descendendo o número de cidadáns (un 1,5% en 2020).

Galicia caracterízase por un acusado nivel de envellecemento e sobreenvellecemento (dos máis elevados de España e das rexións da Unión Europea), que se presenta sobre todo nas provincias de Lugo e Ourense e, moi maioritariamente, no sexo feminino. Hai case o dobre de persoas maiores que de menores de 16 anos. Esta situación, xunto á natalidade e mortalidade, está a inverter a pirámide normal de poboación.

A actividade económica.

De acordo coa súa **dedicación principal**, dunha poboación total de 2.797.653 habitantes, 1.080.700 persoas traballan por conta propia ou allea (38,6% da poboación), 759.317 son pensionistas (27,12%) e 433.900 son estudantes (15,5%).

A gran maioría dos cidadáns ocupados traballan no sector de servizos (67,6%), e é superior o número de mulleres que de homes. Séguese moi distanciada o sector secundario da industria onde predominan os homes, a continuación, a construción (sector case exclusivo dos homes). A agricultura, a gandería, a caza e a silvicultura sitúanse en cuarto lugar (igualdade entre homes e mulleres) e por último a pesca e acuicultura.

O poder adquisitivo da cidadanía galega é menor que no conxunto do Estado. Isto xunto coa elevada taxa de paro, que segue crecendo, fai que a situación económica de moitos cidadáns sexa precaria.

En 2009 os ingresos medios por fogar foron de 2010 euros/mes. O salario medio anual dos galegos foi de 18.217 euros, 20.271 euros para os homes e 15.594 euros para as mulleres. A taxa de risco de pobreza sitúase no 14,32%.

A taxa de paro no último trimestre de 2010 era de 15,7% (15,2% para homes e 16,3% para mulleres). Pontevedra e Ourense son as provincias con maior taxa de paro. A tendencia é o aumento progresivo da taxa de paro, especialmente en mulleres.

Tanto no ámbito laboral como económico, a muller galega sofre unha considerable discriminación.

As intervencións deben asegurar o acceso libre á práctica de actividade física de todos os galegos, sen que o poder adquisitivo e a falta de recursos constitúan un impedimento.

En 2009 o número de empresas con sede social en Galicia foi de 209.870, das cales 123.377 son autónomos sen asalariados. De todas elas, só 110 tiñan 250 ou máis asalariados, que se distribúen: 56 na provincia da Coruña (prin-

principalmente, na Coruña, Santiago e Arteixo), 4 en Lugo (3 delas no Concello de Lugo), 11 en Ourense (principalmente, en Ourense e San Cibrao das Viñas) e 39 en Pontevedra (principalmente, en Vigo, O Porriño e Vilagarcía de Arousa). O que volve confirmar a concentración de actividade e de persoas na costa atlántica.

O urbanismo e a mobilidade.

En xeral, o urbanismo galego non facilita especialmente a práctica de actividade física na rúa. Aínda que algúns gobernos locais empezaron a atender esta demanda “humanizando” os ámbitos, aínda non é suficiente. Non se dispón de datos veraces e actualizados sobre as facilidades das que dispoñen os galegos e galegas para realizar os seus desprazamentos diarios dun modo activo (camiñando ou en bicicleta), nin sobre as zonas de espaxamento para realizar outro tipo de actividades físicas dun modo seguro, gratuíto e próximo ao seu lugar de residencia.

Non obstante, si se poden afirmar algúns feitos. Os espazos construídos que contan con elementos mecánicos de transporte (ascensores ou escaleiras mecánicas) priorizan o seu uso, situándoos de tal maneira que os usuarios xa non consideran outra opción. Pola contra, as escaleiras ou ramplas adoitan situarse en lugares menos accesibles e non invitan ao seu uso (espazos pequenos e escuros). Sábese tamén que tanto os quilómetros de carril bici como as bicicletas públicas para alugar aínda son insuficientes. Tampouco existen moitos puntos de aparcadoiro para bicicletas, sobre todo en organismos públicos de uso colectivo a onde acoden a maioría de cidadáns nalgunha ocasión (centros educativos, concellos, centros de saúde, etc.). Os motivos polos que apenas se usa a bicicleta son a falta de seguridade viaria, a falta de infraestruturas axeitadas e a falta de información e educación no tema.

En canto á mobilidade deberíase reservar o uso de medios mecánicos (ascensores, etc.) as situacións puntuais e especiais, fomentar o uso de transporte público fronte ao particular e, sobre todo, fomentar o uso de transportes alternativos “limpos” que impliquen actividade física.

No deseño urbanístico orientado á promoción de actividade física debería terse en conta crear ou adecuar zonas accesibles e atractivas para todos, que ofrezan a posibilidade de realizar actividades físicas e que se permita o seu uso. É importante pensar nos diferentes grupos de poboación que poden ser usuarios, por exemplo, para moitas persoas maiores é indispensable poder acceder a aseos públicos se van realizar calquera actividade física (ir comprar camiñando).

Todas estas medidas ademais de resultar beneficiosas para a saúde pública contribuirían ao aforro enerxético eléctrico, cuxo consumo se está a disparar até cotas insostibles.

Afortunadamente a situación está a cambiar e a Consellería de Medio Ambiente, Territorio e Infraestruturas implicouse nesta problemática e está elaborando o Plan director de mobilidade alternativa.

Os medios de comunicación.

Os medios de comunicación masiva son esenciais para contribuír á propagación das mensaxes e ao cambio cultural que se persegue co Plan Galicia saudable.

No contexto galego, os medios mais seguidos son:

1. A televisión: TVE, Telecinco e TVG.
2. A radio: Ser e Os 40.
3. Os soportes exteriores.
4. As revistas.
5. Internet: lavozgalicia.es, marca.com e 20minutos.es.
6. Os diarios: La voz de Galicia, Faro de Vigo, Marca, Ás e 20 minutos.

A produción cultural en Galicia.

Se se analiza a produción cultural galega, o ano 2009 pódese considerar como un mal ano para o sector editorial galego atendendo ao descenso do número de títulos (3180) e exemplares editados (tirada media de 1405 exemplares por título). Tamén se reduciu a produción editorial en galego. No último ano segue descendendo o número de títulos traducidos do galego, aínda que aumenta o de exemplares.

Os datos da OXD (Oficina de Xustificación da Difusión) mostran que os dous principais periódicos galegos presentan no ano 2009 un descenso tanto da súa tirada como da súa difusión: La Voz de Galicia reduce a súa tirada ata os 116.761 exemplares diarios e a súa difusión ata os 100.664 e Faro de Vigo, ata unha tirada de 46.100 exemplares e unha difusión de 39.154.

Se 2009 foi un mal ano para a produción editorial galega, os datos da SGAE reflicten que non é así en termos de recadación nos espectáculos de artes escénicas, música clásica ou popular e no cine; o número de espectadores no conxunto das artes escénicas e de música popular descendeu, pero a recadación aumentou.

Uso de tecnoloxías da información e a comunicación.

O uso das TIC en Galicia está á cola das comunidades autónomas. O 58,5% dos fogares galegos dispoñían en 2009 dalgún tipo de ordenador e un 42,3% tiña acceso a Internet (39,7% en 2008). A pesar deste aumento, Galicia encóntrase moi lonxe da media estatal (54%), e sitúase como a segunda comunidade autónoma con menor dispoñibilidade de ordenador e menor porcentaxe de vivendas con acceso a Internet, tras Extremadura.

En relación co uso de tecnoloxías da información e das comunicacións nas empresas, o uso de ordenadores está estendido na práctica totalidade destas. O 92,9% das empresas galegas de dez ou máis asalariados dispoñía de conexión a Internet en xaneiro de 2009, e delas, o 96,1% accedía a través dalgún tipo de banda ancha. A porcentaxe de empresas galegas que dispón de sitio/páxina web en Galicia mantense arredor do 55%, e sitúase case catro puntos por debaixo da media estatal (58,9%).

En Galicia, o 98,8% dos fogares estaba equipado con teléfono móbil en 2009, usábo o 85,1% da poboación galega e o 60,8% de nenos entre 10 e 15 anos dispoñían de móbil (94).

Polo tanto, a utilización de Internet como medio de transmisión de información e de prestación de servizos en Galicia garantiríalle o acceso, no mellor dos casos, ao 42,3% dos fogares e ao 92,9% das empresas con 10 ou máis asalariados. O servizo máis usado é o correo electrónico.

En cambio, dispoñen de teléfono móbil o 85,1% da poboación galega en xeral e o 60,8% dos nenos entre 10 e 15 anos.

Turismo activo.

A oferta de **turismo activo** en Galicia (19 empresas en 2009) é case inexistente, cando a nosa comunidade autónoma posúe unhas características xeográficas e ambientais que a fan idónea para este tipo de turismo. Ademais, en Galicia existen varios ciclos formativos que están orientados a este tipo de turismo, tanto da propia rama da restauración e hostalería como das actividades físicas e o medio natural.

Ocio e recreación.

Os/as galegos/as non dispoñen de moito tempo libre: o 43,1% declara ter menos de 4 horas nun día laborable (74). Este tempo repárteno entre varias actividades sociais (familia, amigos, etc.), culturais (teatro, televisión, etc.) e físicas (xardinería, deporte, etc.). As actividades de ocio preferidas son estar coa familia, ver a televisión, pasear e saír con

amigos/as ou a parella. Mentres que o uso de Internet ascendeu (24,2%), só fai deporte un 22,2% dos enquisados, seguidos de preto por aqueles que ven deporte (21%). Nestes datos de ocupación do tempo libre non se ten en conta a frecuencia de realización e, ademais, se se comparan cos do ano 2005, obsérvase que a **poboación galega cada vez se fai máis sedentaria no seu tempo libre**.

A cantidade de galegos que realiza actividades físicas no seu tempo libre é aínda reducida (22,2%) e o tempo que se lle dedica entra en conflito con outras afeccións ou obrigas. De novo conséntase a “falta de tempo” e a necesidade de lograr un cambio cultural que permita dispoñer de máis tempo libre e concibir a actividade física dentro das actividades da vida cotiá.

Aínda que se podería mellorar a cantidade e a calidade das instalacións deportivas da Comunidade, a escaseza nótase sobre todo na dificultade dos clubs para dispoñer de instalacións onde adestrar, sobre todo, porque hai moitas instalacións deportivas escolares que permanecen pechadas e sen uso fora do horario lectivo. Non obstante, a poboación tende, cada vez máis ao uso de espazos non convencionais para a práctica de actividade física.

