

Termómetro del Sedentarismo en España

Informe sobre
la inactividad física y el sedentarismo
en la población adulta española



www.espanaactiva.es

Termómetro del sedentarismo en España:

Informe sobre la inactividad física y el sedentarismo en la población adulta española

Xian Mayo¹, Fernando del Villar¹, Alfonso Jiménez^{1,2}.

Observatorio de la Vida Activa y Saludable de la Fundación España Activa.
Centro de Estudios del Deporte, Universidad Rey Juan Carlos, CSIC.

Edita: [Fundación España Activa](#).

Edición: 2017.

ISBN-13-978-84-697-4252-5

Todos los derechos reservados.

—
Diseño y maquetación: Andrea Lorente (MAS)

¹Observatorio de la Vida Activa y Saludable de la Fundación España Activa. Centro de Estudios del Deporte, Universidad Rey Juan Carlos.

²Centro de Investigación en Ciencias Biológicas Aplicadas y del Ejercicio, Universidad de Coventry (Reino Unido).

Termómetro del Sedentarismo en España:

Informe sobre
la inactividad física y el sedentarismo
en la población adulta española



Presidente de la Fundación España Activa

D. Jaime Lissavetzky

Hace algo más de dos años que la Fundación España Activa se constituyó (bajo la denominación inicial de Fundación Vida Activa y Saludable), con la finalidad última de llamar la atención sobre la necesidad de aportar e identificar los recursos, la energía y las políticas necesarias para revertir la corriente de inactividad física y sedentarismo en nuestro país.

Esta llamada a la acción, esta necesidad de promover e impulsar un cambio radical ha sido nuestro compromiso y nuestra razón de ser desde nuestro origen. Desgraciadamente, a medida que los países prosperan y el desarrollo tecnológico se implementa y expande, nuestro entorno físico y nuestras necesidades se modifican y las oportunidades para reducir los niveles de actividad física de nuestra vida cotidiana se disparan. Por ello, es crítico devolvernos la ambición de una sociedad en donde de nuevo el movimiento se reintegre en cada elemento de nuestro modo de vida. Esta es una tarea compleja, para muchos descomunal, agravada por décadas de regresión. Llevará por tanto mucho tiempo y esfuerzo modificar nuestros hábitos y ampliar y modificar la cultura que hemos desarrollado en la que la actividad física ha quedado marginada y apartada de nuestra vida diaria. La Fundación asume esta realidad y está dispuesta a aportar su pequeño grano de arena para transformarla.

Las evidencias sobre la difícil situación en la que se encuentra nuestro país, como otros de nuestro entorno, son sólidas y entendemos que inaceptables. Es por ello por lo que hemos impulsado desde el Observatorio de la Fundación en el Centro de Estudios del Deporte de la Universidad Rey Juan Carlos, una revisión actualizada de los datos disponibles, especialmente de aquéllos que ofrecen una visión de evolución histórica, sobre el impacto de la inactividad física (entendido como comportamiento inactivo durante el tiempo de ocio) y del sedentarismo (entendido como comportamiento inactivo en nuestra actividad principal) en la población adulta española. Para ello hemos tratado de integrar y ordenar en los análisis datos provenientes de las diferentes herramientas e instrumentos epidemiológicos existentes sobre el comportamiento de la población adulta española para poder definir y orientar acciones, actividades y proyectos a desarrollar por la Fundación en los próximos años.

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para agradecer de nuevo a la Universidad Rey Juan Carlos y al Consejo Superior de Investigaciones Científicas su compromiso y confianza para acogernos en el seno de su Centro de Estudios del Deporte, y poder poner en marcha el programa de investigación del Observatorio de la Vida Activa y Saludable que comienza su andadura con este primer Informe de situación.

Confiamos en que disfruten de la lectura de este documento y consideren la información aquí presentada como relevante, útil y estimulante, pues nos enfrentamos a un reto que va a requerir lo mejor de nosotros.

D. Jaime Lissavetzky

Presidente
Fundación España Activa



Rector de la Universidad Rey Juan Carlos

D. Javier Ramos López

Numerosos estudios científicos evidencian que la inactividad física y el sedentarismo se han convertido en una epidemia de grandes dimensiones en la sociedad española, por su impacto negativo en la salud del ser humano. Es por ello que las Universidades no podemos mirar para otro lado esperando que el sistema sanitario aplique soluciones terapéuticas que resultan cada vez más costosas, en primer lugar para el ciudadano que sufre los efectos patológicos de la inactividad física y el sedentarismo, y por extensión para el conjunto de la sociedad que tiene que financiar de forma sostenida los costes de un sistema sanitario al borde del colapso económico.

En la Universidad Rey Juan Carlos queremos mirar de frente al problema, por lo que hemos puesto en marcha varias iniciativas que ayudarán a mejorar la salud y la calidad de vida de nuestros ciudadanos.

Ya en el 2015 tuvo lugar la creación del Centro de Estudios del Deporte de la URJC, cuyo primer fruto ha sido la puesta en marcha del Observatorio de Investigación de la Vida Activa y Saludable, en colaboración con la Fundación España Activa. El objetivo principal del Observatorio se centra en desarrollar investigación de calidad sobre la relevancia de la Actividad Física y el Deporte, enten-

dida como herramienta básica para la prevención de las enfermedades más prevalentes en nuestra sociedad y al mismo tiempo como instrumento terapéutico para mejorar el bienestar de los pacientes crónicos.

Nuestro segundo gran impulso se materializa en la implantación del Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte que desarrollará, a partir del curso 2017-18, un plan de estudios orientado prioritariamente a la formación de Preparadores Físicos en el ámbito de la salud. Esta es nuestra apuesta de futuro por una sociedad más sana, más feliz y con mayor bienestar.

Este informe que presentamos es el resultado del primer estudio sobre el impacto de la inactividad física y el sedentarismo en la población española, elaborado desde el Observatorio de Investigación de la Vida Activa y Saludable. Tiene el objetivo de definir el punto de partida de lo que deberían ser las políticas activas de fomento de la práctica de actividad física de nuestros ciudadanos. La responsabilidad asumida por la Universidad, en su papel de búsqueda infatigable del conocimiento científico, me lleva a expresar un sincero agradecimiento al equipo de investigadores del Centro de Estudios del Deporte de la Universidad Rey Juan Carlos por el trabajo desempeñado en la elaboración de este primer informe de situación, que sin duda pone luz sobre el camino a seguir para luchar contra la inactividad física y el sedentarismo en nuestra sociedad.

D. Javier Ramos López

Rector de la Universidad Rey Juan Carlos

ÍNDICE

Índice

Prólogo del Presidente de la Fundación España Activa D. Jaime Lissavetzky	5
Prólogo del Rector de la Universidad Rey Juan Carlos D. Javier Ramos Lopez	7
Introducción	16
Recomendaciones de la OMS para una vida activa y saludable	19
BLOQUE I: INACTIVIDAD FÍSICA	22
España en Europa	23
España: Indicadores Europeos	30
Objetivo, que los españoles cumplamos las recomendaciones de la OMS	33
Consecución de las recomendaciones de la OMS por Comunidades Autónomas	37
¿Somos cada vez más los inactivos?	40
El precio de la inactividad	42
¿Cada vez entrenamos más?	47
Actividad física, prevalencia de enfermedades y riesgo de muerte	50
¿Existe más inactividad física cuanto más edad?	54
La cuestión de género:	56
¿Estamos eliminando la brecha de género?	56
¿Somos toda la vida igual de inactivos, en función del género?	59
El estatus socio-económico:	62
¿Qué clase social es la más inactiva físicamente?	62
¿Dependen las diferencias de clase social del género?	64

BLOQUE II: SEDENTARISMO	66
¿Qué hacen los españoles como actividad principal del día?	67
¿Somos cada vez más los que estamos sentados?	70
¿Cómo nos afecta estar sentados durante largos periodos de tiempo en el riesgo de muerte?	73
¿Con qué edad somos más sedentarios?	75
La cuestión de género:	78
¿Somos hombres y mujeres igual de sedentarios en nuestra actividad principal del día?	78
¿Dependen estas diferencias de género de la edad?	80
¿Cómo evolucionan estas diferencias de género en función de la edad?	81
El estatus socio-económico:	83
¿Quién se está volviendo más sedentario en función de la clase social?	83
¿Dependen las diferencias de clase social del género?	85
¿Determinan la clase social y el género la evolución del sedentarismo?	86
¿Qué Comunidades Autónomas tienen mayor prevalencia de sedentarismo?	87
¿QUÉ PODEMOS HACER AL RESPECTO?	88
Una apuesta para el futuro, nuevas políticas y acciones integrales de promoción deportiva	89
LA FUNDACIÓN ESPAÑA ACTIVA	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

Índice Figuras

Figura 1. Recomendaciones de semanales de actividad física de la OMS (minutos)	20
Figura 2. Probabilidades de sobrevivir según niveles de adherencia a las recomendaciones de la OMS, hasta 20 meses después de la encuesta	21
Figura 3. Porcentaje poblacional que no realizó actividades moderadas y vigorosas en los últimos siete días previos a la realización de la encuesta	24
Figura 4. Porcentaje poblacional que no realizó ningún deporte ni se ejercitó ni realizó ninguna otra actividad física con cierto requerimiento físico en los últimos siete días previos a la realización de la encuesta	25
Figura 5. Porcentaje poblacional que realiza deporte o ejercicio físico de manera habitual	26
Figura 6. Diferencia del porcentaje poblacional que realiza deporte o ejercicio con cierta frecuencia o de manera habitual entre el 2010 y el 2014	27
Figura 7. Porcentaje poblacional que no cumple las recomendaciones de la OMS sobre inactividad física (2010)	28
Figura 8. Porcentaje poblacional que cumplían o no las recomendaciones de la OMS entre 1997 y 2003 en las Islas Canarias	31
Figura 9. Porcentaje poblacional que no cumple con las recomendaciones de la OMS en España en diversas encuestas	34
Figura 10. Porcentaje poblacional que no cumple con las recomendaciones de la OMS en España por Comunidades Autónomas	38
Figura 11. Porcentaje poblacional entre 1993 y 2014 que responde "No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria" en las Encuestas Nacionales y Europeas de Salud	41
Figura 12. Aumento del gasto sanitario por persona por ser físicamente inactivo en comparación con ser físicamente activo sin cumplir y cumpliendo las recomendaciones de la OMS	44
Figura 13. Reducción porcentual del gasto sanitario por persona y días de la semana siendo físicamente activo	45

Figura 14. Porcentaje poblacional que realiza "entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana" de 1993 a 2014	48
Figura 15. Reducción de la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades al "realizar actividad física ocasional" o "entrenamiento deportivo varias veces a la semana" en comparación con "no hacer ejercicio"	51
Figura 16. Reducción del riesgo relativo de muerte por cumplir las recomendaciones mínimas de la OMS sin y con enfermedades previas	52
Figura 17. Porcentaje poblacional que "no hace ejercicio" en función de la edad en los años 2011/2012 y 2014	55
Figura 18. Porcentaje poblacional que "no hace ejercicio" o "entrena varias veces a la semana" en función del género en los años 2001 y 2014	57
Figura 19. Porcentaje poblacional que "no hace ejercicio" en función del género y la edad en el año 2014	60
Figura 20. Porcentaje poblacional que "no hace ejercicio" en función de la clase social en los años 2011/2012 y 2014	63
Figura 21. Porcentaje poblacional que "no hace ejercicio" en función de la clase social y el género en el año 2014	65
Figura 22. Porcentaje poblacional que permanece de 2:31 a 6:30 horas totales sentado en un día normal en la Unión Europea	68
Figura 23. Porcentaje poblacional entre 1993 y 2014 y estimación futura de la población que responde estar "sentado/a la mayor parte de la jornada"	70
Figura 24. Aumento porcentual del riesgo relativo de muerte de estar determinadas horas sentado en comparación con estar <4 cumpliendo o no las recomendaciones de la OMS sobre actividad física	74
Figura 25. Porcentaje poblacional que "realiza la actividad principal del día de manera sedente" en función de la edad en los años 2003 y 2014	76
Figura 26. Porcentaje poblacional entre 2000 y 2014 y estimación futura de la población "realiza la actividad principal del día de manera sedente" en función del género	79

Figura 27. Diferencia en puntos porcentuales entre hombres y mujeres que "realizan la actividad principal del día de manera sedente" en función de la edad	80
Figura 28. Diferencia en puntos porcentuales entre hombres y mujeres que "realizan la actividad principal del día de manera sedente" en función de la edad entre 2003 y 2014	81
Figura 29. Porcentaje poblacional que "realiza la actividad principal del día de manera sedente" en función de la clase social en los años 2003 y 2014	84
Figura 30. Porcentaje poblacional que "realiza la actividad principal del día de manera sedente" en función de la clase social y el género en el año 2014	85
Figura 31. Diferencia en puntos porcentuales entre hombres y mujeres que "realizan la actividad principal del día de manera sedente" en función de la clase social entre 2003 y 2014	86
Figura 32. Porcentaje poblacional que "realiza la actividad principal del día de manera sedente" en función de la Comunidad o Ciudad Autónoma	87
Figura 33. Porcentaje poblacional que realiza actividad física "con cierta frecuencia" y que percibe que "el área ofrece suficientes oportunidades" en los 28 países de la Unión Europea	91
Figura 34. Porcentaje poblacional que realiza actividad física "con cierta frecuencia" y sumatorio de razones para practicar actividad física (unidades aleatorias) en los 28 países de la Unión Europea	96

Índice Tablas

Tabla 1. Indicadores de seguimiento, vigilancia, y evolución de las políticas y acciones en el ámbito de la promoción de la actividad física recomendadas por la Oficina regional para Europa de la OMS y la Comisión Europea para España	30
Tabla 2. Los 9 objetivos voluntarios de la OMS sobre enfermedades no transmisibles para el 2025	35
Tabla 3. Clasificación Social de Ocupaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (CSO-SEE12)	62



Introducción

Como consecuencia de los actuales niveles de inactividad física y sedentarismo existentes en nuestro país nos encontramos en una situación difícil que está afectando a nuestra estructura económica y social. La inactividad física es la responsable del 13,4% de las muertes al año en España, llevándose por delante más de 52.000 vidas. Esto supone una carga económica importante para el país de más de 1.560 millones de euros, que son costeados en un 70,5% por las administraciones públicas. El progreso al que hemos llegado supone un arma de doble filo, mientras que disponemos de los mayores índices de bienestar de nuestra historia, este progreso va asociado a una automatización de las tareas cotidianas, especialmente las relacionadas con el trabajo, el transporte y el ocio, lo que nos lleva a eliminar el esfuerzo físico de nuestras vidas. Por ello, necesitamos reintegrar la actividad física en nuestro modo de vida y cambiar nuestra forma de pensar y nuestros hábitos diarios en relación a la actividad física, algo que llevará tiempo y esfuerzo.

El informe que presentamos a continuación pretende ser una fotografía de la situación actual de la *inactividad física* y el *sedentarismo* en la pobla-

ción adulta española. Para su elaboración hemos recurrido a la revisión profunda e interpretación de las encuestas más relevantes sobre la práctica de actividad física publicadas en España y en Europa.

Hemos desarrollado el informe partiendo de las *Recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (2010)*¹ establece sobre la cantidad mínima de actividad física que cada persona debería realizar a la semana y revisando los objetivos de reducción de prevalencia de inactividad física establecidos para el año 2025 por la OMS y que España ratificó dentro de la *Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles de la OMS (2013)*² y de la *Estrategia Europea de Actividad Física de la Oficina Regional de la OMS para Europa 2016-2025 (2015)*³.

El informe se estructura en dos bloques temáticos claramente diferenciados. El primero analiza la prevalencia de la inactividad física (entendida como comportamiento del individuo en su tiempo libre) y el segundo se centra en la prevalencia de sedentarismo (entendido como comportamiento del individuo durante su actividad principal) en nuestro país. Este análisis del comportamiento inactivo, que podría parecer una simple duplicación, es muy relevante en la situación actual pues el abordaje de ambas condiciones va a requerir actuaciones específicas en contextos de dependencia multifactorial.

Tras realizar una breve definición sobre ambas condiciones, exponemos en cada caso los últimos datos disponibles de España en relación a la Unión Europea, para posteriormente abordar en profundidad cuál ha sido la prevalencia de ambas condiciones en las distintas encuestas que se han publicado recientemente, estratificando los resultados en función de la edad, el género, la clase

¹Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud*. Ginebra.

²Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

³Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025, WHO-Europe, 2015.

social y su evolución en los últimos años. Por último, y atendiendo a lo anterior, identificamos a aquellos grupos de población que son especialmente inactivos y sedentarios, y que requerirían por tanto una actuación prioritaria en cuanto a políticas de promoción de actividad física y de reducción del sedentarismo.

Esperamos que este informe contribuya a llamar la atención sobre el que ha sido definido como el “*principal problema de Salud Pública en el siglo XXI*”⁴, estimulando un debate positivo y proactivo en la búsqueda de soluciones sostenibles, que ayude a constituir un frente común para combatir la prevalencia de la inactividad física y el sedentarismo entre todos los agentes del sistema deportivo, de ocio activo y de salud de nuestro país.

Nuestro objetivo desde el Observatorio de la Vida Activa y Saludable es pues muy claro y concreto, queremos contribuir, aportando evidencias e identificando buenas prácticas, a que cada día más españoles sean más activos más veces.

⁴Blair, S.N. (2009). Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*; 43(1):1-2.







Recomendaciones de la OMS para una vida activa y saludable

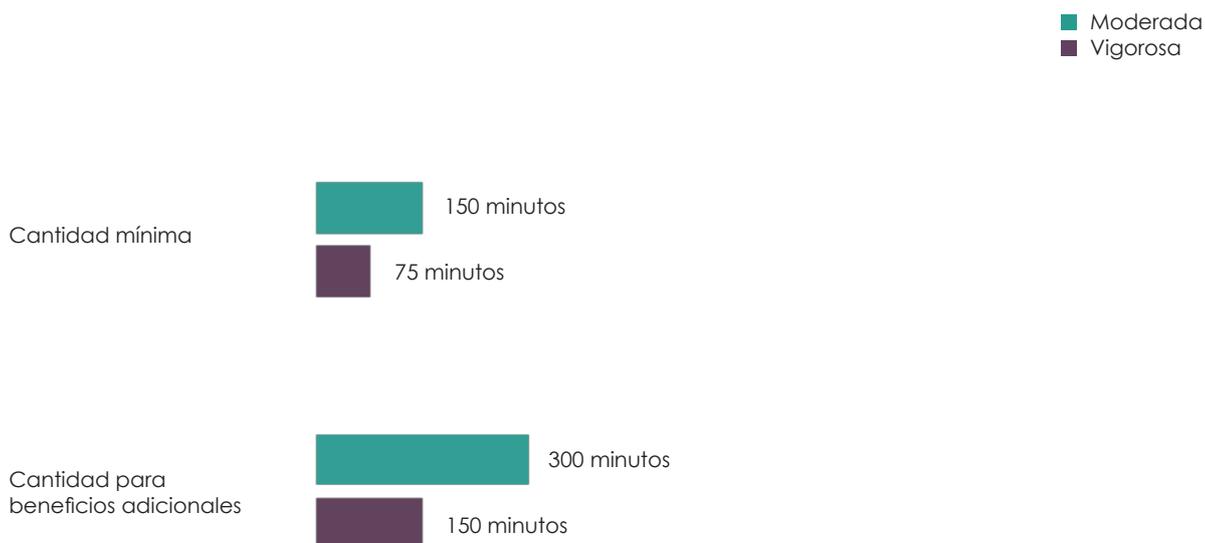
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para todos los rangos de edad una cantidad mínima de actividad física para mejorar la salud y una cantidad adicional recomendada para obtener mayores beneficios de la misma⁵. En adultos de entre 18 y 64 años, y como se puede observar en la Figura 1, estas recomendaciones consisten en realizar al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada, o 75 minutos de actividad de intensidad vigorosa a la semana, o el equivalente de la combinación de ambos, en periodos de al menos 10 minutos seguidos de duración. Esta actividad física recomendada incluye la realización de actividad física en el tiempo libre, el transporte activo (como caminar o andar en bicicleta), la actividad física ocupacional (trabajo), y tareas del hogar, juegos, deportes o ejercicio físico.

Para poder obtener mayores beneficios en la salud en adultos, la OMS recomienda aumentar esas cantidades hasta los 300 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada semanal, los 150 minutos de actividad de intensidad vigorosa a la semana, o el equivalente de la combinación de

⁵Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. El objetivo de estas recomendaciones es prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles mediante la práctica de actividad física en el conjunto de la población, y sus principales destinatarios son los responsables de políticas de ámbito nacional.

Fig. 1 - Recomendaciones de semanales de actividad física de la OMS (minutos)

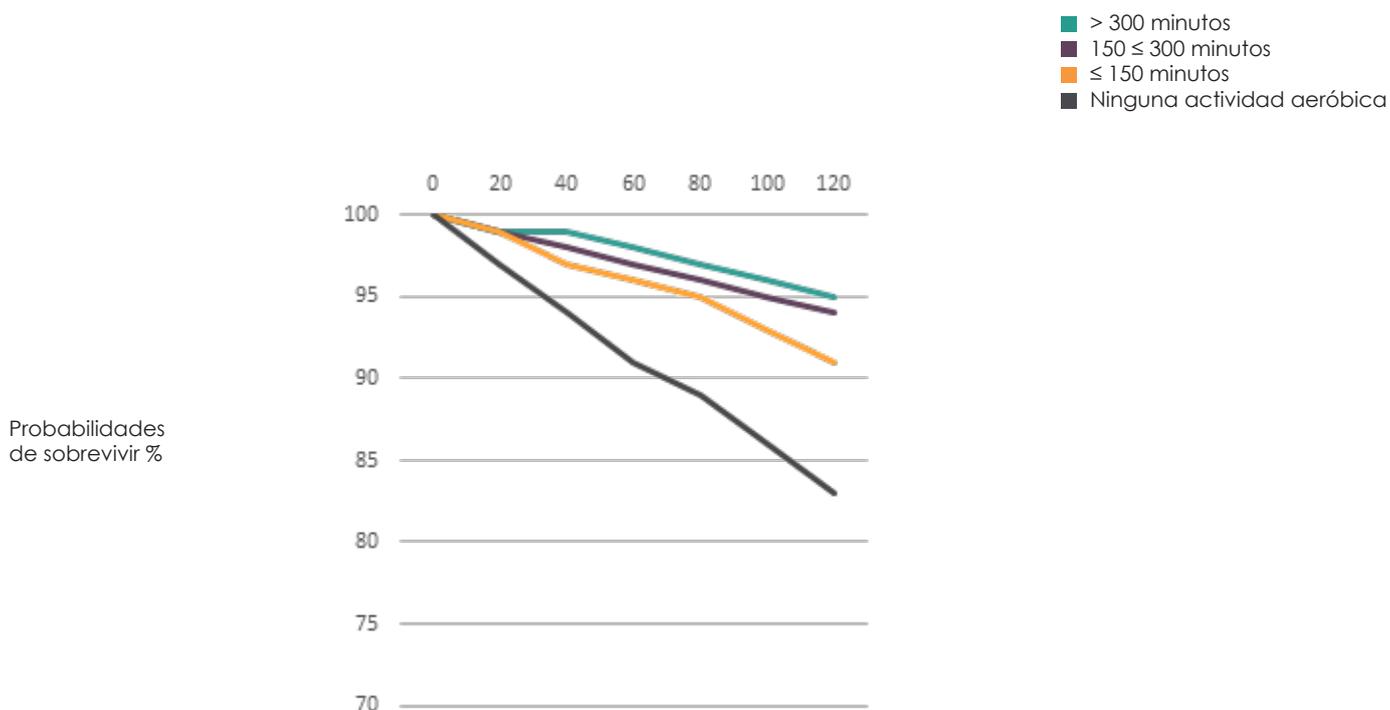
Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra.



ambos, en las actividades anteriormente comentadas. Además, los adultos deben realizar actividades para aumentar la fuerza muscular incluyendo los principales grupos musculares en al menos dos días a la semana. Por último, en aquellos adultos de 65 años en adelante con dificultades de movilidad, la OMS recomienda también dedicar tres o más días a la semana a realizar actividades físicas

Fig. 2 - Probabilidades de sobrevivir según niveles de adherencia a las recomendaciones de la OMS, hasta 20 meses después de la encuesta

Schoenborn, C. A., y Stommel, M. (2011). Adherence to the 2008 adult physical activity guidelines and mortality risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 514–521.



para mejorar el equilibrio y así evitar caídas. Como se puede observar en la Figura 2, la consecución de las recomendaciones mínimas o adicionales de la OMS reduce el riesgo de muerte en comparación con no realizarlas o no realizar ninguna actividad aeróbica en el tiempo libre⁶.

⁶Schoenborn, C. A., y Stommel, M. (2011). Adherence to the 2008 adult physical activity guidelines and mortality risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 514–521. En este estudio se analizó, para las mismas personas, la adherencia a las recomendaciones del CDC de Estados Unidos (2008), en las que se basan las recomendaciones de la OMS, mediante encuesta y la relación con los registros de muertes hasta dos años después.

BLOQUE I: INACTIVIDAD FÍSICA

España en Europa



La inactividad física se define por unos niveles de actividad física menores a los recomendados para una salud óptima y la prevención de una muerte o aparición de enfermedades prematuras⁷. Desde un punto de vista de salud pública, se considera a una persona como físicamente inactiva cuando no cumple con las recomendaciones de la OMS.

Como consecuencia de esta inactividad física, se pueden desarrollar más de 35 enfermedades y trastornos crónicos entre los cuales se pueden incluir, aunque no exclusivamente: una aptitud cardiorrespiratoria reducida, síndrome metabólico, obesidad, resistencia a la insulina, diabetes, enfermedad hepática grasa no alcohólica, enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, disfunción endotelial, dislipidemia arterial, osteoporosis y osteoartritis, diferentes tipos de cáncer, como el de colon, de mama y de endometrio, y una muerte prematura⁸.

La inactividad física constituye uno de los factores de riesgo de muerte prematura más importante en todo el mundo, superando ya al consumo de tabaco y solo por detrás de la hipertensión y el exceso de glucosa en sangre⁹. De hecho, una aptitud cardiorrespiratoria reducida, como consecuencia de la inactividad física, puede ser un mejor predictor de muerte que otros factores de riesgo como ser fumador u obeso¹⁰.

⁷Booth, F. W., Roberts, C. K., y Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–211.

⁸Booth, F. W., Roberts, C. K., y Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–211.

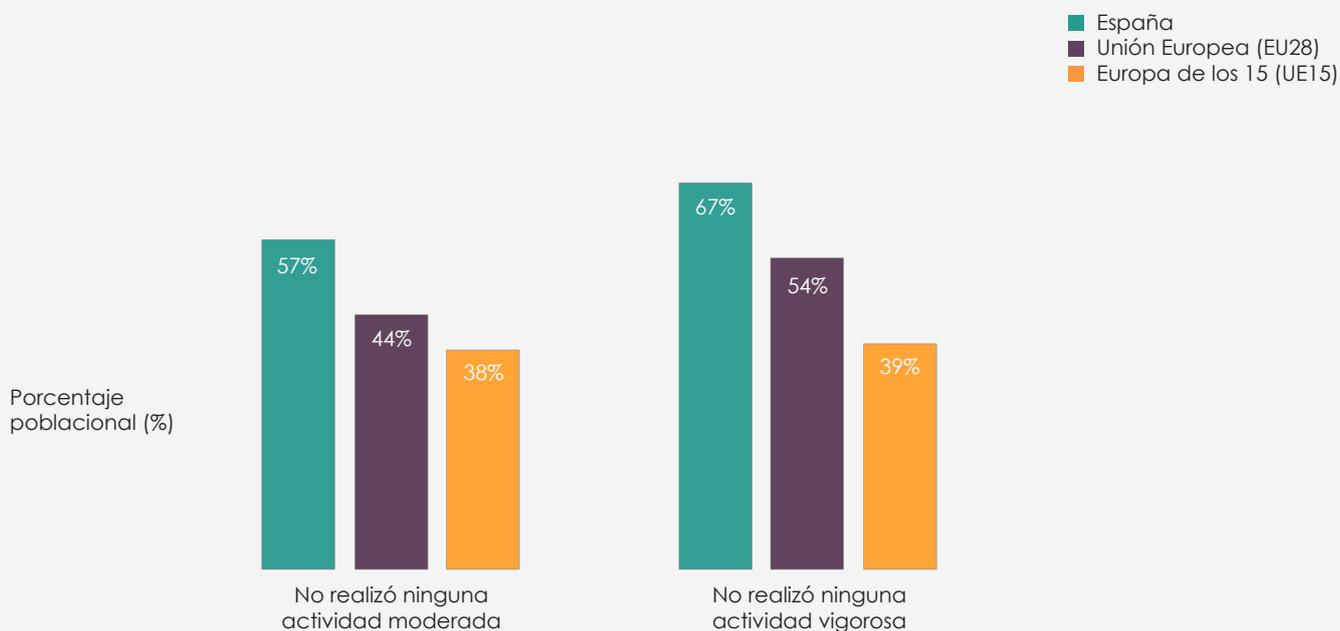
⁹Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., y Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219–29.

¹⁰Blair, S. N., Kohl, H. W., Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S., Gibbons, L. W., y Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 273(14), 1093–8

A pesar de las evidencias que existen hoy en día en relación a la inactividad física y el riesgo de desarrollar diferentes enfermedades crónicas, o sufrir una muerte prematura, y aún a pesar de las recomendaciones de la OMS, según datos del Eurobarómetro especial 412 (2014)¹¹, tres de cada cinco españoles no realizaron ninguna actividad física moderada en los últimos siete días previos a la realización de esa misma encuesta. Esa cifra se eleva a dos de cada tres españoles para las actividades físicas vigorosas. En comparación tanto con la Unión Europea (EU28), como con los 15 países que entraron en la Unión Europea antes de abril del 2004 (EU15), nuestros valores de inactividad física son **elevados** tanto para la realización de actividades moderadas como vigorosas (Figura 3).

Fig. 3 - Porcentaje poblacional que no realizó actividades moderadas y vigorosas en los últimos siete días previos a la realización de la encuesta

Eurobarómetro especial 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Deporte.



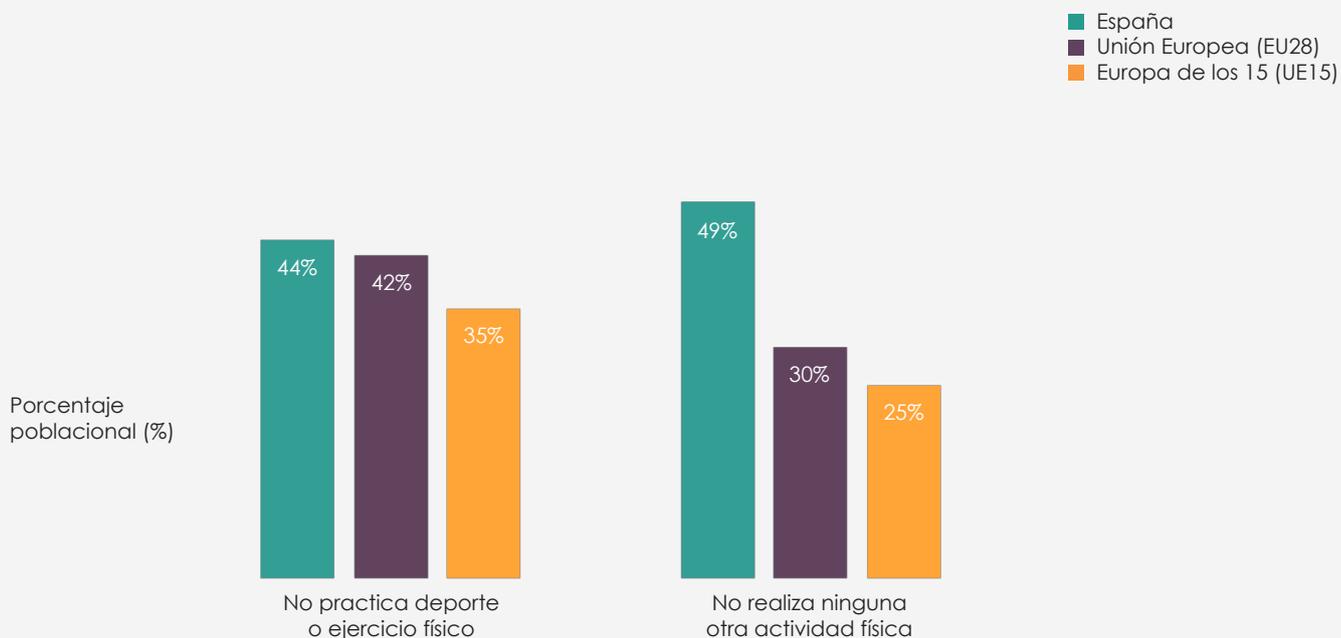
¹¹El Eurobarómetro especial 412 (2014), con trabajo de campo del 2013, sigue la serie de los Eurobarómetros realizados en 2002 y 2009 sobre Actividad Física y Deporte. Se trata de una entrevista cara a cara a casi 28.000 ciudadanos europeos de los 28 estados miembros de la Unión Europea, de diferentes grupos sociales y demográficos, sobre su práctica física y la percepción que tienen de la realidad de la práctica física de su entorno.



En línea con los resultados anteriores, casi la mitad de los españoles no practica ningún deporte o se ejercita, ni realiza ninguna otra actividad en su tiempo libre que le suponga cierto requerimiento físico, como el bricolaje, la jardinería o el baile (Figura 4). En este sentido, España muestra uno de los valores más altos de la Unión Europea en marcadores de inactividad física, muy por encima tanto de la media de la Unión Europea (UE28) como en comparación con los países que entraron en la Unión Europea antes de abril del 2004 (EU15).

Fig. 4 - Porcentaje poblacional que no realizó ningún deporte o se ejercitó, ni realizó ninguna otra actividad física con cierto requerimiento físico en los últimos siete días previos a la realización de la encuesta

Eurobarómetro especial 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Deporte.



Sin embargo, no son todo malas noticias. España lidera la Unión Europea en práctica habitual de deporte y ejercicio (Figura 5), y tiene un gran saldo positivo en el porcentaje de población que pasó de no realizar actividad física o realizarla de manera ocasional en el 2009 a realizarla con cierta frecuencia o de manera habitual en el 2014 (Figura 6), siendo el quinto país de toda la Unión Europea en el que el número de practicantes aumentó más.

Fig. 5 - Porcentaje poblacional que realiza deporte o ejercicio físico de manera habitual

Eurobarómetro especial 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Deporte; Eurobarómetro 334 (2010). Informe sobre Actividad Física y Deporte.

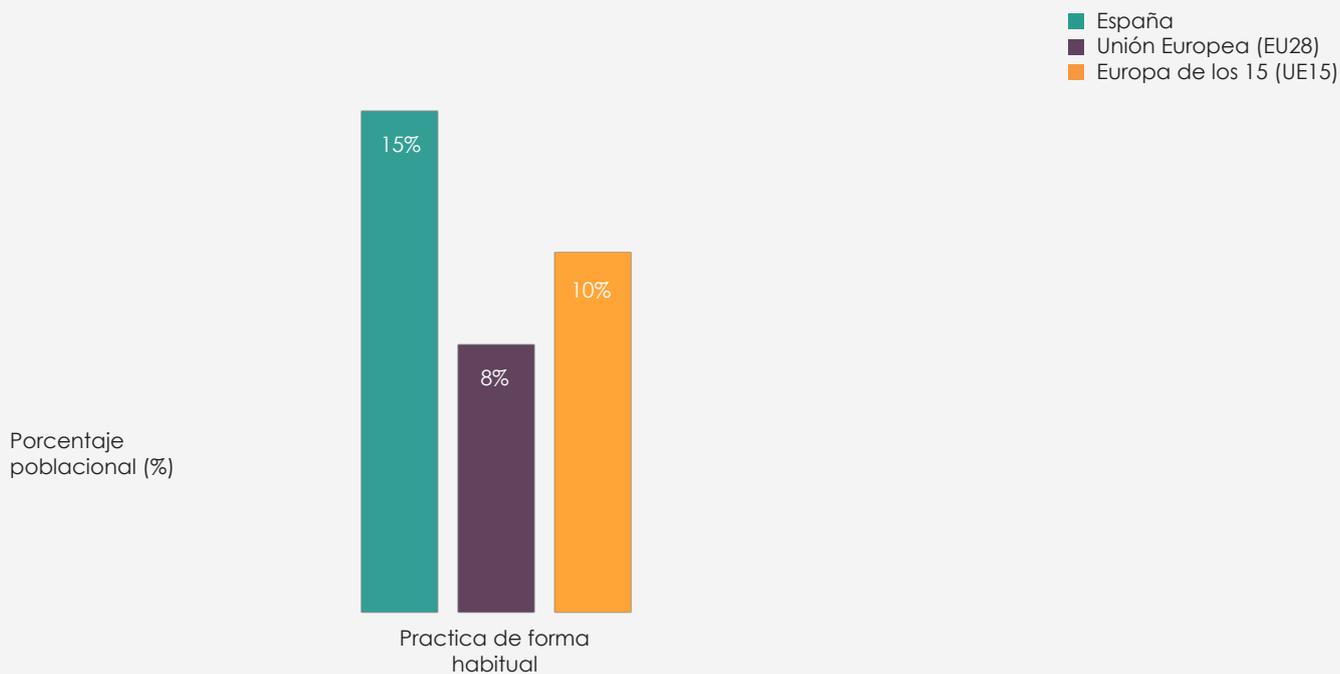
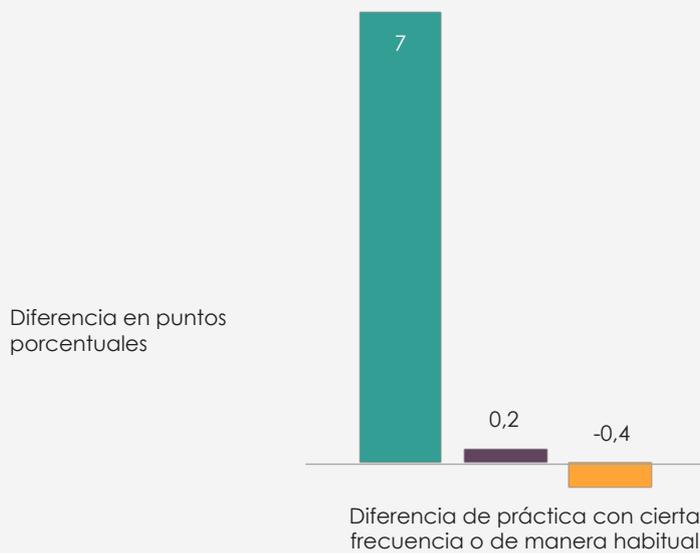




Fig. 6 - Diferencia del porcentaje poblacional que realiza deporte o ejercicio con cierta frecuencia o de manera habitual entre el 2010 y el 2014

Eurobarómetro especial 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Deporte; Eurobarómetro 334 (2010). Informe sobre Actividad Física y Deporte.

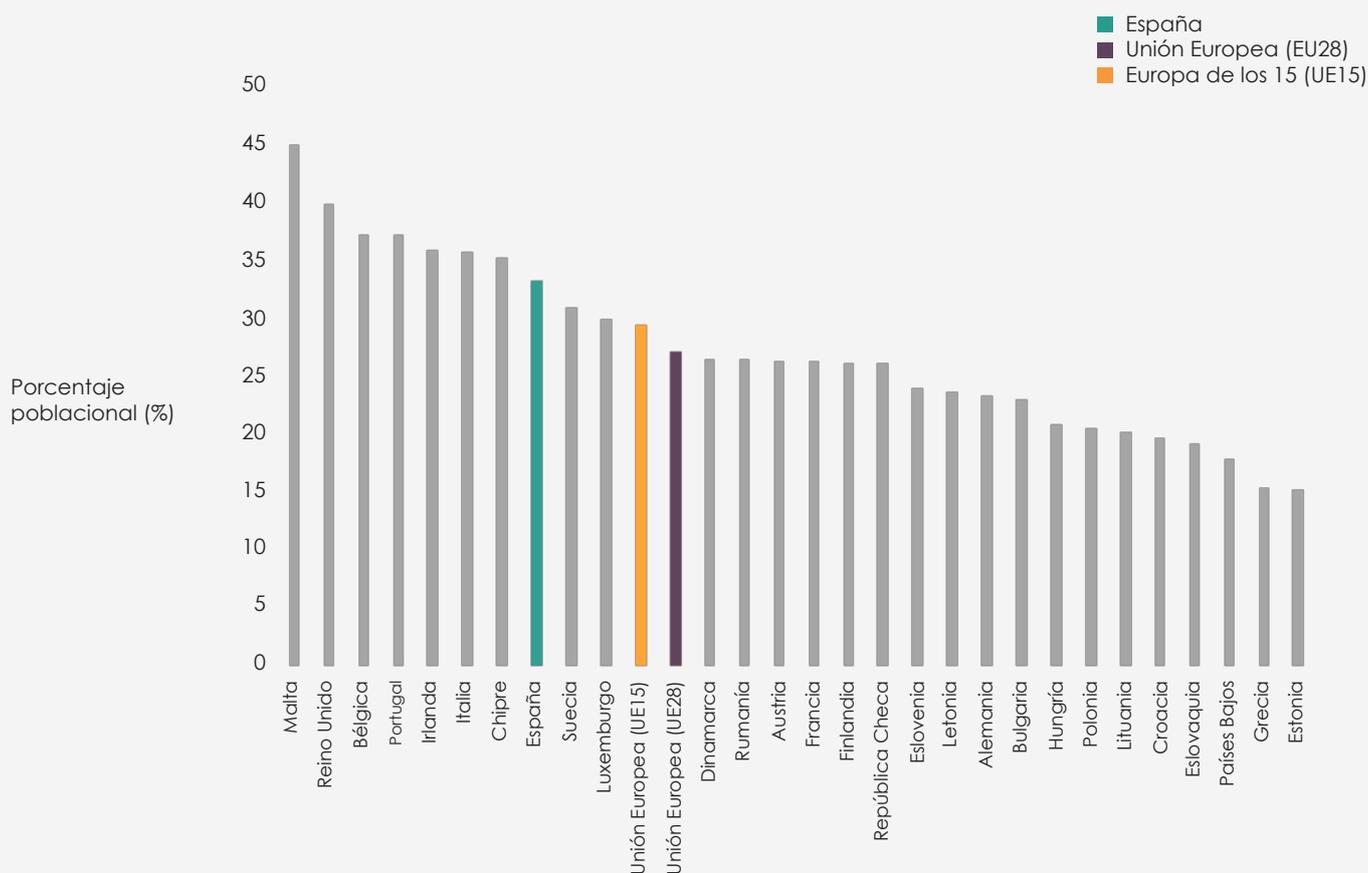
- España
- Unión Europea (EU28)
- Europa de los 15 (UE15)



A pesar de estos buenos indicadores, como consecuencia de la inactividad física tanto en actividades moderadas como vigorosas, y tanto por la ausencia de realización de deporte y ejercicio físico como de otras actividades físicas, España es el octavo país del conjunto de la Unión Europea (EU28) y el quinto país de la Europa de los 15 (EU15) en el que más porcentaje de la población no cumple las recomendaciones de la OMS¹², estando así por encima de las medias de ambos grupos (Figura 7).

Fig. 7 - Porcentaje poblacional que no cumple las recomendaciones de la OMS sobre inactividad física (2010)

Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra. Datos sobre inactividad física en los 28 países de la Unión Europea.



¹²De carácter trianual y en su segunda edición, el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (2014) de la OMS estudia la ocurrencia de nueve enfermedades cuya prevalencia los países miembros han ratificado reducir de manera voluntaria para el año 2025. En relación a la inactividad física, el informe calcula mediante diferentes preguntas realizadas a los ciudadanos de dichos países la consecución de los 150 minutos mínimos recomendados por la OMS mediante el Cuestionario de Actividad Física Global.

“El compromiso institucional y la inversión pública y privada sostenida en nuestro país desde mediados de la década de los ochenta impulsaron la práctica deportiva como un fenómeno de transformación social positiva que contribuyó a la consolidación de nuestro modelo de sociedad moderna, democrática e inclusiva”.

D. Jaime Lissavetzky,

**Presidente de la Fundación España Activa
Secretario de Estado para el Deporte 2004-2011**

España

Indicadores Europeos

Tanto la Comisión Europea como la Oficina Regional para Europa de la OMS han desarrollado estos últimos años recomendaciones y guías para la promoción de la actividad física para la salud, que emanan en primera instancia de las Directrices de la Unión Europea sobre Actividad Física para la Salud y la Estrategia de Actividad Física para la

Región Europea de la OMS 2016-2025¹³. Aunque España cumple todos los indicadores necesarios en relación a la promoción de la actividad física para la salud¹⁴ (Tabla 1), estos datos nos muestran un país que va a dos velocidades en lo que a práctica de la actividad física se refiere.

Tabla 1 - Indicadores de seguimiento, vigilancia, y evolución de las políticas y acciones en el ámbito de la promoción de la actividad física recomendadas por la Oficina regional para Europa de la OMS y la Comisión Europea para España

Salud	Deporte	Educación	Transporte	Supervisión	Guías
Consejos de actividad física como parte de los servicios de atención primaria	Existencia de políticas nacionales de deporte para todos	Obligatoriedad de práctica de actividad física en las escuelas de educación secundaria	Diseño de políticas de promoción de transporte activo a la escuela y el lugar del trabajo	Inclusión de preguntas sobre práctica de actividad física en las encuestas de salud	Existencia de recomendaciones nacionales sobre práctica de actividad física
Si	Si	Si	Si	Si	Si

European Commission, y World Health Organization Regional Office for Europe. (2015). Spain: Physical activity factsheet. Copenhagen.

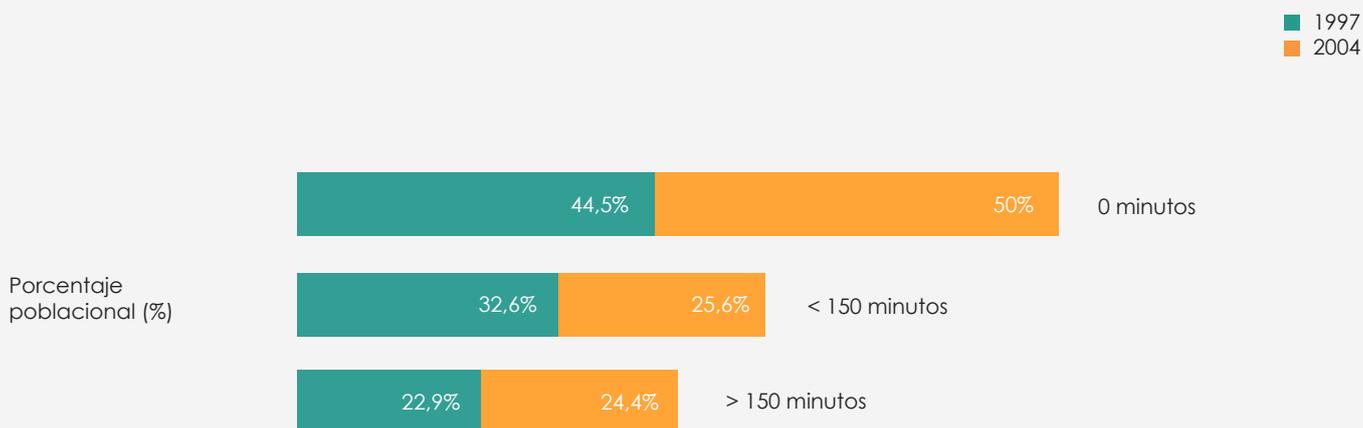
¹³ Las Directrices de la Unión Europea sobre Actividad física para la Salud y la Estrategia de Actividad Física para la Región Europea de la OMS 2016-2025 tienen como objetivo inspirar y ayudar a los estados miembros a formular y adoptar directrices nacionales que aumenten la actividad física para la mejora de la salud y el bienestar de los ciudadanos europeos.

¹⁴ European Commission, y World Health Organization Regional Office for Europe. (2015). Spain: Physical activity factsheet. Copenhagen. Ficha técnica sobre la implementación de las Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre la promoción de la actividad física que mejore la salud y el Plan de Acción para las enfermedades no transmisibles 2012-2016.

Así, mientras que una parte de la población es capaz de aprovecharse de las oportunidades que existen para ser físicamente activo y cumplir, en última instancia, las recomendaciones de la OMS, la otra no es capaz de beneficiarse de estas oportunidades alcanzando cada vez cuotas más altas de inactividad física¹⁵ (Figura 8).

Fig. 8 - Porcentaje poblacional que cumplían o no las recomendaciones de la OMS entre 1997 y 2003 en las Islas Canarias

Serrano-Sánchez, J. A., Bello-Luján, L. M., Auyanet-Batista, J. M., Fernández-Rodríguez, M. J., y González-Henríquez, J. J. (2014). Lack of exercise of "moderate to vigorous" intensity in people with low levels of physical activity is a major discriminant for sociodemographic factors and morbidity. *PLoS ONE*, 9(12), 5–20.