Dada a importancia da industria do fitness, faise imprescindible, para a continuidade no tempo deste plan e dos seus beneficios, unha ordenación do sector do fitness a fin de garantir a protección e viabilidade dos ximnacios privados como un medio para ampliar a rede de puntos de fomento e promoción da actividade física en toda a nosa comunidade.

Organización social e de apoio (benestar social).

Dispoñer dun sistema axeitado de apoio social permite conciliar mellor as tarefas laborais e da vida familiar, ao mesmo tempo que permitiría dispoñer de tempo para adoptar un estilo de vida máis saudable.

O informe de 2009 do CES de Galicia (24) valora positivamente o novo incremento rexistrado no número de prazas de escolas infantís, tanto nas públicas como nas privadas, aínda que entende que o seu número é insuficiente se temos en conta as dificultades para conciliar a vida laboral e familiar.

Outra obriga familiar adoita ser a atención á dependencia que en Galicia presenta necesidades maiores: ademais de haber máis porcentaxe de persoas con discapacidade, case a metade están clasificadas como de gran dependencia, o que agrava considerablemente a situación. Lamentablemente, a crise económica fará que as axudas da lei de dependencia do Estado diminúan (26), o que implica a busca de alternativas compensatorias, e entre elas, **os programas de actividade física adaptada son unha ferramenta idónea**.

3.3.4. Sobre a actividade física na poboación galega (90).

O nivel de práctica de actividade física en Galicia é baixo e desigual. O 57,6% da poboación de dez ou máis anos de idade practica algunha actividade físico-deportiva, non obstante, tan só un 36,3% desta realiza toda a actividade física desexable necesaria para manter un bo estado de saúde e **só un 16% dos galegos afirma facer actividade física a diario**.

A práctica físico-deportiva en Galicia é menor no ámbito rural. Os municipios de menos de 10.000 habitantes presentan porcentaxes menores de práctica que as grandes áreas metropolitanas. Ademais, os concellos máis pequenos presentan niveis máis baixos de satisfacción coa práctica deportiva e a actividade física, así como unha maior presenza de persoas que nunca practicaron deporte.

Se atendemos á idade, cabe destacar que a **poboación infantil e xuvenil galega mostra unha conduta pouco activa**. O 80,25% da poboación menor de 15 anos non realiza actividade física no tempo libre e, se o fai, é varias veces ao mes. Dos que practican, e segundo o xénero, apréciase unha maior participación entre os homes (61,4%) que entre as mu-

lles (53,8%). O que supón un dato especialmente preocupante porque as mulleres vivirán máis anos con peor estado de saúde e, ademais, os seus hábitos de actividade física inflúen de xeito importante nos dos seus fillos. Ademais tendo en conta que no caso galego os “coidadores” dos pequenos até que entran na escola son en maior medida as nais e que o feito de ter fillos é unha causa de abandono para a práctica de actividade física sería importante ter en conta este aspecto para poder propoñer actividades nas que tanto os nenos e nenas como as nais, pais ou coidadores, coidadoras puideran realizar actividade física. A educación das persoas adultas na estimulación motriz das súas fillas e fillos tamén contribuirá á creación de hábitos de actividade física e deporte no futuro.

En Galicia, ao igual que no ámbito estatal e europeo, existe unha correlación entre o nivel de estudos e a práctica de actividade física, de tal forma que **a maior práctica de actividade física se dá entre as persoas con maior nivel educativo.**

Existe un elevado nivel de sedentarismo durante a xornada laboral como consecuencia da introdución de novas tecnoloxías, dun predominio de profesións dentro do sector terciario e de que as empresas non teñen interese en que os seus traballadores/as sexan fisicamente activos/as. Unicamente o 7,79% da poboación galega maior de 16 anos realiza tarefas que requiren un grande esforzo físico. Así mesmo, case a metade dos adultos mostra unha actividade física baixa ou moi baixa (45,56%) e o 26,34% permanece sentado durante a súa actividade principal.

A modalidade social máis utilizada polos galegos para facer deporte ou actividade física é “en grupo” e prefírese practicar actividade física fóra do ámbito competitivo, sobre todo camiñar. Máis da metade dos practicantes galegos realiza a actividade física **fóra dos espazos convencionais** destinados á práctica desta, tendencia que se acentúa a medida que aumenta a idade.

A metade da poboación encóntrase nun estado precontemplativo ante a actividade física.

A maior parte dos **practicantes galegos realizan actividade física por motivos de saúde e lúdicos** (85,2%). Os motivos competitivos atópanse entre os menos importantes.

A falta de tempo é a principal razón para non practicar actividade físico-deportiva, seguida da falta de vontade e os problemas de saúde. Ademais, o 17,1% dos galegos nunca practicou deporte nin actividade física.

As características e preferencias que condicionan a práctica de actividade física na poboación galega deben ser consideradas á hora de elaborar intervencións eficientes, prestarlles especial atención a aqueles grupos de poboación con maior predominio de sedentarismo (poboación rural, mulleres, poboación con menor nivel educativo, etc.). Por exemplo, a miúdo, o acento ponse na dispoñibilidade de espazos convencionais para a práctica deportiva, a pesar de que están a cobrar protagonismo (demanda da poboación) os espazos non convencionais útiles para a práctica de actividade física. Ademais, é fundamental levar a cabo intervencións destinadas á concienciación da poboación acerca da importancia da actividade física e a súa relación coa saúde e a calidade de vida e considerar cales son os motivos de non realización para elaborar as accións.

3.3.5. Proposta de prioridades.

De carácter xeral.

As prioridades que se propoñen, con carácter xeral, e de acordo co contexto do noso ámbito comunitario son:

- Que os responsables públicos (políticos e técnicos das administracións) e os medios de comunicación deben tomar verdadeira conciencia do problema que supoñen as ECNT na sociedade galega e que cheguen á convicción, fundada nas evidencias científicas, do papel causal que ten o sedentarismo nas devanditas enfermidades.
- Que tanto os poderes públicos como os medios de comunicación deben aceptar con valentía e decisión o desafío

de protexer e promover a saúde da cidadanía galega e previr as ECNT a través do fomento de estilos de vida fisicamente activos, obxectivo para o que se elaborou este plan e que finalmente supoñerán un cambio cultural beneficioso.

- Que a promoción da actividade física debe ser unha prioridade na axenda de todas as persoas cuxas decisións poden influír para que a elección dos cidadáns de ser fisicamente activos constitúa a opción máis doada; promover ámbitos construtivos e sociais favorecedores e eliminar barreiras xeográficas, culturais, económicas ou de calquera outra índole.
- Construír as alianzas estratéxicas necesarias para lograr a participación efectiva dos actores que poden intervir promovendo a actividade física, de modo que alcancen a coherencia nas mensaxes, a optimización dos recursos e a coordinación das actuacións.
- Que todos os profesionais que poden influír nos hábitos dos cidadáns deben ter a formación necesaria para comprender a importancia da promoción da actividade física e da prescripción de exercicio (cando sexa necesaria) e para axudar no cambio do estilo de vida.
- Que toda/o cidadá/n, sexa cal sexa a súa condición, dispoña da información suficiente para comprender que incorporar ou manter a actividade física na súa vida cotiá supón un beneficio indiscutible para a súa saúde, que o protexe fronte a moitas enfermidades e favorece a súa autonomía e independencia, especialmente nas idades máis avanzadas da vida.
- Que toda/o cidadá/n poida acceder a unha práctica regular de actividade física de calidade nun ámbito seguro e saudable en condicións de igualdade.
- Intentar trasladarlle á cidadanía o concepto amplo de “actividade física”, que inclúa tamén o de “exercicio físico” e supere o concepto competitivo ou restrinxido de “deporte” que aínda está moi arraigado e co que moitas persoas non se senten identificadas.
- Seleccionar sempre aquelas medidas ou intervencións que demostrasen a súa efectividade e, no caso contrario, avalialas a través de experiencias piloto.
- Que, na medida do posible, e para aproveitar mellor os recursos, débense escoller as medidas ou accións que con menor custo teñan influencia sobre un número maior de persoas.

De carácter específico.

A continuación propóñense prioridades específicas que teñen que ver con ámbitos de intervención e con grupos de poboación:

- Dirixir as intervencións aos grupos e ás persoas máis sedentarias porque son as que máis beneficios poden obter individualmente e porque dende unha perspectiva de saúde pública o que moitas persoas pasen de ser sedentarias a moderadamente activas ten unha gran repercusión.
- Desenvolver campañas de divulgación e sensibilización porque a maior parte das persoas sedentarias se encontran nun estadio precontemplativo de predisposición para o cambio.
- É importante adoptar medidas para que todos os/as escolares galegos/as teñan acceso a unha práctica de actividade física de calidade durante o tempo que permanecen nos centros educativos. Se un obxectivo importante da educación é a ensinanza para o coidado da saúde, a actividade física, a día de hoxe, é a mellor opción porque se os factores de risco aparecen na infancia, estarán presentes na vida dos nenos e das nenas durante máis tempo e desenvolverán precocemente ECNT. Pódese conseguir a través do currículo aumentando as horas de educación física con actividade física de calidade e extracurricularmente ao asegurar a participación do alumnado en actividades físico-deportivas.
- Intervir no ámbito laboral que ocupa ao 38,6% da poboación e case por igual a mulleres e home. Nesta idade é importante asegurar a participación masculina porque presenta mortalidade prematura por enfermidades circulatorias. Neste colectivo e a través de accións co INEM, pódese promover a participación das persoas no paro, co que se chegaría a unha maior porcentaxe da poboación.
- Intervir cos pensionistas (27,14% da poboación), grupo no que a maioría son mulleres, supoñen o 80,78% do

gasto farmacéutico e presentan un grao elevado de dependencia. Por exemplo, poden derivarse dende o ámbito sanitario ou comunitario (UPES) cara á empresa do fitness (convenio con elas para ocupar horas vale –os pensionistas teñen tempo e non están suxeitos a horarios– a prezos moi baixos e con desgravación fiscal no IRPF).