Utilizando los datos de las Encuestas de Salud de las Islas Canarias de los años 1997 y 2003 (obtenidos realizando la encuesta CINDI a más de 6.000 canarios), Serrano-Sánchez y sus colaboradores observaron que a medida que disminuía el porcentaje poblacional que era "algo activo" (pero no llegando a alcanzar el umbral mínimo de las recomendaciones de la OMS), y crecía tímidamente el porcentaje de población que sí las cumplía, también aumentaba el porcentaje de personas que no realizaban ninguna actividad física.

¹⁵ Este fenómeno se puede observar en el estudio realizado por Serrano-Sánchez et al. (2014) en una muestra canaria utilizando las Encuestas de Salud de esa Comunidad Autónoma entre 1997 y 2004.

“España, al igual que Reino Unido y otros muchos países Europeos, está cumpliendo sus compromisos institucionales en materia de desarrollo de indicadores de control y seguimiento de la inactividad física, e incluso promoviendo políticas específicas, pero el incremento imparable de la población inactiva y sus consecuencias nos deben obligar a ser más innovadores, más arriesgados, más proactivos en la búsqueda de soluciones...”

Steven Ward

CEO, ukactive

Objetivo, que los españoles cumplamos las Recomendaciones de la OMS

Los organismos que configuran nuestro Gobierno, incluyendo a las Comunidades Autónomas y particularmente las Administraciones Locales, tienen una gran responsabilidad en revertir la actual situación. De hecho, España está comprometida con el cambio que es necesario promover para alcanzar los objetivos voluntarios de la OMS para 2025 sobre inactividad física en el mundo y particularmente en Europa (ver tabla 2, *Los 9 objetivos voluntarios de la OMS sobre enfermedades no transmisibles para el 2025*, y en concreto el objetivo identificado en el apartado 3).

Partiendo de la encuesta de la OMS del 2010, fecha base para la consecución de los objetivos voluntarios para 2025 marcados dentro del Plan de Acción Global 2013-2020¹⁶, una reducción del 10% en la prevalencia de inactividad física supondría pasar de un 33,5% actual para el conjunto de los españoles (con un 37,4% para las mujeres y un 29,2% para los hombres), a cifras del 30,1% para el conjunto de la sociedad (con un 33,7% para las mujeres y un 26,3% en el caso de los hombres).

¹⁶ WHO (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Ginebra.

Sin embargo, para el conjunto del Estado, los datos sobre inactividad física en relación a la consecución de los objetivos de la OMS son escasos (Figura 9), lo cual sumado a las diferencias existentes en la naturaleza de las diversas encuestas disponibles hace realmente difícil poder estimar cuál es la evolución actual respecto a este objetivo estratégico.

En cualquier caso, el análisis de los datos de los distintos Eurobarómetros y de encuestas intermedias sugiere que durante estos años no se ha producido una reducción apreciable en la prevalencia de inactividad física en nuestro país.

Fig. 9 - Porcentaje poblacional que no cumple con las recomendaciones de la OMS en España en diversas encuestas

Eurobarómetro especial 183-6 (2003). Informe sobre Actividad Física y Deporte. Datos del 2002.
 Guthold, R., Ono, T., Strong, K. L., Chatterji, S., y Morabia, A. (2008). Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 486–94. Datos del 2002/2003.
 Eurobarómetro especial 246 (2006). Informe sobre Salud y Alimentación. Datos del 2005.
 Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra. Datos del 2010.
 Encuesta Nacional de Salud en España 2011/2012 (2014). Actividad física, descanso y ocio.
 Eurobarómetro especial 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Deporte. Datos del 2013.

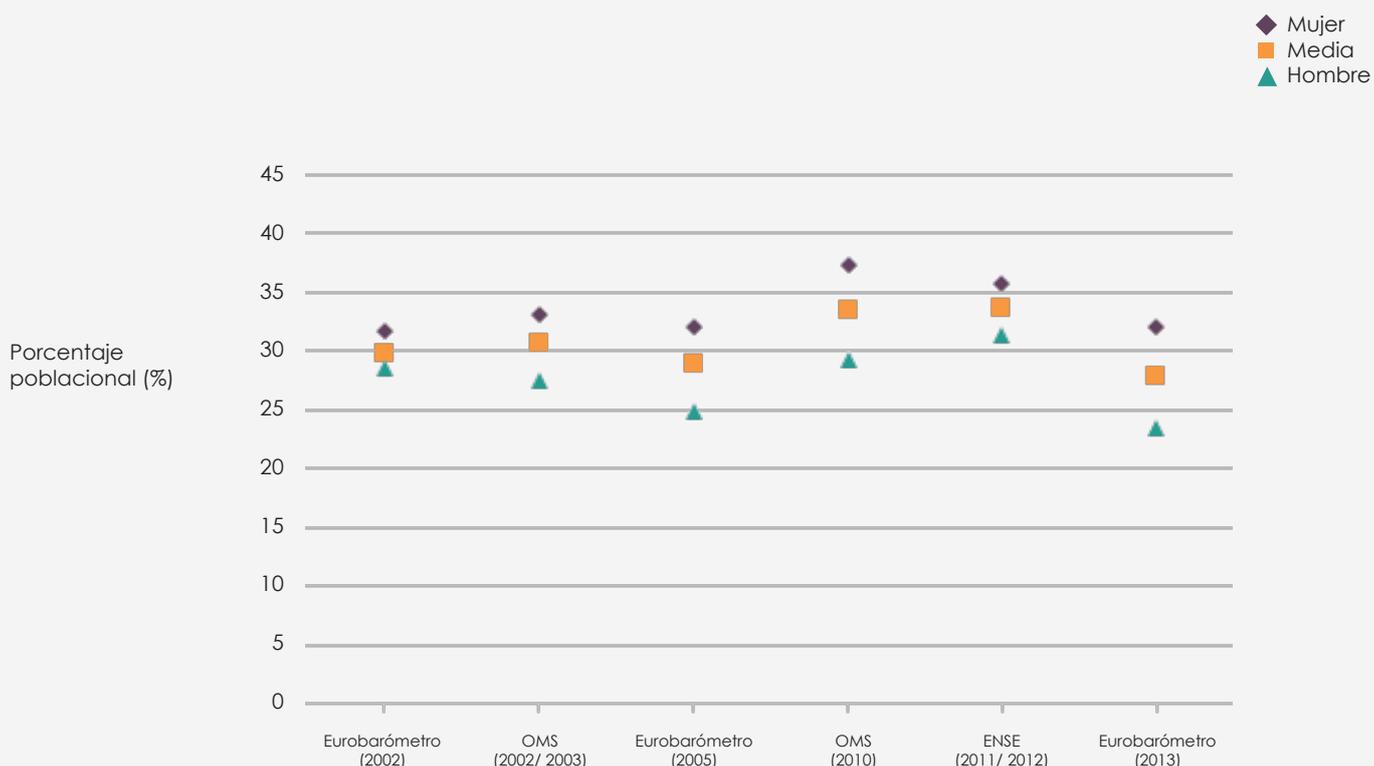


Tabla 2 - Los 9 objetivos voluntarios de la OMS sobre enfermedades no transmisibles para el 2025 (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2013)



Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%



Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%, según proceda, en el contexto nacional



Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%



Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%



Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30%



Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país



Detención del aumento de la diabetes y la obesidad



Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares



80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados



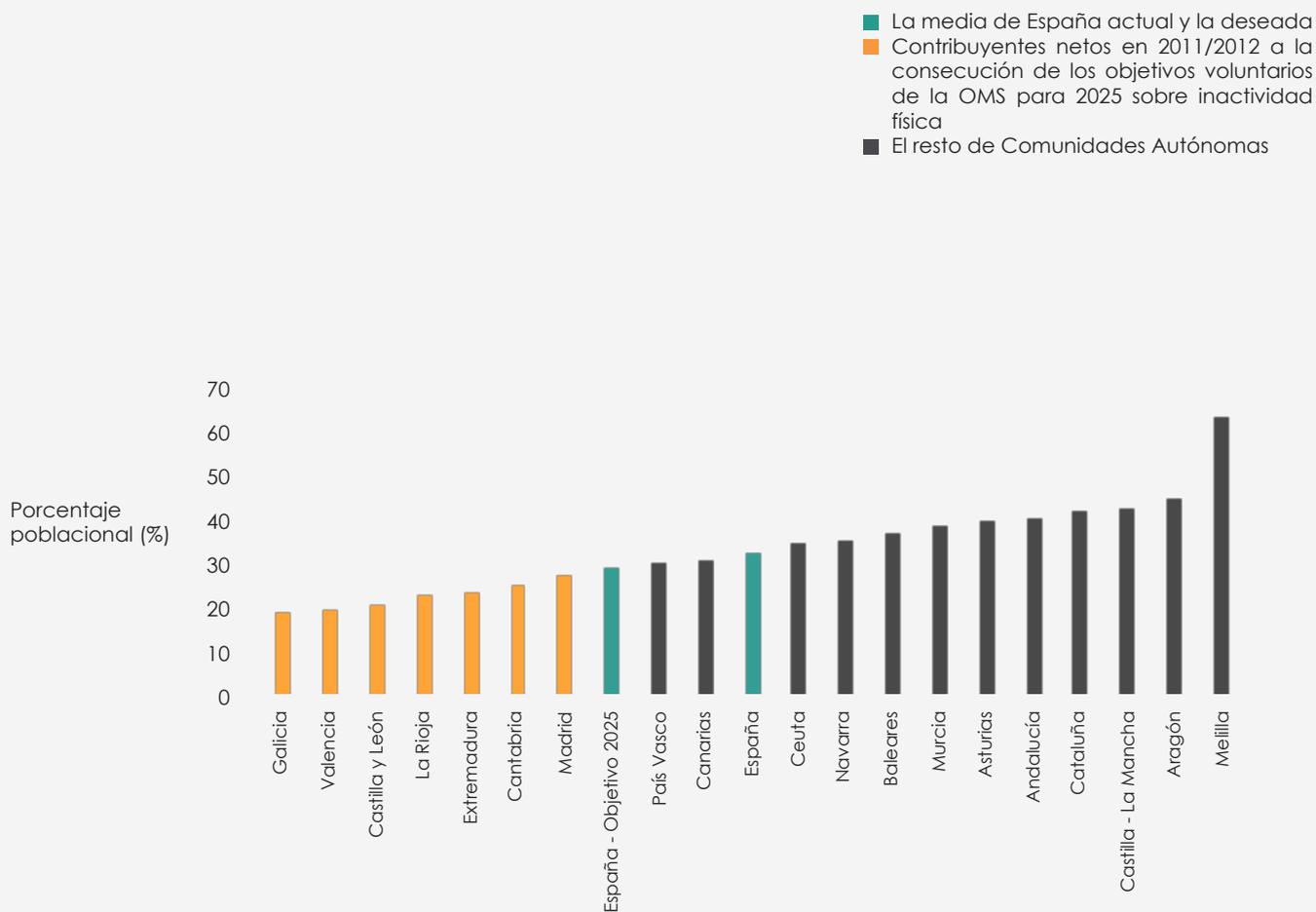
Consecución de las recomendaciones de la OMS por Comunidades Autónomas

En relación a las diferencias territoriales en el conjunto del país, podemos observar en la Figura 10 como existen 6 Comunidades Autónomas (Galicia, Comunidad Valenciana, Castilla y León, La Rioja, Extremadura, Cantabria y la Comunidad de Madrid) que están un 10% por debajo del objetivo estratégico para el conjunto del país (cifrado en un 30,1% para el conjunto de la población), siendo por tanto contribuyentes netos a la consecución de los objetivos voluntarios de la OMS sobre prevalencia de inactividad física para el 2025. Sin embargo, debido a la escasez de estudios que han analizado la consecución o no de las Recomendaciones de la OMS en las distintas Comunidades Autónomas, es difícil pronosticar el cumplimiento o no de los objetivos de la OMS para el 2025.

Prevalencia de inactividad física por Comunidades Autónomas. En azul se observan la media de España actual y la deseada cumpliendo los objetivos de la OMS para 2025. En amarillo, se pueden observar los contribuyentes netos en 2011/2012 a la consecución de los objetivos voluntarios de la OMS para 2025 sobre inactividad física. En gris, el resto de Comunidades Autónomas.

Fig. 10 - Porcentaje poblacional que no cumple con las recomendaciones de la OMS en España por Comunidades Autónomas

Encuesta Nacional de Salud en España 2011/2012 (2014). Serie Informes monográficos n° 4. Actividad física, descanso y ocio¹⁷.



¹⁷ La Encuesta Nacional de Salud en España se realiza cada 2 años y medio alternativamente junto con la Encuesta Europea de Salud. La encuesta del 2011/2012 es la única Encuesta Nacional en incluir la prevalencia de inactividad física bajo una encuesta estandarizada internacional homologable al análisis de las Recomendaciones de la OMS sobre prevalencia de inactividad física.

“Necesitamos abordar las diferencias territoriales de forma positiva, articulando una Estrategia para todo el Estado que, integrando como principales agentes a las Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y otras instituciones, entidades y a la ciudadanía en general, construya desde sus propias fortalezas y oportunidades, aprovechando sinergias y aprendiendo de las buenas prácticas de otros. Necesitamos articular una estrategia de acción fundamentalmente local con impacto global. Lo que hagamos debe ser sostenible, debemos trabajar con visión de futuro. Se lo debemos a las nuevas generaciones...”

José Ramón Lete Lasa

Presidente del Consejo Superior de Deportes

¿Somos cada vez más los inactivos?

Un aspecto importante a destacar para garantizar la disponibilidad de información sólida sobre la evolución y tendencias en el análisis del comportamiento de la población española sobre inactividad física es adoptar un estándar internacional en sus Encuestas de Salud y de Práctica Deportiva, como ya se hizo con la Encuesta ENSE 2011/2012 y como están haciendo en la actualidad las Comunidades Autónomas de Canarias, Cataluña y País Vasco. Además, sería muy importante continuar al mismo tiempo con las series de registro que se han realizado hasta ahora permitiendo de esta forma seguir analizando la evolución de los datos de forma continua y estructurada.

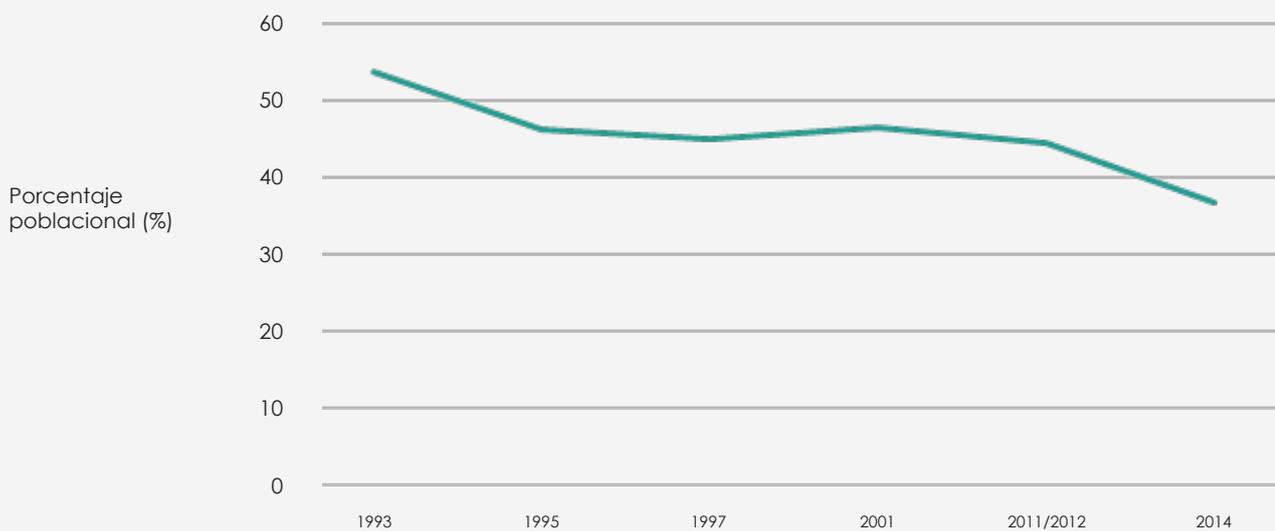
Es este sentido, y aun a pesar de la ausencia de un estándar internacional y de las encuestas de 2003 y 2006, en las que las preguntas eran diferentes, España ha sido bastante consistente desde el año 1993 analizando en las distintas encuestas el nivel de inactividad física completo, realizando la

pregunta *¿Cuál es la respuesta que mejor describe su actividad física o deportiva en su tiempo libre?*¹⁸, con pequeñas diferencias entre encuestas, pero siendo, en términos generales, bastante homogéneas. En dichas encuestas, se observa que el número de españoles que son completamente inactivos físicamente (es decir, que responden la opción *No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria* es cada vez menor, indicando un 36,7% en 2014 (Figura 11).

¹⁸Para las encuestas ENSE 2011/2012 y EESE 2014, las posibles respuestas a la pregunta *¿Cuál es la respuesta que mejor describe su actividad física o deportiva en su tiempo libre?* eran: a) *No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria.* b) *Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.).* c) *Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).* d) *Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.*

Fig. 11 - Porcentaje poblacional entre 1993 y 2014 de la que responde “No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria” en las Encuestas Nacionales y Europeas de Salud.

Encuestas Nacionales de Salud en España (1993-2011/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



El precio de la inactividad

El coste económico es sin duda uno de los aspectos más críticos a la hora de analizar el impacto de un estilo de vida inactivo en nuestras sociedades, y debe suponer un importante motor del cambio asociado a promover un comportamiento activo. De esta forma, y como ya hemos identificado anteriormente, en España un 13,4% de todas las muertes son atribuibles a la inactividad física¹⁹. Esto supone más de 52.000 muertes al año como consecuencia de la inactividad física.

Según un riguroso estudio (el primero de este calibre realizado en el mundo) publicado en la prestigiosa revista científica *The Lancet* en el año 2016, en una serie monográfica sobre el impacto de la actividad física para la salud, que se edita en cada año olímpico (la primera edición se publicó con motivo de los Juegos de Londres 2012), el coste total de la inactividad física en el mundo alcanzó los 61.700 millones de dólares en el año 2013²⁰. Analizando la información relativa a la repercusión económica de las muertes prematuras y las enfermedades ocasionadas por la inactividad física en nuestro país, esta representa un gasto directo de más de 1.367 millones de euros anuales.

Es importante destacar además que, en relación a la inactividad física, España es el segundo país del mundo con un gasto porcentual más alto en relación al gasto sanitario directo (1,53%)²¹. En relación a los gastos indirectos, estimaciones conserva-

doras lo han cuantificado en 194 millones de euros anuales teniendo en cuenta únicamente la pérdida de productividad por muerte prematura. Sin embargo, teniendo en cuenta los gastos indirectos asociados a enfermedades cardiovasculares y distintos tipos de cáncer como consecuencia de la inactividad física, se podría multiplicar hasta por dos o tres veces esta cifra, alcanzado valores de entre 387 y 581 millones de euros anuales. El cálculo más conservador nos llevaría a una estimación del gasto anual de unos 1.560 millones de euros, de los cuales el 70,5% es costeado por las administraciones públicas, mientras que un 22,8% es desembolsado por los hogares españoles.

Con una reducción del 10% en los niveles de inactividad física, es decir, cumpliendo con los objetivos estratégicos voluntarios de la OMS para el año 2025, el ahorro mínimo estimado para España alcanzaría los 156 millones de euros al año.

En la siguiente figura se pueden observar los efectos directos en el aumento en gasto económico por ser físicamente inactivo en comparación con serlo cumpliendo o sin cumplir las recomendaciones oficiales de la OMS (Figura 12). En Europa, este gasto adicional por ser físicamente inactivo se estima entre 220 y 440 euros por persona y año²².

¹⁹Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., y Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219–29. En este estudio Lee et al. calcularon la carga de enfermedad de la inactividad física, es decir, la cantidad de muertes que se evitarían si la inactividad física no existiese.

²⁰Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., ... Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311–24.

²¹Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., ... Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311–24.

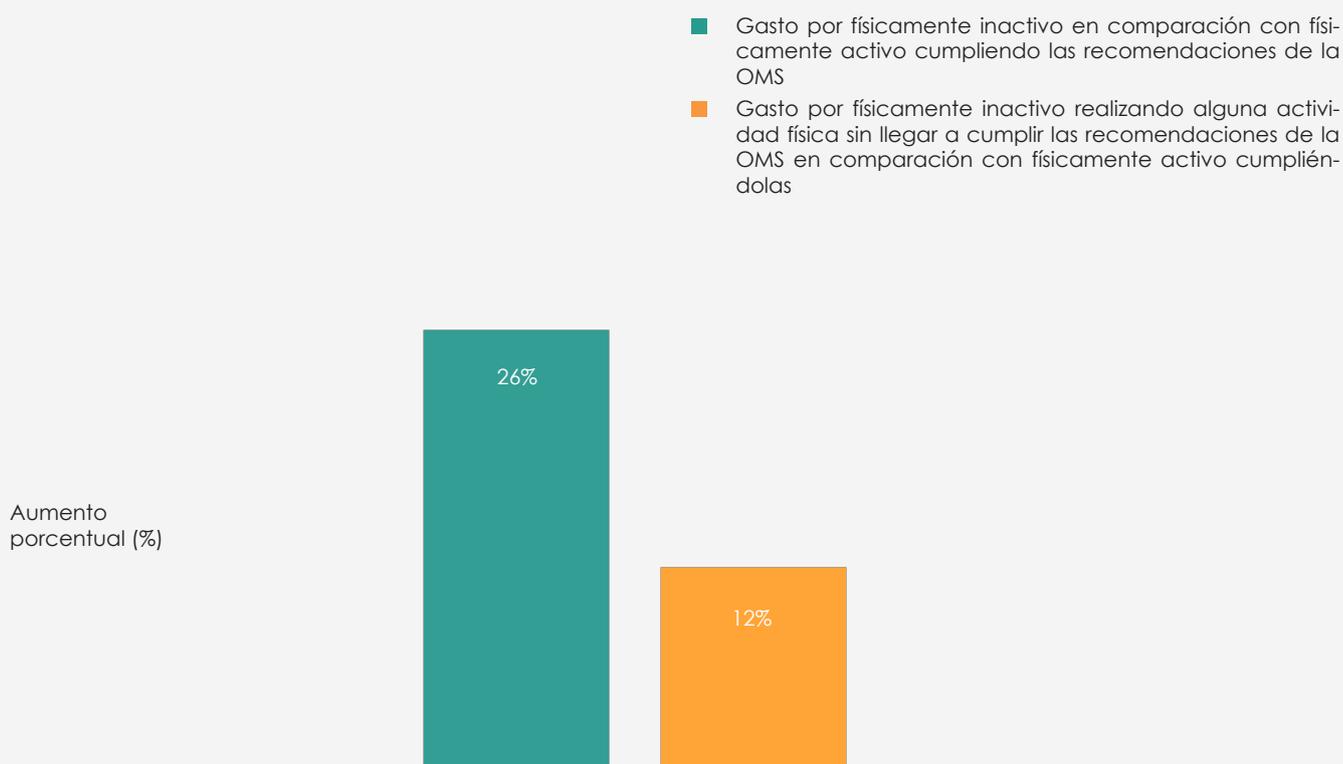
“El coste de la inactividad física en Europa está alcanzando niveles alarmantes que comprometen la sostenibilidad de nuestros Sistemas de Salud. Necesitamos ser más proactivos en la búsqueda de soluciones y estas deben involucrar de forma sinérgica a los sectores de la salud, el ocio y el deporte. El reto requiere trabajar en equipo, más y mejor”.

Cliff Collins,

Director de Programas, EuropeActive, Bruselas

Fig. 12 - Aumento del gasto sanitario por persona por ser físicamente inactivo en comparación con ser físicamente activo cumpliendo las recomendaciones de la OMS o físicamente inactivo pero realizando alguna actividad física sin llegar a cumplirlas

Carlson, S. A., Fulton, J. E., Pratt, M., Yang, Z., y Adams, E. K. (2015). *Inadequate physical activity and health care expenditures in the United States. Progress in Cardiovascular Diseases, 57(4), 315–323.*



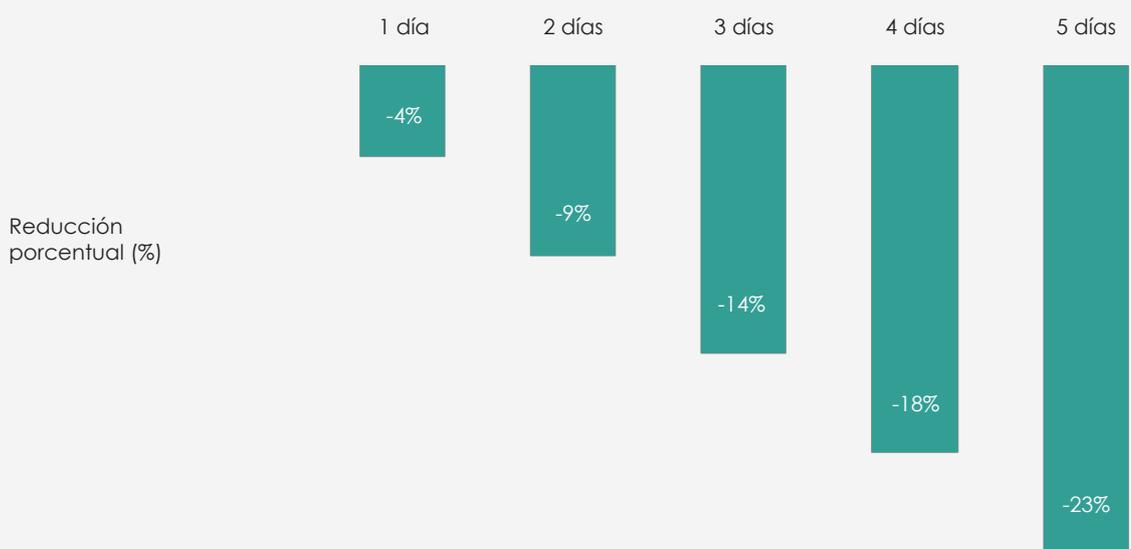
Las personas que son completamente inactivas suponen un gasto per cápita un 26% mayor en comparación con aquellas personas que cumplen las recomendaciones de la OMS, mientras que las que realizan alguna actividad física, aunque no sea la mínima recomendada, suponen un gasto tan solo un 12% mayor del gasto sanitario per cápita de personas activas.

²² Edwards, P., y Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments*. Ginebra: World Health Organization Regional Office for Europe.

Por otra parte, la Figura 13 nos permite a su vez identificar las reducciones en el gasto sanitario por ser físicamente activo por persona y nivel de actividad al día, en este caso con datos de nuevo sobre Estados Unidos.

Fig. 13 - Reducción porcentual del gasto sanitario por persona en función del número de días de la semana siendo físicamente activo

Pronk, N. P., Goodman, M. J., O'Connor, P. J., y Martinson, B. C. (1999). Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. *JAMA*, 282(23), 2235-9.



En el mismo sentido, otros datos refuerzan esta idea mostrando que, en una persona y por cada día activo por semana, hay una reducción entorno al 5% en su gasto sanitario. Por lo que cinco días de actividad física a la semana podrían suponer una reducción de ese coste de casi el 25% en personas activas comparándolas con individuos completamente inactivos.



¿Cada vez entrenamos más?

Analizando los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud en España (1993-2011/2012) y de la Encuesta Europea de Salud en España (2014), a la misma pregunta (*¿Cuál es la respuesta que mejor describe su actividad física o deportiva en su tiempo libre?*), la opción que más interés tiene desde un punto de vista de salud pública es “Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana”, ya que, aunque se obtienen mejoras en la salud con prácticamente cualquier nivel de práctica de actividad física, se producen mayores beneficios cuando al menos se cumplen las Recomendaciones mínimas de práctica de actividad física de la OMS 2010 (ver Figura 1), que implican una regularidad en la práctica.

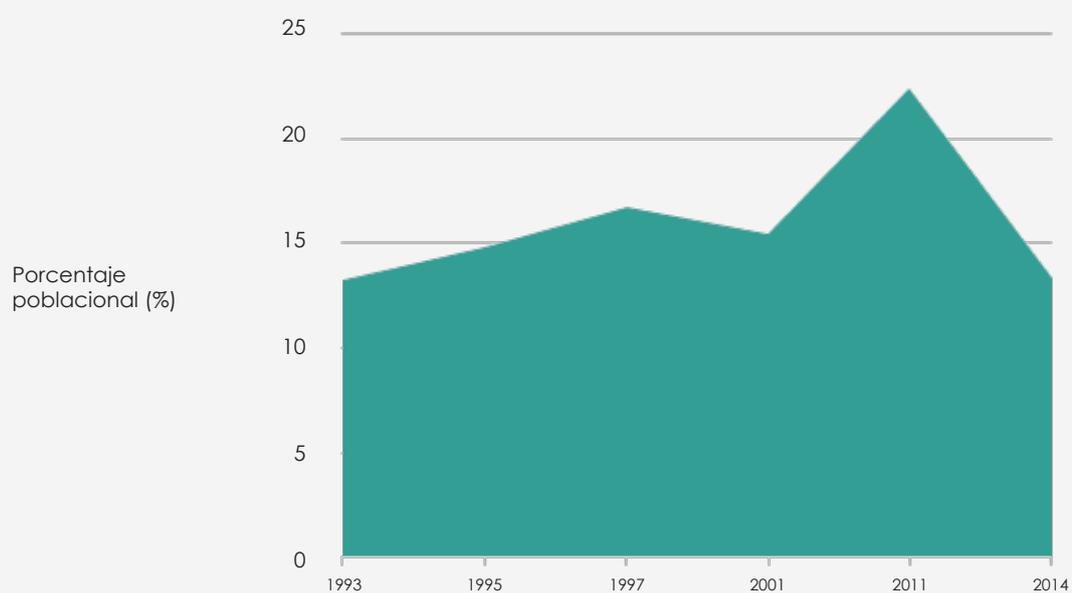
En este sentido, aunque el número de españoles que entrena varias veces a la semana aumentó de forma positiva desde 1993 hasta el año 2011, con un progreso muy significativo en la década del 2001 al 2011, esta tendencia se ha invertido entre el año 2011 y 2014 (Figura 14). Estos valores suponen retroceder a los valores de la Encuesta Nacional de Salud del 1993, lo que significa un descenso importante respecto a los valores del 2011²³.

Es por ello que consideramos importante señalar la necesidad de hacer esfuerzos suplementarios en financiación pública y estimulación del sector privado para implementar estilos de vida activos que nos permitan alcanzar las Recomendaciones de la OMS y recuperar la buena senda que teníamos en el 2011 sobre práctica habitual de actividad física.

²³Es importante señalar que, aunque estas cifras podrían ser comparables a las registradas en el Eurobarómetro del 2014, la información se obtiene con preguntas totalmente diferentes. Esta circunstancia imposibilita una posible comparación.

Fig. 14 - Porcentaje poblacional que realiza “entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana” de 1993 a 2014

Encuestas Nacionales de Salud en España (1993-2011/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



“El impacto negativo de la crisis económica en nuestro país ha supuesto un recorte muy acusado en la financiación pública del deporte y ello ha contribuido a una reducción significativa de la población que entrena varias veces a la semana. Es importante retomar la agenda de inversiones y apoyar de forma continua y eficiente programas y actividades orientados especialmente a los grupos más afectados (jóvenes, mujeres, personas mayores y enfermos crónicos)”.

D. Jaime Lissavetzky,

**Presidente de la Fundación España Activa
Secretario de Estado para el Deporte 2004-2011**

Actividad física, prevalencia de enfermedades y riesgo de muerte

La práctica de actividad física supone un beneficio enorme en todas las dimensiones de nuestra vida diaria, pero sin duda el efecto de la actividad física sobre la salud y el bienestar físico y mental es el más atractivo, incluso con niveles de práctica de actividad física reducida.

Aunque no disponemos aún de datos específicos de España sobre el efecto del cumplimiento de las recomendaciones mínimas o adicionales de la OMS en la prevalencia de enfermedades crónicas, recientemente ha sido publicado un interesante análisis sobre actividad física y prevalencia de patologías en la población española, a partir de los datos de la Encuesta Europea de Salud del 2014²⁴. En base a los resultados de este trabajo podemos confirmar la importancia que tiene ser físicamente activo para proteger y mantener nuestra salud, en principio con cualquier nivel de actividad física, pero especialmente cuando se realiza entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.

Como se puede observar en la Figura 15, en relación a la misma pregunta desarrollada en páginas anteriores (*¿Cuál es la respuesta que mejor describe su actividad física o deportiva en su tiempo libre?*), podemos ver como se identifica una reducción notoria en la probabilidad de sufrir una serie de enfermedades crónicas entre las personas que manifiestan *no hacer ejercicio* y las que indican *hacer alguna actividad física o deportiva ocasional*, pero la comparación con aquellas que dicen *realizar entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana* es ciertamente espectacular.

²⁴Aragonés Clemente, M. T., Fernández Navarro, P., y Ley Vega de Seoane, V. (2016). *Actividad física y prevalencia de patologías en la población española*. Madrid: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Departamento de Deporte y Salud.