- Intervir sobre as mulleres, que son algo máis da metade da poboación, sobre todo en idades avanzadas, porque viven case a metade da súa vida con mala saúde, son unha influencia e modelo moi importante para o desenvolvemento de hábitos de actividade física nos seus fillos e son un colectivo desfavorecido no ámbito laboral e económico.
- Intervir sobre as persoas con discapacidade porque poden alcanzar grandes beneficios para a súa saúde e calidade de vida e porque son un grupo en risco de exclusión social.
- Intervir sobre os colectivos con risco de exclusión social por varias causas (nivel económico, nacionalidade, drogo-dependencia, privación de liberdade, etc.) porque deben ter as mesmas oportunidades de conservar e mellorar a súa saúde e porque é necesaria a súa integración social.
- Intervir sobre as persoas con enfermidades crónicas e/ou con factores de risco para padecelas, a través de intervencións no ámbito sanitario, in situ ou derivándoas cara a outros prestadores de servizos.
- Desenvolver oportunidades para gozar do tempo libre de forma activa.
- Desenvolver oportunidades para o transporte activo.
- Promover un contorno construído facilitador da actividade física.

En conclusión, proponse actuar:

- En sete ámbitos:
 - Tempo libre e deportivo (toda a cidadanía).
 - Comunitario e local.
 - Educativo (estudantes e persoas novas).
 - Sanitario (especialmente persoas con ECNT ou risco de padecelas).
 - Urbanismo, medio ambiente e mobilidade (toda a cidadanía).
 - Laboral (persoas que traballan).
 - Persoas maiores (pensionistas ou non).
- Con atención transversal a tres colectivos:
 - Mulleres.
 - Persoas con discapacidade.
 - Persoas en risco de exclusión social.

Grupo	Poboación		Exemplos de medidas
	Nº	%	
Estudantes en réxime xeral ¹	343.132	12,2	EF curricular e extracurricular + Deporte escolar
Estudantes universitarios	64.305	2,3	EF curricular e extracurricular + Deporte universitario
Traballadores	1.080.700	38,6	Desprazamentos AF no traballo Incentivos e facilidades a traballadores e empresas Convenios con empresas de fitness
Pensionistas	759.317	27,14	Comunitario e sanitario Exercicio referido Convenios con empresas de fitness
Total	2.247.454	80,024	

Táboa 3. Grupos de poboación sobre os que se propón actuar con carácter prioritario a través de ámbitos e que supoñen o 80% da poboación.

¹Estudantes en réxime xeral son todos aqueles alumnos matriculados durante o curso 2009-2010 en Galicia en: bacharelato, ciclos formativos, educación infantil, educación primaria, ESO e programas de cualificación profesional inicial. Estudantes en réxime de adultos son todos aqueles alumnos matriculados durante o curso 2009-2010 en Galicia nas seguintes ensinanzas para adultos: bacharelato, ciclos formativos, ensinanzas básicas iniciais, ESO e outras ensinanzas de adultos.

4.1. A oportunidade: o Plan galego para o fomento da actividade física Galicia Saudable

Atendendo á situación da comunidade galega, nace o **Plan de fomento da educación física Galicia Saudable** que segue as directrices procedentes de diferentes organismos internacionais como a OMS ou a UE, e nacionais, como o Ministerio de Sanidade, Política Social e Igualdade e o Consello Superior de Deportes que sinalan que é "precisa vontade política de primeiro nivel" e "compromiso de cada un dos gobernos" para darlle a volta á situación actual.

A súa finalidade é contribuír a previr e reducir a presenza das ECNT e os seus factores de risco, e fomentar a adopción de estilos de vida fisicamente máis activos.

O Plan de fomento da actividade física Galicia Saudable nace liderado pola propia Presidencia da Xunta (á que se adscribe directamente a Secretaría Xeral para o Deporte). Trátase, polo tanto, dun compromiso de goberno ao máis alto nivel que facilitará a transversalidade do plan e a coordinación de accións entre os diferentes departamentos do Goberno autonómico, entre os distintos sectores de actividade da comunidade en todos os ámbitos, incluíndoo no **Plan estratéxico de Galicia 2010-2014** e, máis concretamente, no seu **Eixe estratéxico 1: cohesión social, benestar e calidade de vida**.

Trata de ser un plan de Galicia, para todos e de todos os cidadáns galegos, cun carácter inclusivo, integrador e multidisciplinar.

O Plan Galicia Saudable centra o foco da súa atención e esforzo na actividade física, intentando situala no lugar privilexiado que lle corresponde ocupar nos programas de prevención e promoción da saúde.

4.2. Visión, misión e obxectivos xerais.

4.2.1. Visión.

A visión do Plan Galicia Saudable cando culmine o seu percorrido é a **dunha cidadanía galega que maioritariamente, e de forma libre e ben informada, elixise e goce dunha práctica habitual de actividade física saudable, suficiente para conservar a súa saúde e reducir os efectos prexudiciais do sedentarismo**.

No ano 2020 gustaríanos ver que:

- Se producese un cambio cultural profundo que recoñecese á actividade física, no seu concepto máis amplo (todo tipo de actividade física), como un modo de comportamento ecolóxico, consubstancial coa propia natureza humana e que estivese presente ao longo de toda a vida das persoas.
- A actividade física se considerase un comportamento que pode incluír moitas, diversas e enriquecedoras manifestacións en todos os ámbitos da vida, todas elas compatibles co propósito de conservar unha boa saúde e alcanzables para as persoas de calquera condición socioeconómica, idade, xénero, estado de saúde ou capacidade.
- Os gobernantes e todos os sectores da vida pública e privada se convencesen e actuasen con decisión para priorizar a promoción da práctica de actividade física e así axudasen a mellorar a calidade de vida das persoas.
- A nosa sociedade estivese ben informada e dispuxese en igualdade dos recursos e as oportunidades que converteran a decisión de ser fisicamente activa nunha elección doada e alcanzable.
- O entorno físico construído e os medios de transporte facilitasen a adopcións de hábitos de vida fisicamente activos.

- O ámbito escolar inclúe en todos os niveis educativos á educación física como un elemento fundamental, en igualdade coas demais materias, na formación integral das persoas e que garantise a práctica de actividade física en cantidade e calidade abondo para lograr o crecemento e o desenvolvemento en saúde da nosa poboación escolar.
- O ámbito laboral e empresarial permítase e facilítase a todos e a todas os traballadores e as traballadoras alcanzar os niveis de actividade física saudables.
- O sistema sanitario asumise o papel preventivo da actividade física e o carácter terapéutico e rehabilitador do exercicio físico adaptado e dispúxese os medios para que fosen accesibles a quen os necesitara.
- O sistema de igualdade e benestar social lograse eliminar as diferenzas actuais na práctica de actividade física entre os homes e as mulleres e lles facilítase o acceso aos colectivos desfavorecidos por falta de capacidade económica, por discapacidade, por idade, por razóns culturais ou de calquera outra índole.
- O conxunto de profesionais relacionados coa promoción da actividade física e a prescrición de exercicio alcanzasen a formación axeitada para asesorar a cidadanía e axudala a practicar a actividade física máis saudable para cada persoa.

4.2.2. Misión.

Galicia Saudable é un plan de carácter estratéxico, que para alcanzar a súa visión require dun enfoque integral, integrador (interdepartamental, intersectorial e multinivel) e sostible. Neste contexto, Galicia Saudable, consciente dos perigos de manter un presente onde a actividade física decrece e os riscos aumentan, acepta o desafío e elixe un futuro en clave de saúde para o conxunto da nosa sociedade, para toda a cidadanía, independentemente da súa idade ou condición.

A **misión do Plan Galicia Saudable** é, polo tanto, **“construír un futuro onde a práctica de actividade física saudable, en igualdade de oportunidades para toda a poboación, contribúa a conservar a súa saúde e a súa autonomía persoal, gozar de maior benestar e calidade de vida, e previr e reducir a presenza de enfermidades crónicas non transmisibles relacionadas coa inactividade física”**.

Para poder construír ese futuro e inverter a tendencia do sedentarismo, a misión do plan concrétese en:

- Lograr un amplo consenso, para establecer unha serie de principios de actuación, de obxectivos xerais e de obxectivos e liñas estratéxicos, que se materializarán en programas, proxectos ou medidas e accións.
- Construír as alianzas estratéxicas necesarias para alcanzar os obxectivos propostos.
- Vixiar a implantación de todas as intervencións e avaliar os seus resultados para garantir que se cumpran os propósitos do plan.
- Garantir a sustentabilidade do propio plan e manter a máxima colaboración entre todos os actores.

4.2.3. Obxectivos xerais.

1. **Informar, divulgar e sensibilizar** á poboación, ás institucións, ás organizacións e aos medios de comunicación galegos acerca da relación positiva entre a actividade física cotiá e a saúde.
2. **Xerar estruturas interinstitucionais, interdepartamentais e interprofesionais** que permitan a participación a todos os axentes interesados e con responsabilidade no fomento da actividade física saudable.
3. **Facilitar as oportunidades que lle permitan á cidadanía galega ser fisicamente máis activa**, e contribuír ao cambio de hábitos necesario para que todos e todas poidamos incorporar a actividade física nas nosas vidas cotiás.
4. **Aumentar os niveis de práctica de actividade física en toda a cidadanía galega de modo que sexan suficientes para evitar os efectos prexudiciais do sedentarismo e mellorar a súa saúde, o seu benestar e a súa calidade de vida.**
5. **Garantir a participación en igualdade de todos os galegos e as galegas**, e prestarlles apoio especial aos

colectivos con máis risco de sedentarismo e con desigualdade de oportunidades: mulleres, persoas con enfermidade e/ou discapacidade, persoas maiores e colectivos en risco de exclusión social.

6. **Impulsar a formación e a investigación**, e entender que a educación e o mellor coñecemento da realidade son fundamentais para o progreso social e cultural.