Fig. 15 - Reducción de la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades al “realizar actividad física ocasional” o “entrenamiento deportivo varias veces a la semana” en comparación con “no hacer ejercicio”

Aragonés Clemente, M. T., Fernández Navarro, P., y Ley Vega de Seoane, V. (2016). *Actividad física y prevalencia de patologías en la población española*. Madrid: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte Departamento de Deporte y Salud.



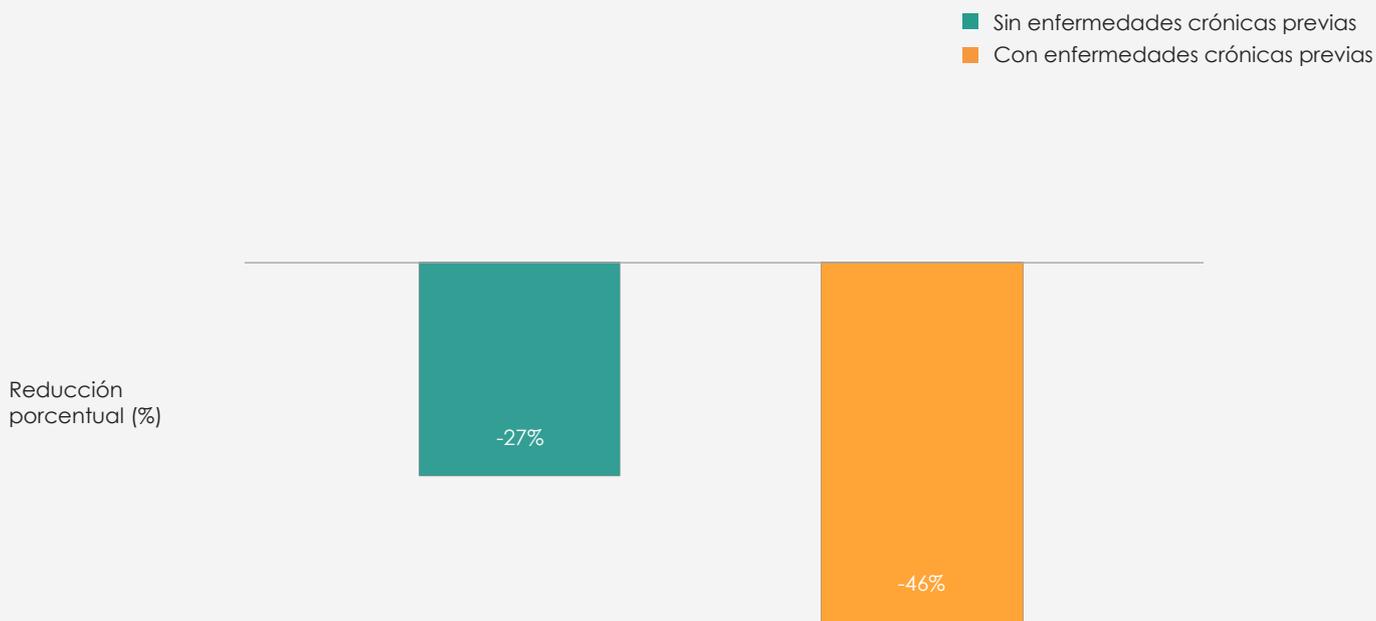
Por otra parte, en otros países se ha estudiado el seguimiento de las recomendaciones mínimas de actividad física de la OMS (>150 min) y su efecto positivo en la reducción del riesgo de muerte en comparación con no cumplirlas. Así, un estudio realizado en Estados Unidos evaluó el grado de cumplimiento de sus Recomendaciones de actividad física entre el año 1997 y el 2004 y su relación con el riesgo de mortalidad²⁵.

²⁵ Schoenborn, C. A., y Stommel, M. (2011). Adherence to the 2008 adult physical activity guidelines and mortality risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 514–521. Partiendo de las Encuestas Nacionales de Salud de Estados Unidos de 1997 a 2004, con una muestra de más de 240.000 respuestas, y vinculando estas con el registro de casi 20.000 muertes de participantes en las mismas, Schoenborn y sus colaboradores analizaron el riesgo de muerte teniendo en cuenta las distintas recomendaciones del CDC (2008), en las cuales están basadas las Recomendaciones de la OMS (2010).

Es importante destacar que el grupo de personas con patologías o enfermedades crónicas, y aquellas que presentan un factor de riesgo (como el consumo de tabaco o alcohol), reducen su riesgo de muerte todavía más con la práctica regular de actividad física en comparación con aquellas personas sin enfermedades crónicas, indicando la importancia del cumplimiento de las Recomendaciones en este grupo poblacional con factores de riesgo, como se puede observar en la Figura 16 sobre el estudio realizado en Estados Unidos.

Fig. 16 - Reducción del riesgo relativo de muerte por cumplir las recomendaciones mínimas de la OMS sin y con enfermedades previas en comparación con no cumplirlas

Schoenborn, C. A., y Stommel, M. (2011). Adherence to the 2008 adult physical activity guidelines and mortality risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 514–521.





¿Existe más inactividad física cuanta más edad?

El ejercicio regular proporciona grandes beneficios para la salud a cualquier edad, pero es más necesario realizar actividad física a medida que la edad avanza. Como consecuencia del envejecimiento y las enfermedades que desarrollamos con la misma, perdemos autonomía e independencia, lo que nos vuelve todavía más inactivos, aumentando el riesgo de sufrir esas enfermedades previamente citadas. El aumento del riesgo de desarrollar esas enfermedades que presentamos en la página anterior como consecuencia de una actividad física insuficiente sucede en todo el rango de edad comprendido entre 15 y 74 años, pero es importante señalar que este riesgo aumenta cuanta más edad se tiene²⁶, especialmente si somos inactivos como consecuencia de una enfermedad crónica previa. Por lo que estos grupos poblacionales deben de concienciarse seriamente sobre la necesidad de ser físicamente activos.

Como se puede observar en la Figura 17, y de manera consistente en todas las Encuestas de Salud disponibles, el porcentaje de la población que se declara completamente inactiva aumenta cuanta más edad tenemos hasta el grupo de edad de entre 45 y 54 años.

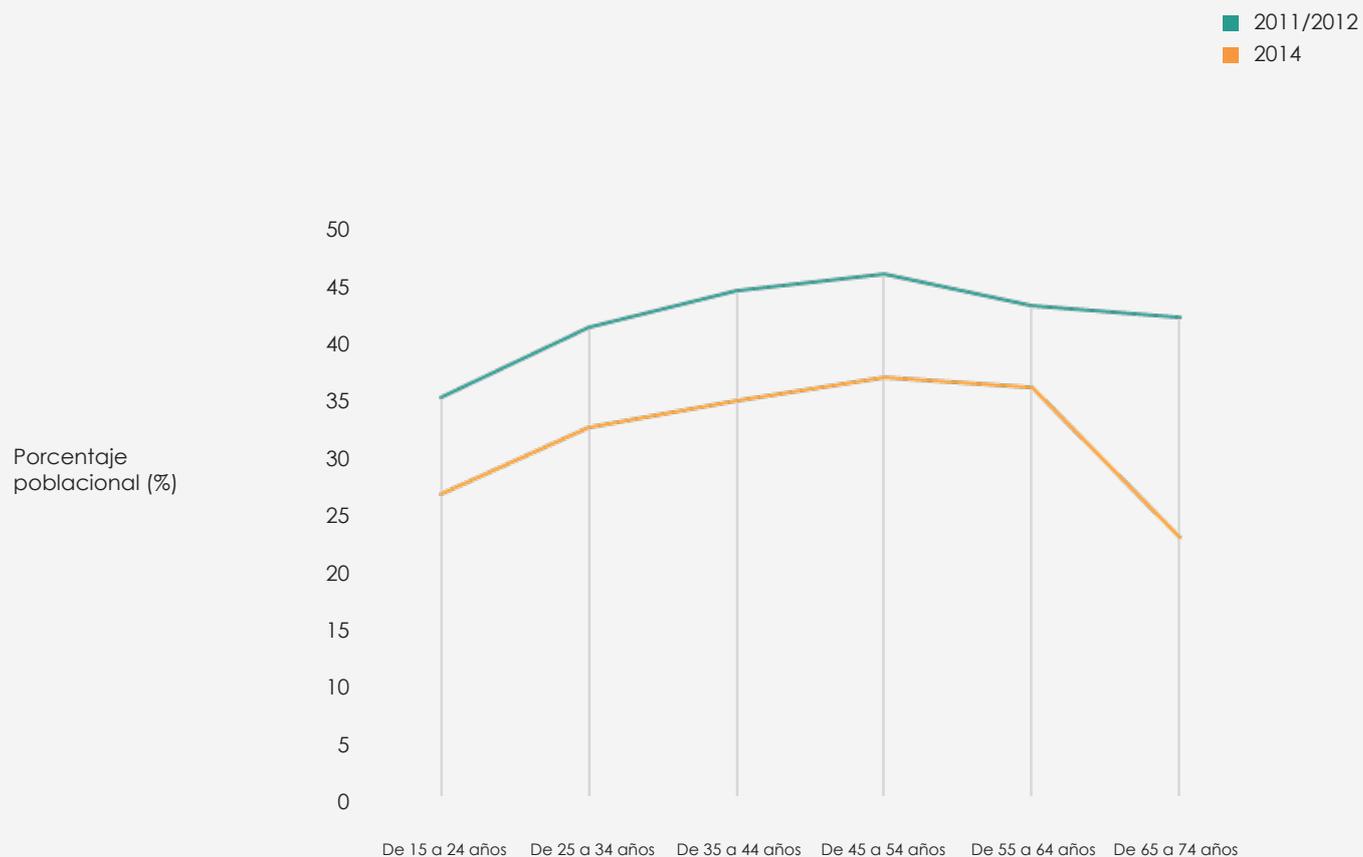
Sin embargo, sobre la prevalencia de inactividad física en relación con la edad podemos identificar dos buenas noticias:

- Por un lado, durante estos últimos años, y comparando las dos últimas Encuestas de Salud (2011/12 y 2014), observamos que el número de personas completamente inactivas se ha reducido de manera sostenida para prácticamente todo el arco poblacional.
- Por otro, la prevalencia de personas que se declaran completamente inactivas en el grupo de 65 a 74 años se ha reducido enormemente, hasta valores inferiores al grupo de edad entre 15 y 24 años, lo que indica que estamos empezando a ser conscientes de la necesidad de afrontar la edad y el envejecimiento realizando más actividad física.

²⁶Aragonés Clemente, M. T., Fernández Navarro, P., y Ley Vega de Seoane, V. (2016). *Actividad física y prevalencia de patologías en la población española*. Madrid: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Departamento de Deporte y Salud.

Fig. 17 - Porcentaje poblacional que “no hace ejercicio” en función de la edad entre los años 2011/2012 y 2014

Encuesta Nacional de Salud en España (2011/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



La cuestión de género

¿Estamos eliminando la brecha de género?

En los últimos años, nuestro país ha avanzado en el terreno de la igualdad de género en la mayoría de las dimensiones sociales²⁷, pero aún seguimos afrontando numerosos retos, como la erradicación de la violencia contra la mujer y la eliminación de las distintas diferencias económicas, laborales y sociales que aún existen entre géneros. Aun cuando la *Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (2007)*²⁸ ha supuesto un antes y un después en la lucha contra las diferencias por motivos de género, estas diferencias se siguen manifestando en muchas dimensiones de la vida social. Así, una menor práctica de actividad física en las mujeres en comparación con los hombres es un ejemplo más de esta brecha de género a resolver.

En este sentido, las mujeres son históricamente más inactivas en su tiempo libre en comparación con los hombres y realizan menos ejercicio de manera sistemática, siendo su práctica deportiva también menor en comparación con los mismos. Además, su cultura deportiva, sus intereses, percepciones y barreras hacia la práctica de actividad física son también diferentes.

En la actualidad, las mujeres siguen siendo sistemáticamente más inactivas físicamente en comparación con los hombres²⁹, a pesar de que se mani-

fiesta una reducción en la prevalencia de mujeres que son físicamente inactivas (Figura 18). Este descenso en los niveles de inactividad debería ser más sostenido en las mujeres, dado que parten de una prevalencia de inactividad física mayor, de ahí la importancia crítica de seguir manteniendo políticas activas para el fomento de la práctica de actividad física en las mujeres.

Analizando el problema desde otro prisma, el de las mujeres activas que practican actividad física regularmente varias veces a la semana, cabría preguntarse cómo ha sido la evolución de este grupo. Pues bien, el porcentaje de mujeres que entrenan de manera regular³⁰ se ha reducido levemente, siendo esta reducción menor que la reducción observada en los hombres.

En resumen, importantes diferencias de género siguen existiendo hoy en día, por lo que tanto las administraciones públicas como la sociedad civil debemos seguir realizando esfuerzos adicionales para eliminar estas diferencias en la práctica deportiva, abordando políticas de promoción de actividad física especialmente diseñadas para involucrar en la práctica a las mujeres y así eliminar, en última instancia, estas diferencias que en la práctica de actividad física existen.

²⁷Instituto Europeo de Igualdad de Género. (2015). Índice de igualdad de género 2015: España. Vilnius.

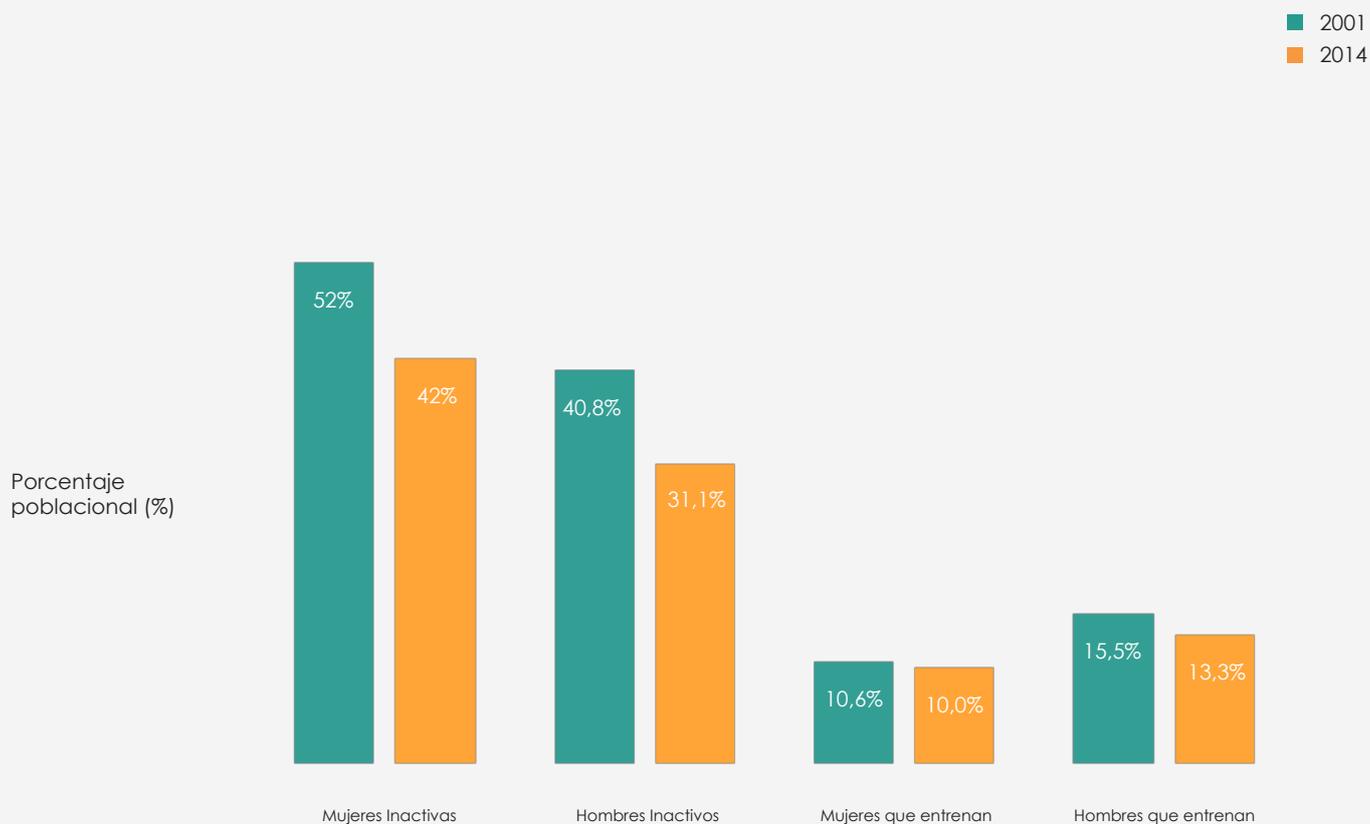
²⁸Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

²⁹Porcentaje de mujeres que respondieron: "No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria".