4.3. Principios de intervención.

Todas as actuacións que se deriven do plan, incluída a súa propia redacción, respectarán os seguintes principios:

1. **Entender a actividade física como un comportamento ecolóxico, polo tanto consubstancial á natureza humana, que debe estar presente en toda a traxectoria vital das persoas**, polo que deberá atenderse en todos os grupos de idade.
2. **Considerar a actividade física no seu concepto máis amplo e inclusivo**, de modo que comprenda todas as modalidades (o exercicio e o deporte tamén) e ámbitos posibles (laboral, doméstico, de recreo ou de traslado). É importante que non se asocie a actividade física só ao deporte se por este se entende un conxunto de actividades competitivas que só pode practicar unha minoría de poboación que goza de moi boas aptitudes físicas.
3. **Observar a coordinación, o respecto, a lealdade e a colaboración institucionais** para conseguir un enfoque integral e interdepartamental.
4. **Buscar a efectividade das accións**, o que necesariamente leva emparellada a elección baseada en evidencias que a demostren e a avaliación dos procesos e dos produtos que se desenvolvan e dos resultados que se obteñan.
5. **Asumir que as decisións que logran máis efecto son as que emanan da política, as que producen un cambio cultural e as que utilizan os medios de comunicación masivos.**
6. **Optimizar os recursos e buscar as sinerxías** con e entre as accións e os actores institucionais e sociais que existen en todos os sectores e promover a súa participación para xuntalos no proxecto común de Galicia Saudable.
7. **Orientar os esforzos da Xunta de Galicia cara a accións que inflúan na maior parte da cidadanía e, ao mesmo tempo, integrar e darlle visibilidade no Plan ás accións procedentes doutros niveis da administración ou a sociedade civil.**
8. **Garantir o equilibrio territorial** no desenvolvemento do plan e a **igualdade de oportunidades para toda a cidadanía.**
9. **Utilizar a información e a comunicación** entre todos os actores e coa cidadanía para sensibilizalos sobre as relacións da actividade física coa saúde para facilitar o coñecemento e predispoñer unha decisión e a unha acción baseadas na elección libre e consciente.
10. **Actuar sobre os destinatarios e o seu ámbito** cunha perspectiva comunitaria e respectuosa coas persoas e o medio.
11. **Aproveitar as oportunidades que ofrece o desenvolvemento tecnolóxico** para fomentar a práctica de actividade física.
12. **Facilitar as oportunidades de acceso á práctica de actividade física a todos os cidadáns** e especialmente aos grupos e colectivos máis necesitados ou discriminados.
13. **Promover a formación e a investigación.**

4.4. Ámbitos de intervención.

Os programas, proxectos ou medidas e accións deben dirixirse a toda a cidadanía e un modo eficaz para chegar a cada persoa é facelo a través dos diferentes sectores sociais ou, se é o caso, enfocándoos a colectivos específicos.

Dun modo ou doutro, enténdese, de acordo coas recomendacións internacionais ou nacionais, que as accións deben dirixirse aos ámbitos:

- **Tempo libre e deportivo**, e incorporar á idea tradicional o concepto de deporte para todos.
- **Comunitario e local**. Os concellos teñen a maior proximidade coa cidadanía e o territorio e a maior axilidade para a xestión cotiá. Tendo en conta a dispersión dalgunhas zonas de Galicia e o gran número de municipios e núcleos de poboación con poucos habitantes, as deputacións tamén son promotores eficaces de actividade física saudable.
- **Educativo**. Nos centros escolares encóntranse todos os nenos e mozos e dende un concepto integral da educación débese promover a actividade física. Ademais, facelo a través do centro educativo facilitaría o acceso universal á práctica.
- **Sanitario**. A referencia que teñen os cidadáns para as cuestións de saúde son os consellos e indicacións dos profesionais sanitarios. A evidencia demostrou que a actividade física e o exercicio son eficaces, baratos e seguros para a prevención e o tratamento de moitas enfermidades, aforran diñeiro e enfermidade e regalan saúde. Por todo iso, a promoción de actividade física debe ser un dos eixes principais da atención sanitaria.
- **Urbanismo, medio ambiente e mobilidade**. O contorno construído é determinante para facilitar ou entorpecer a actividade física das persoas nos espazos públicos. Ámbitos agradables e seguros aumentan os desprazamentos activos (tamén á escola e ao centro de traballo) e permiten variadas actividades físicas.
- **Laboral**. Poder desprazarse até, en e dende o centro de traballo camiñando ou en bicicleta e dispoñer de tempo e espazo para a práctica de exercicio no lugar de traballo mellora a saúde dos traballadores, diminúe o absentismo e mellora a produtividade.
- **Persoas maiores**. A actividade física garante un envellecemento con máis calidade, engádelles vida aos anos e mantén a independencia.

Desenvolver intervencións nos ámbitos descritos asegura que se chega ás poboacións de nenos/as e mozos/as, de adultos que desenvolven actividades laborais, de persoas maiores e de usuarios/as dos sistemas sanitarios, pero aínda así, e por razóns diversas, é necesario poñer atención a algúns colectivos por medio de programas transversais, para garantir a igualdade de oportunidades: mulleres, persoas con discapacidade e outros colectivos en risco de exclusión social por razóns económicas, de desemprego, étnicas, etc.

4.5. Eixes estratéxicos.

1. Creación dunha estrutura organizativa que dirixa, coordine, asesore e supervise o desenvolvemento do plan e todas as súas accións.
2. Creación das canles de comunicación necesarias para divulgar o coñecemento e ofrecerlles aos/ás usuarios/as e aos/ás colaboradores/as un medio para a participación.
3. Creación dunha rede de actores institucionais e sociais que se adhiran e subscriban o plan e contribúan á súa elaboración, promoción e implantación.
4. Creación de recursos metodolóxicos e instrumentos para apoiar e facilitar as intervencións na promoción de actividade física e a prescrición de exercicio.
5. Desenvolvemento de campañas e accións de comunicación, información e sensibilización sobre a práctica de actividade física e os seus beneficios para a saúde, o benestar e a calidade de vida.

6. Revisión e adecuación da lexislación e a normativa para promover e facilitar a práctica de actividade física da cidadanía.
7. Adecuación urbanística, ambiental e dos transportes para facilitar espazos seguros, limpos e atractivos para a práctica de actividade física e o uso de medios de transporte non motorizados e/ou colectivos.
8. Implantación de servizos municipais para a promoción da actividade física, o asesoramento aos cidadáns e a prescrición de exercicio a persoas sas e enfermas.
9. Promoción da práctica deportiva en todas as modalidades e niveis e para todas as persoas en condicións de igualdade.
10. Aumento da actividade física no ámbito educativo, en todos os niveis, tanto no centro escolar en horarios curricular e extracurricular como no seu contorno.
11. Promoción de actividade física en colectivos específicos: persoas con discapacidade, mulleres, persoas maiores e persoas en risco de exclusión.
12. Promoción e accesibilidade de hábitos saudables de actividade física no ámbito laboral.
13. Promoción de actividade física e prescrición de exercicio físico no ámbito sanitario.
14. Promoción do turismo activo.
15. Formación para a capacitación persoal e profesional no eido da actividade física e a saúde.
16. Vixilancia e investigación no ámbito da actividade física e a saúde, especialmente no que concirne ao coñecemento da realidade sobre a que quere intervir o Plan e á efectividade das accións.

4.6. Proposta de procedemento para a acción.

4.6.1. A importancia de todas as accións: a suma fai o conxunto.

Este plan naceu para darlle unha resposta conxunta e coordinada a un problema real da sociedade galega: a prevalencia elevada do sedentarismo e dos seus efectos perniciosos. Aínda que agora se empeza a ter unha maior conciencia colectiva da situación, non é unha cuestión nova e, como xa vimos, dende hai anos varias instancias advirten da seriedade da situación. Por iso, aínda que deste plan nazan propostas concretas, debe recoñecerse que na nosa comunidade xa se viñeron poñendo en marcha medidas ad hoc con anterioridade.

As medidas xa tomadas e implantadas fórono dende diferentes departamentos da Administración, e non sempre polas mesmas razóns, aínda que finalmente compartan algúns obxectivos. Significa iso que a estratexia de mellora que se propón neste plan debe construírse tendo en conta o que xa se estivo facendo e se está a facer. Non se inicia a viaxe dende cero, parte do esforzo xa está feito e unha parte pequena do camiño está percorrido, agora toca completar ámbolos dous.

Así pois, e sendo fieis aos principios metodolóxicos para a redacción deste plan, a intención é integrar o que xa existe, facer novas propostas consensuadas e, na medida do posible, coordinar todo o esforzo. Con este motivo, propoñeranse unha serie de programas, nos cales se integrarán medidas e accións que, nalgúns casos, xa estarán vixentes e noutros haberá que deseñar e implantar ex novo. Esta formulación, non pretende, en absoluto, constituír unha inxerencia na autonomía dos responsables que puxeron en marcha as medidas, senón tan só telas presentes e incluílas nun marco máis xeral que lles permita aos xestores e aos usuarios, a toda a cidadanía, ter unha panorámica completa que facilite a comprensión do obxectivo, da mensaxe e da dimensión do esforzo colectivo, e o aproveitamento mellor dos recursos e as sinerxías. Ao mesmo tempo, daráselles máis sentido e coherencia, ao formar parte dun gran proxecto común que, por camiños diversos, pretende un obxectivo único. Dito doutro modo, o que en ocasións puidese parecer un esforzo illado e mesmo de difícil xustificación, cobrará o seu total sentido e importancia no contexto xeral do plan, porque suma para conseguir un conxunto maior.

A importancia de cada iniciativa.

Un programa, unha medida ou unha acción non serán suficientes por si mesmas, pero si se forman parte do conxunto para conseguir algo máis importante.

4.6.2. A xerarquía da medida determina a extensión dos efectos: a importancia da decisión política, da transformación cultural e dos medios de comunicación.

Seguindo o discurso formulado na epígrafe **Quen debe tomar a responsabilidade?** que xiraba arredor dun modelo de semicírculos concéntricos no que se representaban os posibles ámbitos de intervención (ver Figura 8), débese aceptar unha obviedade: o ámbito no que se toma unha medida determina o alcance dos seus efectos. Sen desdicirse da afirmación da epígrafe anterior (cada medida suma), tamén é certo que algunhas medidas teñen máis repercusión que outras. A continuación preséntase o gráfico ao que nos referimos, no que se fixo unha pequena modificación; vincular os semicírculos coas persoas, os ámbitos máis próximos, as comunidades e a totalidade da poboación.

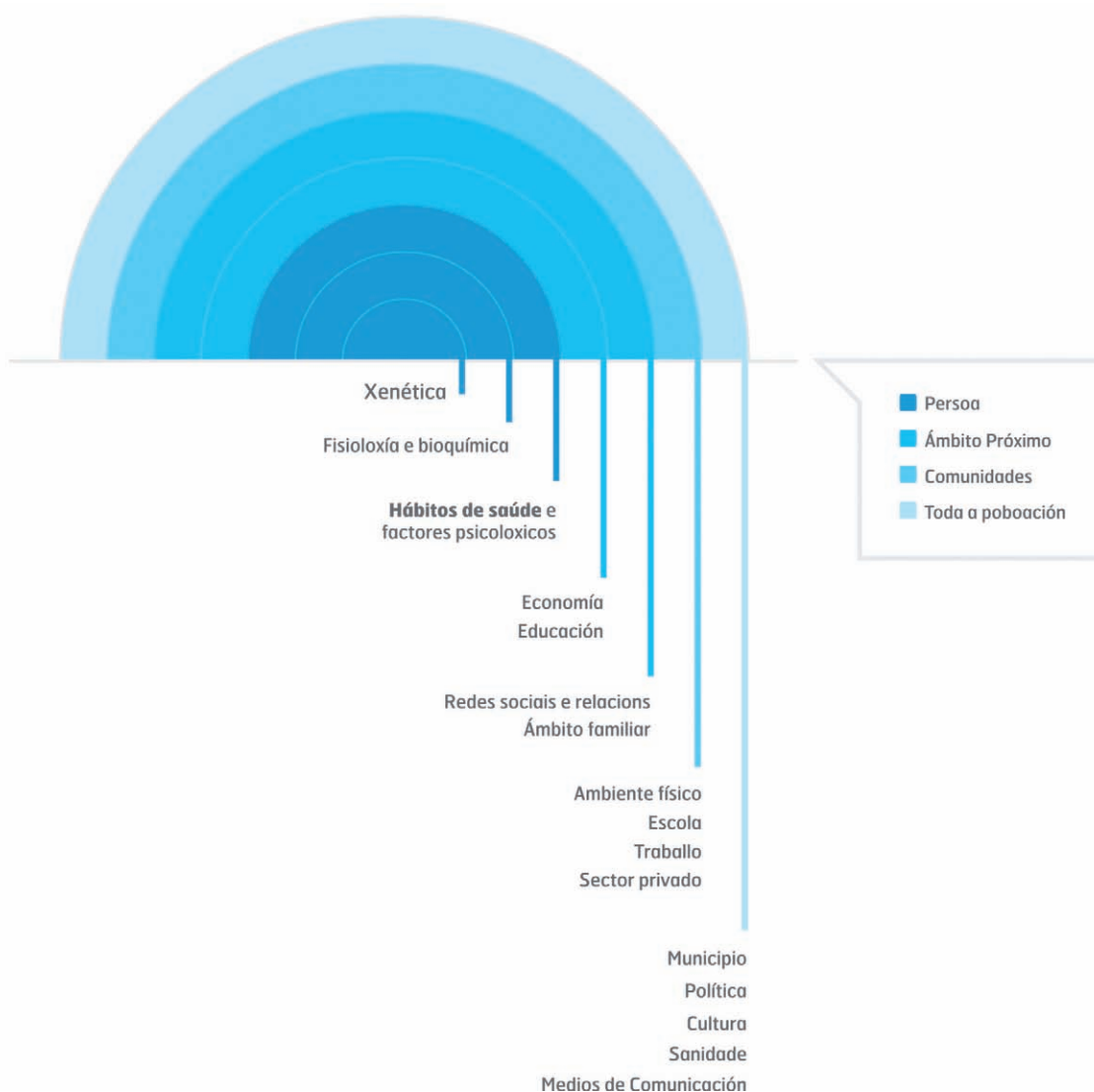


Figura 9. Representación de semicírculos sobre os diferentes niveis de influencia nos hábitos de saúde, representados cun código de cores para relacionalos coa organización da poboación e intentar ver como o maior nivel xerárquico da intervención lle afecta a un número maior de cidadáns/ás. Adaptada do Nordic Council of Ministers (2006) (45).

Esta figura permite entender como as accións que proceden dos niveis máis altos son as que poden ter repercusións máis xerais. Poderíanse encontrar exemplos en calquera ámbito: educativo, sanitario, laboral... Pensemos na administración educativa e en dúas posibles medidas: 1) unha liña de subvencións para que as AMPAs desenvolvan actividades extracurriculares físico-deportivas nos centros escolares e, 2) unha modificación normativa do currículo académico para aumentar o número de horas de educación física e asegurar a práctica efectiva de actividade. Sen discutir que ambas as dúas puidesen resultar efectivas, o alcance é moi diferente: a segunda sería máis universal porque beneficiaría a todos os nenos, máis democrática, máis igualitaria, máis respectada e, con carácter xeral, de maior calidade.

En resumo, os primeiros e máis intensos esforzos deben dirixirse aos ámbitos máis elevados e con máis repercusión social. Unha decisión política acertada terá máis efectos que outras moitas xuntas dun ámbito inferior.

O obxectivo último é intentar cambiar o pensamento da sociedade, modificar a visión que se ten do papel da actividade física e da súa relación coa saúde, para xerar un cambio de comportamento, unha forma distinta de entender o movemento humano, e incorporalo á vida diaria como unha manifestación máis da nosa cultura saudable e propiciadora de benestar.

Ninguén pode dudar hoxe en día da influencia dos medios de comunicación para crear tendencias, modas e costumes, para transmitir a cultura, para creala ou para modificala, mesmo para influír nos gobernos. Resultan imprescindibles nunha tarefa que pretende modificar a tendencia dos últimos tempos cara á mecanización e o automatismo, cara a unha vida máis sedentaria e menos esixente fisicamente.

A importancia da decisión política, o cambio cultural e os medios de comunicación.

As medidas normativas, derivadas dunha vontade política convencida, firme e valente son as que teñen maiores efectos, son as máis democráticas, universais e igualitarias e as que máis contribúen ao progreso social.

A transformación cultural é un reto alcanzable e efectivo, e os medios de comunicación masivos teñen un papel fundamental nela.

4.6.3. O liderado compartido.

É fundamental coñecer, saber cal é a situación real e cal é a tendencia e as inaceptables consecuencias da inacción. Débese ser consciente de que saber que hai que facer algo non é sinónimo de que se faga. E é posible caer no erro de pensar que sendo tan evidente a necesidade de actuar, alguén o fará. Pode darse a situación de que ao final ninguén faga nada ou, o que é máis frecuente, que todos intenten facer algo de xeito illado e descoordinado. Por esta razón, o exercicio dun liderado resulta imprescindible.

As organizacións mundiais e as organizacións e administracións europeas e nacionais instan a unha acción gobernamental coordinada, que debe ir acompañada dunha alianza con outros sectores sociais en todos os niveis de intervención posible.

O Goberno galego está chamado a liderar o proceso, e desta responsabilidade nace este Plan. Pero, para ter éxito é crítica a cooperación de todos: departamentos gobernamentais, administracións locais, sector civil e sector privado.

Dentro da propia Xunta de Galicia, logo de considerar a magnitude do plan e para que a xestión sexa eficaz, as tarefas de liderado deben compartirse de maneira que, coordinados a través dunha comisión interdepartamental, cada

departamento abandee os programas que lle corresponden ao seu ámbito de competencias, aínda que para levalos adiante precise da colaboración dos demais.

Trátase, pois, de que cada programa teña o seu propio liderado e conte coa máxima colaboración dos demais actores.

4.6.4. A organización do conxunto.

Dirección e coordinación do plan.

O Plan galego de fomento da actividade física Galicia Saudable lidéao o Presidente do Goberno Galego, que lle encargou a dirección, coordinación e redacción do plan ao Secretario Xeral para o Deporte.

Para estes efectos, e como parte dun dos programas iniciais (Creación de estruturas e organización) propúxose a constitución de varios órganos colexiados para afrontar as primeiras tarefas:

- Un comité executivo.
- Un comité de persoas expertas.
- Unha comisión interdepartamental.

Comité executivo.

Que dependerá da Secretaría Xeral para o Deporte e que terá as funcións de dirección, coordinación estratéxica e operativa, deseño de plans, programas, proxectos ou medidas e accións, apoio loxístico das accións desenvolvidas, comunicación e mercadotecnia, internacionalización, seguimento, avaliación e control.

O desenvolvemento e a xestión de todas as funcións do Comité executivo requiren dunha infraestrutura e xerencia estables que serán proporcionadas pola Fundación Deporte Galego, e que, ademais, son acordes cos fins e actividades fundacionais recollidos no artigo n.º 6 dos seus Estatutos. Asemade, a Fundación Deporte Galego xa ten prevista esta colaboración no seu Plan de actuación para o exercicio 2012.

Comité de persoas expertas.

O éxito do PGS require un importante esforzo da Administración que, ademais de asegurar unha axeitada cooperación transversal, debe contar coa participación da sociedade experta na materia. Para iso, reuniuse un Comité de persoas expertas nas áreas relacionadas coa promoción da actividade física e a saúde, formado por profesionais, investigadores/as e científicos/as de relevante prestixio, procedentes de diferentes ámbitos e sectores.

Comisión Interdepartamental.

En palabras do propio Presidente da Xunta: "...xeneralizar a actividade deportiva en calquera sociedade será un propósito fracasado se pensamos que unha tarefa tan importante depende só duns poucos. Ao contrario e como en tantos outros ámbitos, require de grandes doses de transversalidade para poder chegar a todos os sectores e a todas as xeracións. ***Necesítanse ambicións compartidas e necesítase traballo cooperativo...*** "

Para tal fin, creouse de facto unha Comisión Interdepartamental na que se puidesen poñer en común os esforzos que xa se estaban a realizar e, cara ao futuro, se puidese deseñar conxunta e coordinadamente o Plan de fomento de actividade física Galicia Saudable. A creación desta Comisión xa está recollida no Proxecto de Lei do Deporte de Galicia, aprobado polo Consello da Xunta o 6 de outubro de 2011.

Unha proposta taxonómica para as iniciativas.

Aínda que os obxectivos deste plan son moi similares aos que propoñen outros de xerarquía superior e mesmo aos

doutras comunidades autónomas, a terminoloxía e a forma de organizar o contido poden diferir, como de feito adoita suceder en moitos casos.

Programas.

De entrada, e respectando os obxectivos xerais do plan, os principios de intervención, os ámbitos e os eixes estratéxicos, propónse o deseño de programas que poden clasificarse en tres categorías, moi similares ás áreas do Plan integral para a actividade física e o deporte do CSD (18):

- De inicio.
- De atención a diferentes ámbitos e colectivos.
- Transversais.