³⁰Porcentaje de mujeres que respondieron: "Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana".

Fig. 18 - Porcentaje poblacional que “no hace ejercicio” o “entrena varias veces a la semana” en función del género en los años 2001 y 2014

Encuesta Nacional de Salud en España (2001/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



“La promoción de la actividad física y el deporte en la población española es la mejor inversión en Salud Pública que podemos hacer mirando hacia el futuro, pero especialmente importante es fomentar la práctica deportiva en las mujeres, para eliminar la brecha de género, dado que la prevalencia de inactividad física todavía presenta valores más altos entre las mujeres”.

Dra. Carmen Gallardo

**Profesora de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey
Juan Carlos**

¿Somos toda la vida igual de inactivos, en función del género?

Analizando la prevalencia de inactividad física dependiendo del género a lo largo de la vida, observamos que mientras que las mujeres son físicamente inactivas de manera bastante similar a lo largo de toda su vida, los hombres lo son especialmente entre los 45 y los 54 años, con un progresivo aumento desde temprana edad. A partir de los 45 años, por lo tanto, la diferencia entre géneros se reduce como consecuencia de una alta prevalencia de inactividad física en ambos géneros.

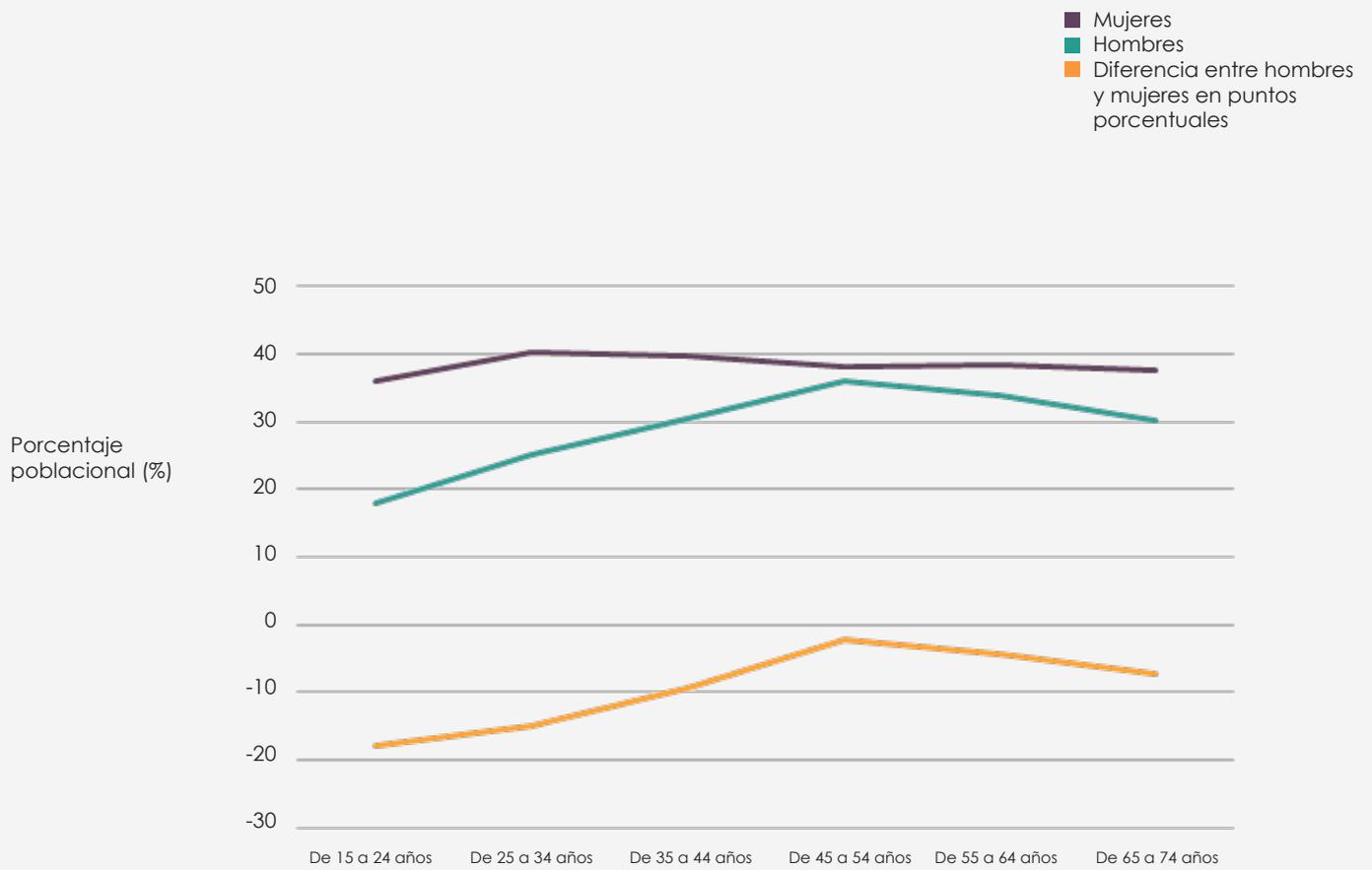
Especialmente notorios son los altos valores de inactividad en el grupo de las mujeres en comparación con los hombres en los primeros grupos de edad, particularmente en el intervalo de 15 a 34 años, en donde las mujeres son hasta 15 puntos porcentuales más inactivas que los hombres. Sin embargo, esta diferencia para ese grupo de edad se está viendo reducida por una paulatina reducción del porcentaje de mujeres que son completamente inactivas.

Mientras que entre los 25 y 44 años la reducción en la prevalencia de completamente inactivos es comparable entre géneros, a partir de los 45 años esta reducción sostenida solo se observa en el caso de los hombres, por lo que se deben desarrollar políticas de promoción de la actividad física que incidan especialmente en las mujeres a partir de 45 años.

En la Figura 19 se puede observar la prevalencia de inactividad física dependiendo de la edad para ambos géneros y su diferencia en puntos porcentuales en el año 2014.

Fig. 19 - Porcentaje poblacional que “no hace ejercicio” en función del género y la edad en el año 2014

Encuesta Europea de Salud en España (2014).





El estatus socio-económico

¿Qué clase social es la más inactiva físicamente?

La clase social es un eje de estratificación social de gran relevancia que explica en muchos casos el origen de las desigualdades en nuestra sociedad. Así, pertenecer a una clase social u otra determina una serie de hábitos, actitudes y creencias, y condiciona la efectividad de las recomendaciones y tratamientos médicos. Para analizar la prevalencia de diferentes enfermedades y riesgos en función del estado socio-económico, en las dos últimas en-

cuestas nacionales (ENSE 2011/2012 y EES 2014) se utilizó la *Clasificación Social de Ocupaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (CSO-SEE12)*, que agrupa a la población en 6 categorías en función de la proporción media de trabajadores de la empresa y la titulación académica que se posee³¹, y que se puede observar en la Tabla 3:

Tabla 3 - Clasificación Social de Ocupaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (CSO-SEE12)

I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas

III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas

V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as

VI. Trabajadores/as no cualificados/as

³¹Utilizaron la Clasificación Social Ocupacional del Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (CSO-SEE12), codificada según la Clasificación Nacional de Ocupaciones del 2011 (CNO-11) en la Clasificación agrupada I de 6 categorías.

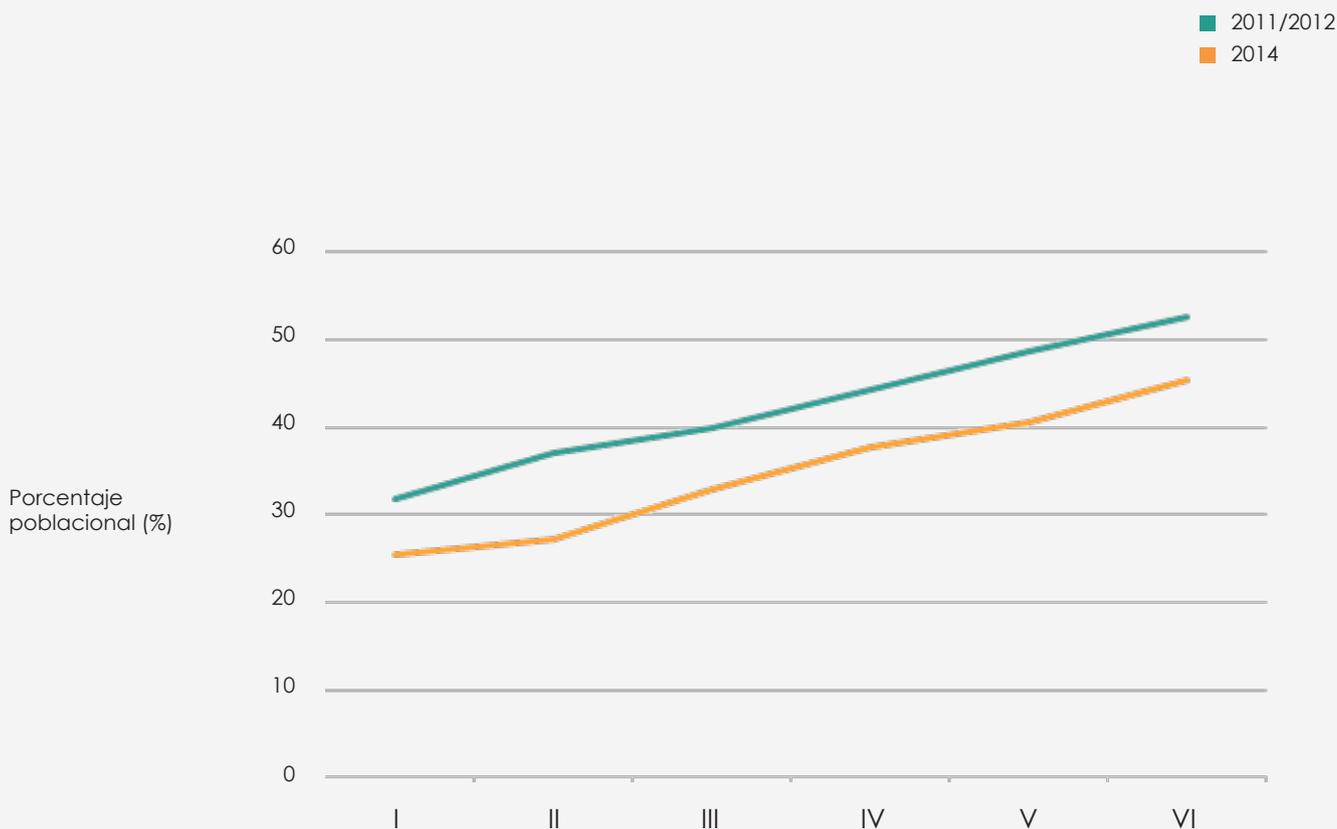
A la luz de los resultados obtenidos en ambas encuestas, se puede observar cómo al descender en la clase social, aumenta el porcentaje de la población que es completamente inactiva en su tiempo libre.

Sin embargo, la buena noticia es que la inactividad física se redujo en estos últimos años para todas las clases sociales, como se refleja en la Figura

20. Así, el porcentaje poblacional de inactivos en el 2014 para el grupo III (ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia) supone el mismo porcentaje poblacional de inactivos en el 2011 para el grupo I (directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados), lo que indica una democratización de la práctica física en el tiempo libre, aunque solo sea de manera más o menos esporádica.

Fig. 20 - Porcentaje poblacional que “no hace ejercicio” en función de la clase social en los años 2011/2012 y 2014

Encuesta Nacional de Salud en España (2011/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



¿Dependen las diferencias de clase social del género?

Tal como vimos anteriormente, las mujeres presentan una mayor prevalencia de inactividad física completa en comparación con los hombres. Sin embargo, como se observa en la Figura 21, mientras que en las mujeres la relación entre inactividad y clase social es sostenida, aumentando el nivel de inactividad física con cada clase más baja, en los hombres esta evolución se estanca entre las clases I y II (directores y gerentes de establecimientos de ≥ 10 o < 10 asalariados, respectivamente) y IV y VI (trabajadores cualificados, semicualificados y no cualificados, respectivamente), y se acelera entre la II y la IV (es decir, las ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia se encuentran con una prevalencia de inactividad física entre ambos grupos).

Aunque esta diferencia entre géneros existe y es notoria, ha evolucionado positivamente y se está reduciendo en los últimos años en ambos géneros y especialmente en las mujeres. Sin embargo, en las clases sociales más bajas, esto es V y VI, (trabajadores cualificados del sector primario y semicualificados, y no cualificados, respectivamente) los hombres han reducido más su inactividad física en estos últimos años en comparación con las mujeres (en la gráfica, con valores comparables a la clase social IV en contraposición con el incremento sostenido en las mujeres).

Por tanto, podemos afirmar que mientras estas reducciones en la prevalencia de inactividad física completa se producen fundamentalmente en las clases más altas y en los hombres, esta disminución no ha alcanzado clases sociales más bajas (V y VI, trabajadores cualificados del sector primario y semicualificados, y no cualificados, respectivamente), especialmente en el caso de las mujeres. En este sentido, se puede ver en la gráfica como todavía más del 50% de las mujeres de la clase

social VI, la más baja (trabajadoras no cualificadas), siguen sin realizar ninguna actividad física en su tiempo libre. Mientras que estas diferencias en función del género deben de seguir reduciéndose para todas las clases sociales, es necesario que se implementen programas de promoción de actividad física especialmente orientados al grupo de mujeres de clase social más baja.

Fig. 21 - Porcentaje poblacional que “no hace ejercicio” en función de la clase social y el género en el año 2014

Encuesta Europea de Salud en España (2014).



BLOQUE II: SEDENTARISMO

¿Qué hacen los españoles como actividad principal del día?

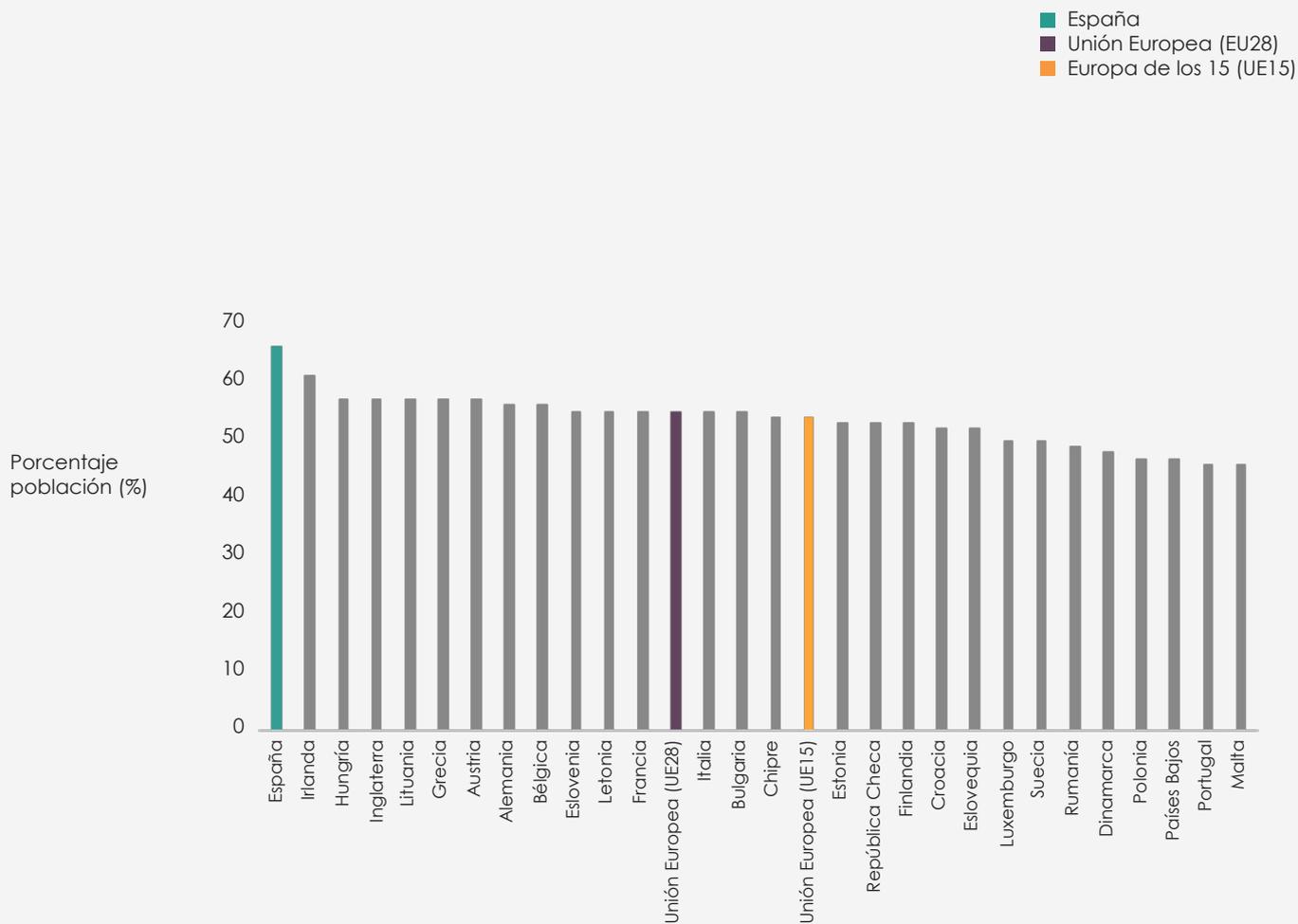
El comportamiento sedentario se define por un gasto energético mínimo realizado en una posición sentada o reclinada durante las horas del día. Este se desarrolla en el trabajo, en la escuela, cuando viajamos o durante nuestro tiempo libre. Es un riesgo independiente del de la inactividad física para muchas enfermedades crónicas. Por lo tanto, una persona puede ser físicamente activa cuando cumple las recomendaciones mínimas de la OMS, pero seguirá siendo considerada sedentaria si pasa gran parte del día en una posición sedente³².