Cada programa atenderá a un ou máis eixes estratéxicos e terá os seus propios obxectivos, que tamén responderán a ditos estratéxicos e se alcanzarán a través dos diferentes proxectos ou medidas.

Proxectos e medidas.

Os proxectos e medidas, clasificaranse segundo seis criterios:

1. Programa ao que pertencen.
2. Eixe ou eixes estratéxicos aos que responden.
3. Ámbito ou ámbitos de intervención.
4. Grupo de poboación ao que van dirixidos.
5. Niveis de orixe e de destino.
6. Desenvolvemento temporal.

Segundo o programa ao que pertencen.

Cada proxecto ou medida responderá a un dos programas que se desenvolverán dentro do plan.

Eixe ou eixes estratéxicos aos que responden.

A proposta actual inclúe 16 eixes estratéxicos e os proxectos ou medidas deben identificar claramente a que eixe ou eixes responden e, en consecuencia, formular obxectivos operativos congruentes con eles.

Ámbito ou ámbitos de intervención.

Identificarase a cal ou cales dos ámbitos considerados no plan se adscribe cada proxecto ou medida.

Grupo de poboación ao que van dirixidos.

Sector ou grupo da mesma idade social ao que vai dirixido o proxecto ou medida.

Segundo os seus niveis de orixe e de destino.

A situación económica xeral non é boa e a utilización dos recursos públicos debe orientarse apropiadamente. As evidencias demostran que con poucos recursos se poden lograr grandes efectos, e a clave está en tomar as decisións correctas.

No contexto deste plan, enténdese que os programas, proxectos, medidas e accións poden organizarse en varios niveis de acordo coa súa orixe (promotor) e o seu destino (receptor ou beneficiario), que se presentan na Táboa 4 .

Enténdese que as medidas con nivel máis elevado (V) proceden do Estado, as de nivel IV da Xunta de Galicia, e así irase baixando ata o nivel I, que se refire á esfera de influencia persoal. De acordo co efecto no destino, as máis elevadas son as de IV nivel, o que significa que a medida ten influencia sobre a totalidade da poboación e as de menor nivel (I) téñeno sobre cada persoa e o seu ámbito máis próximo.

Nivel	Orixe (promotor)	Destino (receptor ou beneficiario)
I	Individuo, familia, amigos	Ídem
II	Comunidade próxima (escola, centro de traballo, asociación, club...)	Comunidades independentes e limitadas xeograficamente
III	Municipio, Mancomunidade, Deputación	Toda a poboación desa unidade de organización ou das comunidades dun sector
IV	Xunta de Galicia	Toda a poboación galega ou todas as comunidades dun sector ou todos os colectivos con necesidades especiais.
V	Estado	

Táboa 4. Clasificación dos niveis de intervención segundo a súa orixe e o seu destino.

Apoiándose nesta clasificación, o que se propón é que as medidas cun nivel de orixe determinada se orienten predominantemente ao mesmo nivel de destino ou, se fose posible, superior, pero nunca inferior. Quizais un exemplo o ilustre mellor. Sería aconsellable que unha medida ou programa orixinado na Xunta de Galicia (nivel IV) tivese efectos sobre a totalidade da poboación (tamén nivel IV), e non estaría tan xustificado que o esforzo se destinase a un municipio en concreto (nivel III) ou a un club deportivo ou a unha asociación determinados (nivel II), moito menos se se pretende financiar unha iniciativa persoal (nivel I).

Non obstante, o plan tamén pode e debe nutrirse de iniciativas que procedan de niveis inferiores. É dicir, os municipios, as comunidades, as organizacións e as persoas poden poñer en marcha iniciativas, pero en prol da sustentabilidade de todo o proxecto, non deben ser necesariamente financiadas pola Xunta de Galicia, senón polos seus promotores ou por patrocinios do sector privado; todo iso sen prexuízo de que os actores poidan utilizar os múltiples recursos que o propio plan creará e poñerá a súa disposición: portal web, banco de recursos, guías e manuais, aplicacións interactivas, cursos de formación, asesoramento técnico...

A idea que se pretende fomentar é que os recursos xerados en cada nivel se reinvestan na promoción de actividade física saudable nun nivel como mínimo similar, pero a ser posible non menor. Pensado en combater a inactividade física, os maiores e mellores efectos sobre a saúde pública obteranse se se consegue elevar, mesmo en cantidades pequenas, a actividade física da poboación sedentaria, que é a maioría. A intención é que para tomar as decisións se utilicen criterios de racionalidade no gasto dos recursos públicos e que as medidas produzan o maior impacto sobre a saúde pública e que sexan sostibles no seu propio ámbito.

Segundo o seu desenvolvemento temporal.

Segundo cal sexa o seu comportamento no tempo clasificaranse en tres tipos:

- **Único**, limitado no tempo e que non se repetirá.
- **Cíclico**, limitado no tempo pero que se repite en ocasións posteriores.
- **Permanente**, non está limitado no tempo.

ESQUEMA DA PROPOSTA DE MELLORA DO PLAN GALEGO DE FOMENTO DE ACTIVIDADE FÍSICA "GALICIA SAUDABLE"



5.1. Programas.

Programas	Promotor principal ²	Número de medidas
De inicio		
1. Creación de estrutura e organización	Secretaría Xeral para o Deporte	4
2. Comunicación e construción de rede	Secretaría Xeral para o Deporte	5
3. Recursos metodolóxicos	Secretaría Xeral para o Deporte	6
De atención a diferentes ámbitos e colectivos		
1. Fomento do deporte	Secretaría Xeral para o Deporte	10
2. Fomento da actividade física no ámbito comunitario e local	Secretaría Xeral para o Deporte	4
3. Fomento de actividade física no ámbito educativo	Consellería de Educación e Ordenación Universitaria	21
4. Fomento de actividade física no ámbito sanitario	Consellería de Sanidade	6
5. Urbanismo, medio ambiente e mobilidade para fomentar a actividade física	Consellería de Medio ambiente, Territorio e Infraestruturas	11
6. Fomento de actividade física no ámbito laboral	Consellería de Traballo e Benestar Consellería de Sanidade	8
7. Fomento de actividade física en persoas maiores	Consellería de Traballo e Benestar Consellería de Sanidade	5
8. Turismo activo	Consellería de Cultura e Turismo Consellería do Medio Rural	19
Transversais		
1. Normativa e lexislación para fomentar a actividade física	Varios	14
2. Fomento de actividade física en persoas con discapacidade	Consellería de Traballo e Benestar	8
3. Fomento de actividade física para a inclusión social	Consellería de Traballo e Benestar	13
4. Igualdade entre mulleres e homes na práctica de actividade física	Secretaría Xeral de Igualdade	7
5. Comunicación para fomentar a práctica de actividade física	Varios	4
6. Formación para a promoción de actividade física e a prescrición de exercicio	Varios	6
7. Investigación e innovación en actividade física e saúde	Consellería de Economía e Industria	5

² Debe entenderse que identificar un promotor principal significa que se propón inicialmente como líder para avanzar no proceso, pero non significa que o deseño e a implantación corra de xeito exclusivo ao seu cargo, pois na maioría dos casos precisarase da participación efectiva doutros colaboradores.

5.2. Proxectos e medidas.

A continuación preséntanse as medidas de cada un dos programas. A maioría delas foron extraídas das Directrices de actividade física da UE. Actuacións recomendadas para apoiar a actividade física que promove a saúde (16) e do Plan integral para a actividade física e o deporte A+ D do Consello Superior de Deportes do Goberno de España (18). Ademais, inclúense outras que xa están a implantarse na nosa comunidade ou que forman parte de diferentes plans estratéxicos sectoriais.

Programa de inicio 1: Programa de creación de estrutura e organización

Medidas

1. Creación e posta en funcionamento dun Comité Executivo.
2. Creación e posta en funcionamento dunha Comisión Interdepartamental na Xunta de Galicia que participe na elaboración do Plan e coordine a súa implantación.
3. Creación e posta en funcionamento dun Comité de Persoas Expertas.
4. Creación e posta en funcionamento de grupos de traballo sectoriais compostos por persoas expertas.

Programa de inicio 2: Programa de comunicación e construción de rede

Medidas

1. Creación dun portal web Galicia Saudable.
2. Creación dun boletín mensual para informar a todos os actores sobre a evolución do Plan.
3. Creación dun banco de recursos en liña (Galicia Activa), interactivo e de acceso universal que inclúa instalacións, actividades e servizos.
4. Realización de acordos con administracións e institucións que colaboren na elaboración promoción e implementación do Plan.
5. Realización de acordos cos profesionais dos sectores do deporte, da educación e da sanidade, a súa efectiva participación, dotando ao Plan da transversalidade necesaria.

Programa de inicio 3: Programa de recursos metodolóxicos

Medidas

1. Elaboración de Guías destinadas aos diferentes actores para axudarlles a poñer en marcha os proxectos, as medidas e as accións do Plan.
2. Creación de protocolos de intervención e dunha aplicación informática que asista aos profesionais na avaliación e asesoramento sobre a condición física saudable.
3. Creación dunha plataforma que permita o traballo en rede dos distintos actores do plan, organizados segundo os sectores e os ámbitos de intervención.
4. Deseño e creación de sistemas de teleasistencia (telefonía móbil 3X) para a prescrición e control do exercicio en espazos non convencionais.
5. Deseño e creación dunha aplicación informática para o seu uso no ámbito sanitario que, baseándose no historial clínico de cada paciente, facilite uns consellos básicos sobre o exercicio idóneo en cada caso e a información necesaria sobre onde pode encontrar asesoramento profesional cualificado no seu ámbito xeográfico (exercicio referido).
6. Establecemento dun sistema de proceso de datos de valoración da condición física saudable, coordinado e asociado os rexistros que xa existen na Xunta, para evitar duplicar as accións que se leven a cabo neste eido, co cal cada Departamento teña acceso aos datos precisos para o obxecto da súa función/servizo ao cidadán.

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

Medidas

1. Desenvolvemento dun inventario de todas as instalacións deportivas e de ocio, convencionais e non convencionais, que debe estar permanentemente actualizado.
2. Facilitación do acceso á infraestrutura deportiva a toda a poboación, tanto en áreas urbanas como rurais.
3. Facilitación do acceso á práctica deportiva da poboación tendo en conta a igualdade de xénero e de oportunidades.
4. Fomento e organización de eventos deportivos específicos non competitivos que teñan como obxectivo aumentar o nivel de actividade física da poboación.
5. Apoio ás organizacións deportivas locais para desenvolver e implantar proxectos dedicados á promoción da actividade física en grupos sedentarios.
6. Extensión do programa XOGADE (Xogos Deportivos Galegos en idade escolar).
7. Extensión do programa Coñece o meu clube.
8. Desenvolvemento de cursos de formación en didáctica deportiva.
9. Desenvolvemento de cursos de formación para adestramento deportivo.
10. Desenvolvemento de cursos de formación en planificación e promoción da actividade física saudable e da avaliación e prescrición do exercicio para persoas sans e con patoloxías.

Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 2: Programa para o fomento da actividade física a nivel comunitario e local

Medidas

1. Consolidación das UPES (Unidades de promoción de exercicio) creadas en 2010.
2. Ampliación do número de UPES.
3. Construción dun sistema de traballo en rede para todas as UPES.
4. Realización de acordos cos concellos nas principais actuacións previstas e nas que resulte oportuna e beneficiosa a súa colaboración.

Progr. de atención a diferentes ámbitos e colectivos 3: Programa de fomento da actividade física no ámbito educativo

Medidas

1. Mellora das condicións curriculares da educación física e aumento da súa carga lectiva a tres horas semanais en todos os niveis do réxime xeral.
2. Fomento a través das asociacións de pais e nais da oferta deportiva dentro das actividades extracurriculares
3. Desenvolvemento de programas específicos de fomento de actividades físico-deportivas para as idades de tránsito entre as etapas educativas (cando máis abandono se produce).
4. Promoción da práctica deportiva e de actividade física nas tres universidades galegas.
5. Desenvolvemento de campionatos universitarios autonómicos.
6. Promoción de programas de actividade física laboral entre o persoal das universidades.
7. Desenvolvemento de programas locais para a promoción da actividade física na idade escolar.
8. Fomento da realización de cursos para profesionais da educación sobre estilos de vida fisicamente activos e os seus beneficios.
9. Fomento da formación do profesorado en educación física e doutros/as profesionais, coma os/as adestradores/as, que garanta un axeitado perfil do/a docente en actividade física e deporte.
10. Formación do persoal responsable e técnicos/as dos servizos de deportes das unidades de saúde das universidades para a prescripción de actividade física e saúde tanto de homes como de mulleres.
11. Creación de redes de centros escolares promotores da práctica de actividade física e deportiva en idade escolar.
12. Creación de encontros para o profesorado e o alumnado de centros promotores de actividade física.
13. Realización de campañas de sensibilización cara aos pais e nais, e profesionais da educación para fomentar a importancia da práctica de actividade física e fomentar a súa práctica en familia.
14. Desenvolvemento de programas de promoción da actividade física entre nenas en idade escolar.
15. Potenciación da práctica físico deportiva da poboación universitaria feminina.
16. Creación dun mapa de instalacións deportivas universitarias galegas.
17. Creación dun sistema de xestión de calidade nos sistemas de deportes das universidades.
18. Elaboración de materiais didácticos dirixidos a pais e nais, profesionais da educación e titores, proporcionando información, pautas e orientacións da actividades física nas diferentes etapas do desenvolvemento.
19. Creación e incorporación do Protocolo de Valoración da Condición Física Saudable do Plan nos centros escolares, dentro do currículo da Educación Física.
20. Establecemento de acordos cos centros educativos para a apertura das instalacións deportivas en horario de tarde e fins de semana para facilitar a práctica físico-deportiva libre ou a través de convenios con clubs deportivos.
21. Inclusión no Regulamento Orgánico do Centros dos diferentes niveis de ensinanza preuniversitaria do proxecto deportivo de centro.

Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 4: Programa de fomento da actividade física no ámbito sanitario

Medidas

1. Inclusión de consellos sobre actividade física nas consultas e nos informes médicos.
2. Formación dos/das profesionais do ámbito da saúde sobre os beneficios da actividade física na poboación xeral, nas diferentes patoloxías e na promoción de estilos de vida saudables.
3. Realización de estudos para coñecer hábitos de práctica de actividade física e exercicio.
4. Elaboración e difusión de materiais de apoio para recomendar a práctica da actividade física nos centros sanitarios.
5. Creación de programas de prescrición de exercicio físico dentro do ámbito sanitario.
6. Desenvolvemento de equipos multidisciplinares de promoción da actividade física, a saúde e a prescrición de exercicio en patoloxías.

Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 5: Programa de urbanismo, medio ambiente e mobilidade para fomentar a actividade física

Medidas

1. Creación de infraestruturas seguras, cómodas e viables para o transporte activo (carril bici, paseos, beirarrúas, etc.)
2. Inclusión dentro da planificación e enxeñería urbana do carril bici e os aparcadoiros para bicicletas.
3. Creación e adaptación de espazos seguros para a práctica de actividade física e o xogo dos nenos e das nenas.
4. Adaptación de circuitos aeróbicos urbanos para persoas maiores.
5. Adaptación e creación de infraestruturas (acceso peonil, carril bici etc.) e transporte público que garanta o acceso dende o fogar aos espazos deportivos.
6. Adaptación das instalacións e os espazos deportivos ás demandas da poboación.
7. Adaptación das instalacións e espazos deportivos para o acceso e uso das persoas con discapacidade.
8. Inclusión da perspectiva de xénero no deseño e uso dos espazos deportivos.
9. Desenvolvemento de campañas informativas que acompañen as inversións en transporte activo dirixidas a promocionar a actividade física e os seus beneficios sobre a saúde.
10. Promoción dos espazos urbanos non convencionais como lugares para a práctica de actividade física.
11. Reconsideración da normativa de construción para facer máis atractivo o transporte activo (subir escaleiras, ramplas, ...), especialmente nos lugares públicos, coma grandes centros comerciais.

Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 6: Programa de fomento da actividade física no ámbito laboral

Medidas

1. Incorporación de programas de exercicio físico nas empresas.
2. Entrega de Certificados de Galicia Saudable aos lugares de traballo que dean prioridade a un estilo de vida fisicamente activo.
3. Promoción de acordos entre empresarios e sindicatos que inclúan requisitos para que no lugar de traballo se facilite un estilo de vida activo.
4. Acordos entre as empresas e os provedores de fitness para ofrecer prezos máis baixos aos traballadores e traballadoras en horas vale.
5. Acordos entre as empresas e as mutuas laborais para incluír a avaliación da condición física no exame de saúde e incentivar a súa mellora.
6. Desenvolvemento de campañas de sensibilización sobre os beneficios da práctica deportiva no ámbito laboral para todas as persoas que formen parte das empresas.
7. Formación específica en promoción da actividade física dos responsables da medicina do traballo, da prevención de riscos e de recursos humanos.
8. Posta en marcha e promoción de campionatos de deporte laboral.

Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 7: Programa de fomento de actividade física en persoas maiores

Medidas

1. Creación de programas de ocio activo para as persoas maiores.
2. Implantación de programas para promocionar hábitos de vida saudables entre as persoas maiores que respondan os requirimentos da saúde bio-psico-social e aos intereses da poboación maior de 65 anos.
3. Proxecto específico para a inclusión do exercicio físico regular nas residencias da terceira idade a través de recursos externos nos lugares con máis índice de envellecemento.
4. Oferta de instalacións accesibles, atractivas e económicas (acordos coa industria do fitness, subvencións, ...) para a práctica de exercicio físico supervisado e adaptado.
5. Incremento da investigación sobre as relacións entre a actividade física das persoas maiores e a súa saúde.

Programa de atención a diferentes ámbitos e colectivos 8: Programa de turismo activo

Medidas

1. Patrocinio a deportistas galegos/as de alto nivel.
2. Promoción da realización en Galicia de eventos de interese turístico.
3. Patrocinio de grandes eventos deportivos en Galicia.
4. Aumento e consolidación dos centros BTT de Galicia.
5. Conversión de máis quilómetros de vías férreas en desuso en vías verdes.
6. Posta ao día de cen quilómetros de camiños, calzadas e vías.
7. Inclusión da actividade ou exercicio físico dentro do programa Noites saudables para a mocidade.
8. Posta en marcha de novas edicións do programa Montaña en familia.
9. Posta en marcha de novas edicións do programa Xuventur.
10. Desenvolvemento de novas edicións do programa Primavera Activa.
11. Incorporación ao programa Turismo de Saúde de actividades físicas que potencien o efecto saudable deste programa.
12. Continuación do programa de Turismo de Golf.
13. Liñas de incentivo a propostas de turismo activo.
14. Redución progresiva das barreiras arquitectónicas nos lugares destinados ao turismo activo.
15. Favorecemento nas liñas de axuda ao turismo da accesibilidade.
16. Creación na sección Mapas de Galicia da web de Turgalicia dun mapa de turismo activo.
17. Creación dunha sección de Transporte Activo dentro do apartado de Transporte da Web de Turgalicia.
18. Actualización e difusión da ferramenta de sendeirismo no móbil.
19. Publicación dunha nova edición do folleto Galicia sendas para descubrir un país.

Programa transversal 1: Programa de normativa e lexislación para fomentar a actividade física

Medidas

1. Inclusión na nova Lei do Deporte de Galicia a protección e o fomento da actividade física, entendéndoa no seu concepto máis amplo e recoñecendo a súa importancia para a saúde e o benestar da cidadanía.
2. Creación dunha Comisión Interdepartamental no seno do Goberno Galego.
3. Creación dun Observatorio Galego da Actividade Física.
4. Creación de normas para as institucións e organizacións deportivas da comunidade galega.
5. Establecemento de parámetros de igualdade en estatutos, regulamentos e subvencións de entidades deportivas.
6. Proposta da inclusión da actividade física e deportiva das persoas con discapacidade na Lei de dependencia.
7. Atención específica, dende a administración autonómica, da actividade física e o deporte adaptado en Galicia.
8. Colaboración na promoción do deporte universitario, a través dos órganos executivos correspondentes.
9. Declaración do Plan Galicia Saudable como Plan de Interese Xeral, coas particularidades a nivel de beneficio fiscal que conleva, elevando esta solicitude polo propio Parlamento galego ou polo órgano correspondente, para a súa aprobación a nivel estatal.
10. Inclusión do Grao en Ciencias da Actividade Física e do Deporte no catálogo de profesións sanitarias ao amparo do Artigo 2.3 da Lei 44/2003, do 21 de Novembro, de ordenación das profesións sanitarias (cando así resulte necesario, polas características da actividade, para mellorar a eficacia dos servizos sanitarios ou para adecuar a estrutura preventiva ou asistencial ó progreso científico e tecnolóxico, poderase declarar formalmente o carácter de profesión sanitaria, titulada e regulada, de unha determinada actividade non prevista no apartado anterior, mediante norma con rango de Lei.
11. Elaboración e aprobación dun decreto para a incorporación da marca GS+Xunta en todas as accións relativas á promoción da saúde.
12. Apoio do recoñecemento xurídico das asociacións para a promoción deportiva no ámbito laboral.
13. Creación de estruturas organizativas e instrumentos que favorezan a comunicación e a coordinación dos diferentes axentes que interveñen na oferta de actividade física e deporte.
14. Elaboración dun plan de acción coas tres universidades galegas.

Programa transversal 2: Programa de fomento da actividade física en persoas con discapacidade

Medidas

1. Inclusión na rede de actores do Plan GS daqueles relacionados coas actividades físico-deportivas e a discapacidade
2. Inclusión dos e das deportistas con discapacidade nas federacións unideportivas olímpicas e non olímpicas
3. Consideración da perspectiva da discapacidade e de xénero na constitución e funcionamento do Observatorio Galego da Actividade Física
4. Inclusión nas campañas de comunicación, información e sensibilización do Plan GS sobre a práctica deportiva contidos sobre os beneficios desta para as persoas con discapacidade.
5. Consideración de criterios de accesibilidade e de participación para persoas con discapacidade nas convocatorias de axudas en materia de equipamentos deportivos a concellos, federacións e clubs deportivos.
6. Creación de programas de ocio activo abertos á participación inclusiva de persoas con discapacidade.
7. Inclusión da discapacidade nas actividades físico-deportivas dentro dos centros de ensino galegos.
8. Desenvolvemento de programas de actividade física adaptada dentro do sistema sanitario de Galicia.

Programa transversal 3: Programa de fomento da actividade para a inclusión social

Medidas

1. Inclusión na rede de actores do Plan GS daqueles relacionados coas actividades físico-deportivas e a inclusión social.
2. Consideración da exclusión social na constitución e funcionamento do Observatorio Galego da Actividade Física.
3. Inclusión nas campañas de comunicación, información e sensibilización do Plan GS sobre a práctica deportiva contidos sobre os beneficios desta para as persoas en risco ou en exclusión social.
4. Inclusión dos especialistas en actividades física e deporte no deseño de actividades e programas no contexto dos servizos sociais.
5. Creación de programas de ocio activo abertos á participación inclusiva de persoas con risco de exclusión social ou excluídas.
6. Elaboración dun arquivo de experiencias de deporte e inclusión social.
7. Deseño e implantación de programas de exercicio físico e deportes para persoas con drogodependencias, incluído o alcoholismo.
8. Deseño e implantación de programas de exercicio físico e deportes en persoas recluídas en centros penais.
9. Deseño e implantación de programas de exercicio físico e deportes para agresores de xénero e maltratadores.
10. Posta en marcha de talleres de inclusión social a través da actividade física e o deporte.
11. Desenvolvemento de campañas deportivas para loitar contra os diferentes motivos que poden poñer as persoas en risco de exclusión social.
12. Creación dunha rede de opinións.
13. Creación dun foro de deporte e sociedade.

Programa transversal 4: Programa para a igualdade entre mulleres e homes na práctica de actividade física

Medidas

1. Posta en marcha de campañas para a sensibilización da igualdade de xénero na práctica de actividade física en todos os ámbitos.
2. Difusión e visualización da participación das mulleres no deporte.
3. Difusión de instrumentos para previr a violencia de xénero no deporte.
4. Formación dunha comisión de persoas expertas en deporte e xénero.
5. Desenvolvemento de programas de conciliación e formación en igualdade.
6. Creación de programas para o fomento da participación igualitaria.
7. Construción de redes para potenciar a participación das mulleres no deporte.

Programa transversal 5: Programa de comunicación para fomentar a práctica de actividade física

Medidas

1. Boletín informativo do Plan Galicia Saudable, con subscrición dende o portal web Galicia Saudable, para difundir as actividades e programas que se poñan en marcha.
2. Acordos cos medios de comunicación rexionais e locais para o desenvolvemento de espazos informativos e educativos fixos, aportando dende o Plan os contidos informativos en diversos soportes.
3. Creación dos protocolos de comunicación e as accións do Plan.
4. Creación dun equipo de comunicación que poida dar servizo e soporte as iniciativas xeradas polos distintos departamentos da Xunta de Galicia e por actores externos participantes no Plan.

Programa transversal 6: Programa de formación para a promoción de actividade física e a prescripción de exercicio

Medidas

1. Proposta de inclusión dunha materia de actividade física e saúde nos novos graos das profesións que teñan competencia e acceso a fomentar a actividade física.
2. Formación continua en actividade física e saúde para os profesionais sanitarios e da educación.
3. Desenvolvemento dun plan de formación para a especialización da actividade físico-deportiva adaptada.
4. Formación de axentes promotores/as e formadores do deporte no ámbito laboral.
5. Formación de persoas expertas en actividade física e deporte en persoas maiores.
6. Realización de cursos de formación para xestores deportivos ou persoas que noutros contextos; sanitario, servizos sociais, elaboren programacións deste tipo.

Programa transversal 7: Programa de investigación e innovación en actividade física e saúde

Medidas

1. Creación dunha rede galega de investigación en actividade física e saúde.
2. Aumento e apoio da investigación nos diferentes ámbitos e relacións da actividade física e a saúde (educación física e deporte en idade escolar, actividades físicas adaptadas, actividade física e persoas maiores, mulleres e deporte, e actividade físico-deportiva nas universidades).
3. Realización dun estudo sobre os niveis de práctica real de actividade física na poboación galega.
4. Realización dun estudo sobre a eficiencia e a efectividades das medidas ou accións implantadas.
5. Realización dun estudo sobre a formación dos/das profesionais da actividade física en diferentes ámbitos de actuación (persoas maiores, persoas con discapacidade etc.).

6. SEGUIMIENTO E AVALIACIÓN.

O proceso de seguimento e avaliación é difícil e complexo, pero a pesar das dificultades que supón a súa aplicación, ningún nega a súa conveniencia.

Cando se planifica unha intervención, todos os datos que botan luz sobre as características e variacións interiores dunha comunidade son útiles para orientar e corrigir a acción, especialmente se teñen lugar no ámbito comunitario. E, posto que estas circunstancias son dinámicas e cambiantes, deben manterse unha vixilancia e un control correctos. Ademais, durante o proceso de implantación das medidas poden acontecer circunstancias ou respostas non previstas que necesitan ser consideradas para adoptar as accións correctoras oportunas.

Para poder realizar unha correcta avaliación é fundamental que funcione un bo sistema de información.

Quen?

A avaliación será realizada, no ámbito de cada programa, proxecto ou medida e acción polos promotores desta que emitirán un informe periodicamente e o enviarán á Área de Seguimento, Avaliación e Control (integrada no Comité Executivo do Plan). Unha vez analizada a información, esta área elaborará unha memoria anual do Plan na que se incluírán as avaliacións de todas as intervencións.

Que?

O obxectivo é poder ter información sobre a **efectividade** e a **eficiencia** do plan e todas as súas medidas. Para iso, e de acordo coas propostas incluídas no Marco para o seguimento e avaliación da aplicación da Estratexia mundial sobre réxime alimentario, actividade física e saúde da OMS (2006) (75), utilizaranse os indicadores que permitan avaliar (Figura 10):

- os **procesos** (como se fan as cousas);
- os **produtos** (p. ex., redacción de proxectos ou guías, cambios no contorno construído ou no ámbito social...), e
- os **resultados** (p. ex., mellores coñecementos sobre a actividade física, cambios cara a condutas máis activas ou redución na incidencia de ECNT...).



Figura 10. Seguimento, avaliación e vixilancia do proceso, o produto e o resultado (75).

Cando?

A avaliación non é a parte final de todo un proceso, senón que forma parte del. Polo tanto, debe iniciarse durante o propio proceso de planificación e continuar durante a implantación das actividades previstas. Así poderase recoller información sobre as dificultades, potencialidades, detección de necesidades non identificadas previamente, etc. Estes datos permitirán reorientar ou corrixir as accións durante o proceso. Ao rematar, é obrigado facer unha avaliación final.

Estableceranse prazos semestrais e anuais para a emisión de informes dos diferentes programas, proxectos e medidas.

Como?

O proceso de avaliación consistirá na recolección sistemática de datos e a súa análise para comprobar que o plan (e os seus programas e proxectos ou medidas) alcanza os seus obxectivos e, se é necesario, utilizarse para realizar os axustes requiridos.

Establecerase para iso un sistema de información que permita a circulación fluída dos datos cara á área do Comité Executivo responsable das tarefas de seguimento, avaliación e control.

A avaliación efectuará un xuízo de valor sobre os diferentes elementos que interveñen no desenvolvemento das accións do plan e debe fundamentarse en criterios e normas. Para iso, é imprescindible **identificar os indicadores de proceso, produto e resultado en cada intervención**.

Logo de coñecer os datos, poderase emitir unha avaliación, é dicir, un xuízo sobre o grao no que se alcanzaron os obxectivos (efectividade) e a relación entre o esforzo e o logro (eficiencia).

Para poder realizar esta vixilancia e control, é necesario que no deseño das diferentes intervencións:

- Se establezan obxectivos concretos e medibles, e que cuantifiquen o nivel de actividade física, o cambio de comportamento pretendido... ou o que en cada caso se persiga.
- Se identifiquen os recursos financeiros axeitados.
- Se realicen descrições detalladas sobre como se desenvolven e se implantan.
- Se inclúa unha avaliación clara e específica, tanto para o control do desenvolvemento e implantación de calquera intervención, como para saber en que grao e en que tempo estimados se lograrán os obxectivos.

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. Devís J, Peiró C. Fundamentos para la promoción de la actividad física relacionada con la salud. En Devís 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.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/measuringeffectivenessandcosteffectivenessstheqaly.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.
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.
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 envellecemento 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.