En este sentido, España lidera la Unión Europea en porcentaje de la población que pasa gran tiempo sentado en un día normal (franja de 2 horas y media a 6 horas y media), con casi dos de cada tres españoles en este bloque temporal (Figura 22). Aunque otros países lideran bloques de tiempo en posición sedente más amplios (como por ejemplo los Países Bajos, como consecuencia de la implantación extendida de la jornada continua), ninguno posee un porcentaje tan amplio de la población que esté sentado como actividad fundamental durante el día, lo cual unido a los altos niveles de inactividad física que existen en España en comparación con el resto de países, plantea un panorama de dimensiones preocupantes.

³² Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(3), 540-2. En este informe se utiliza "sedentarismo" y "comportamiento sedentario" con el mismo significado práctico.

Fig. 22 - Porcentaje poblacional que permanece de 2:31 a 6:30 horas totales sentado en un día normal en la Unión Europea

Eurobarómetro especial 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Deporte.



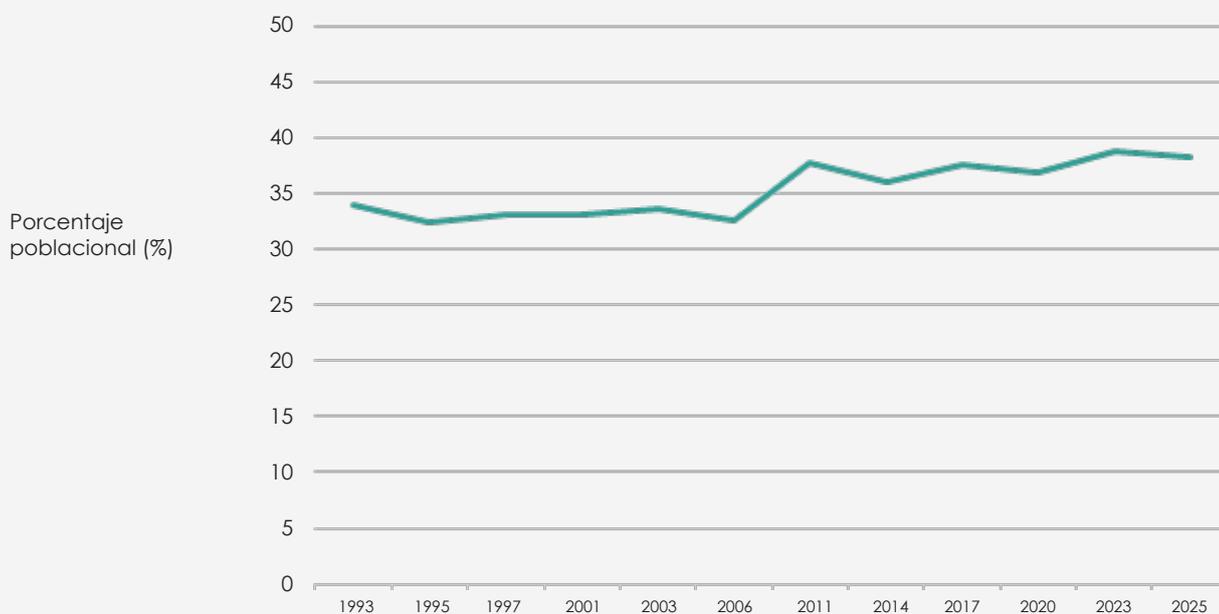


¿Somos cada vez más los que estamos sentados?

Según las Encuestas Nacionales (1993-2011/2012) y la última Encuesta Europea de Salud del 2014 (Figura 23), uno de cada tres españoles declara estar “sentado o sentada la mayor parte de la jornada” como actividad fundamental del día, ya sea estudiar, trabajar, etc³³. Estas cifras no han dejado de

crecer en los últimos años, con una estimación de que este porcentaje siga creciendo en el futuro, desde el 36% de la población observado en la Encuesta Europea del 2014, hasta aproximadamente un 38,2% de la población al final del año 2025.

Fig. 23- Porcentaje poblacional entre 1993 y 2014 y estimación futura de la población que responde estar “sentado/a la mayor parte de la jornada”



³³En relación a la actividad principal durante el día, las encuestas nacionales desde el año 1993 y la última Europea preguntan: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)? La respuesta a la que nos referimos es “Sentado/a la mayor parte de la jornada”.

En los últimos años, se han realizado esfuerzos para mejorar la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, y 287 empresas españolas ya se han adherido a la Declaración de Luxemburgo, formando parte de la Red de Empresas Saludables coordinada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP)³⁴ desarrollada por la Unión Europea.

Sin embargo, la prevención de la inactividad física y de comportamientos sedentarios juegan todavía un rol secundario en estos programas, encontrándonos a día de hoy muy lejos de los objetivos que nos marcamos para el 2020 dentro del Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte A+D del Consejo Superior de Deportes (2010). Estos objetivos planteaban que al menos un 50% de las cien empresas más grandes del país contase con planes de promoción deportiva asociada a la salud para sus empleados³⁵.

³⁴Listado actualizado de empresas, organizaciones, e instituciones adheridas en España a la Declaración de Luxemburgo 2009 – 2017.

³⁵Consejo Superior de Deportes. (2010). *Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte*. Madrid. Dentro de los indicadores de resultados del Plan A+D marcados para el 2020, un objetivo definido de forma concreta es conseguir que al menos un 50% de las cien empresas más grandes del país contase con planes de promoción deportiva asociada a la salud para sus empleados.

“El entorno laboral es un contexto especialmente favorable y positivo para integrar estrategias y programas de promoción de un estilo de vida activo y saludable. La experiencia demuestra que los trabajadores valoran muy positivamente estas acciones cuando son promovidas y desarrolladas por sus empresas, y la participación en las mismas tiende a mejorar el clima laboral, aumentar el nivel de compromiso de los trabajadores y estimular su rendimiento laboral. Además, las tasas de retorno de la inversión para las empresas son muy positivas, con valores que multiplican por tres la inversión realizada.”

Alfonso Jiménez

Catedrático de Ejercicio Físico y Salud
Centro de Investigación en Ciencias Biológicas Aplicadas y del
Ejercicio
Universidad de Coventry (Reino Unido)

¿Cómo nos afecta estar sentados durante largos períodos de tiempo en el riesgo de muerte?

Cuando tenemos en cuenta el tiempo que permanecemos sentados junto con el cumplimiento o no de las recomendaciones de la OMS sobre actividad física, nuestro riesgo de muerte aumenta de manera exponencial cuando no somos capaces de cumplirlas y permanecemos progresivamente más horas sedentes (en comparación con permanecer menos de 4 horas). Sin embargo, cuando las recomendaciones mínimas o adicionales se cumplen o se sobrepasan, este riesgo relativo aumenta en menor medida, aun permaneciendo más de cuatro horas sentados, tal y como podemos observar en la Figura 24.

Teniendo esto en cuenta y desde un punto de vista fundamentalmente preventivo, deberíamos tratar de cumplir las recomendaciones de la OMS sobre actividad física a la vez que reducimos el tiempo que pasamos en comportamientos sedentarios. De esta forma, podríamos reducir, o incluso eliminar, el aumento en el riesgo relativo de muerte como consecuencia del mantenimiento de un comportamiento sedentario³⁶.

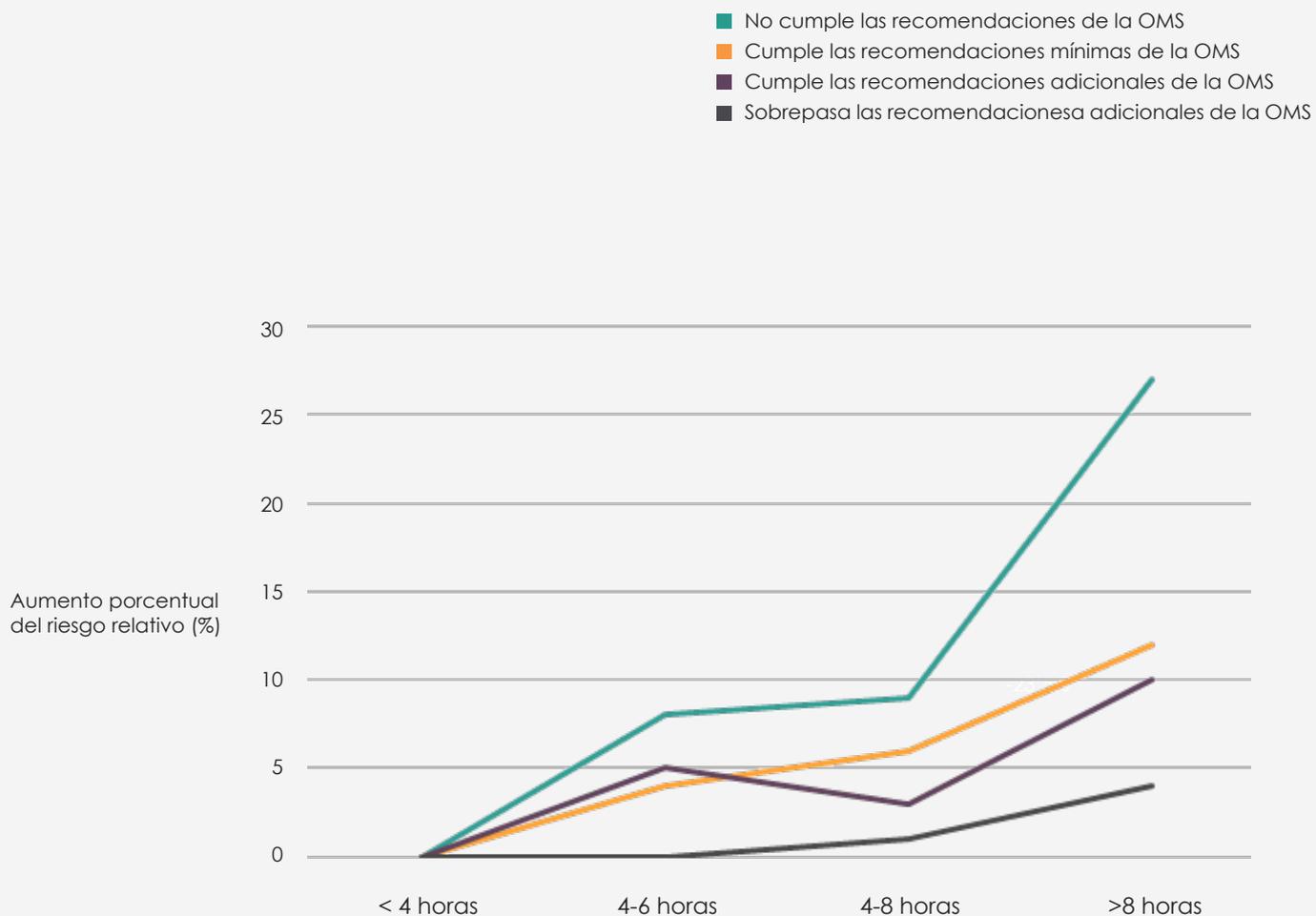
En este sentido es importante señalar que, en relación al comportamiento sedentario, España tiene

una gran tradición preguntando en las Encuestas Nacionales de Salud y en la última Encuesta Europea de Salud en España (2014) sobre el hecho de estar sentado la mayor parte de la jornada como actividad principal del día. Sin embargo, a la luz de estos datos se manifiesta una vez más la necesidad de incorporar a las encuestas preguntas concretas sobre el tiempo en el que permanecemos sedentes, como se ya se hizo en la ENSE 2012/2012 y también se llevó a cabo en los Eurobarómetros especiales sobre Actividad Física y Deporte números 183.6 (2003) y 412 (2014), o en el Eurobarómetro especial sobre Salud y Alimentación número 246 (2006).

³⁶Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., ... Lancet Sedentary Behaviour Working Group. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*, 388(10051), 1302-10. En este estudio Ekelund y sus colaboradores meta-analizaron 18 estudios, con una muestra total de más de 1 millón de personas controladas hasta 18 meses después, de las cuales alrededor del 8% murieron durante ese período de control. La muestra se categorizó en grupos de diferente gasto energético, que se pueden estratificar aproximadamente en cantidades regulares de actividad física menores, iguales o mayores de las recomendadas por la OMS.

Fig. 24 - Aumento porcentual del riesgo relativo de muerte al estar determinadas horas sentado en comparación con estar menos de 4 horas cumpliendo o no las recomendaciones de la OMS sobre actividad física

Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., ... Lancet Sedentary Behaviour Working Group. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*, 388(10051), 1302–10.



¿Con qué edad somos más sedentarios?

El periodo vital a lo largo de los años en el que más comportamiento sedentario se manifiesta es entre los 15/16 y los 24 años, con un progresivo descenso en el porcentaje de la población que es sedentaria a medida que aumenta la edad, hasta llegar a una recuperación moderada de la prevalencia de sedentarismo en el periodo comprendido entre los 65 y 74 años.

Sin embargo, es importante destacar que los porcentajes de comportamiento sedentario tan relevantes que se obtienen en este primer grupo de edad no se vuelven a observar en ninguna otra etapa de la vida. Esto debería hacernos reflexionar sobre el estilo de vida que llevan nuestros jóvenes, en el que permanecen largos periodos del día de forma sedente debido a la jornada académica, sumado a un modelo de disfrute del tiempo de ocio cada día más inactivo.

Como se ha puntualizado en páginas anteriores, existe un incremento constante en el porcentaje de la población española que es sedentaria, pero además y como se puede observar en la Figura 25, este aumento se produce de forma estable para casi todos los grupos de edad entre los años 2003 (Encuesta Nacional de Salud en España) y 2014 (Encuesta Europea de Salud en España).

Fig. 25 - Porcentaje poblacional que “realiza la actividad principal del día de manera sedente” en función de la edad en los años 2003 y 2014

Encuesta Nacional de Salud en España (2003) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



“Sin lugar a dudas el principal reto al que nos enfrentamos en nuestro país en relación a los estilos de vida sedentarios no está en la población adulta actual, sino en el futuro que les espera a nuestros niños y jóvenes si no hacemos algo serio al respecto... Debemos actuar de forma diferente y decidida para transformar el entorno educativo, familiar y social de las nuevas generaciones. Deben poder descubrir, disfrutar y valorar el impacto positivo del movimiento para el ser humano”.

Fernando del Villar

**Catedrático del Área de Educación Física y Deportiva
Universidad Rey Juan Carlos
Presidente de la Asociación Española de Ciencias del Deporte**

La cuestión de género

¿Son mujeres y hombres igual de sedentarios en nuestra actividad principal del día?

La información disponible nos permite afirmar que en la actualidad las mujeres son, en términos generales y en comparación con los hombres, menos sedentarias en su actividad principal del día.

Sin embargo, esta diferencia se está reduciendo debido principalmente al aumento del sedentarismo en la actividad principal del día en las mujeres como consecuencia de la normalización en su acceso a los estudios superiores y su consecución de puestos de mayor representatividad e importancia en las empresas³⁷.

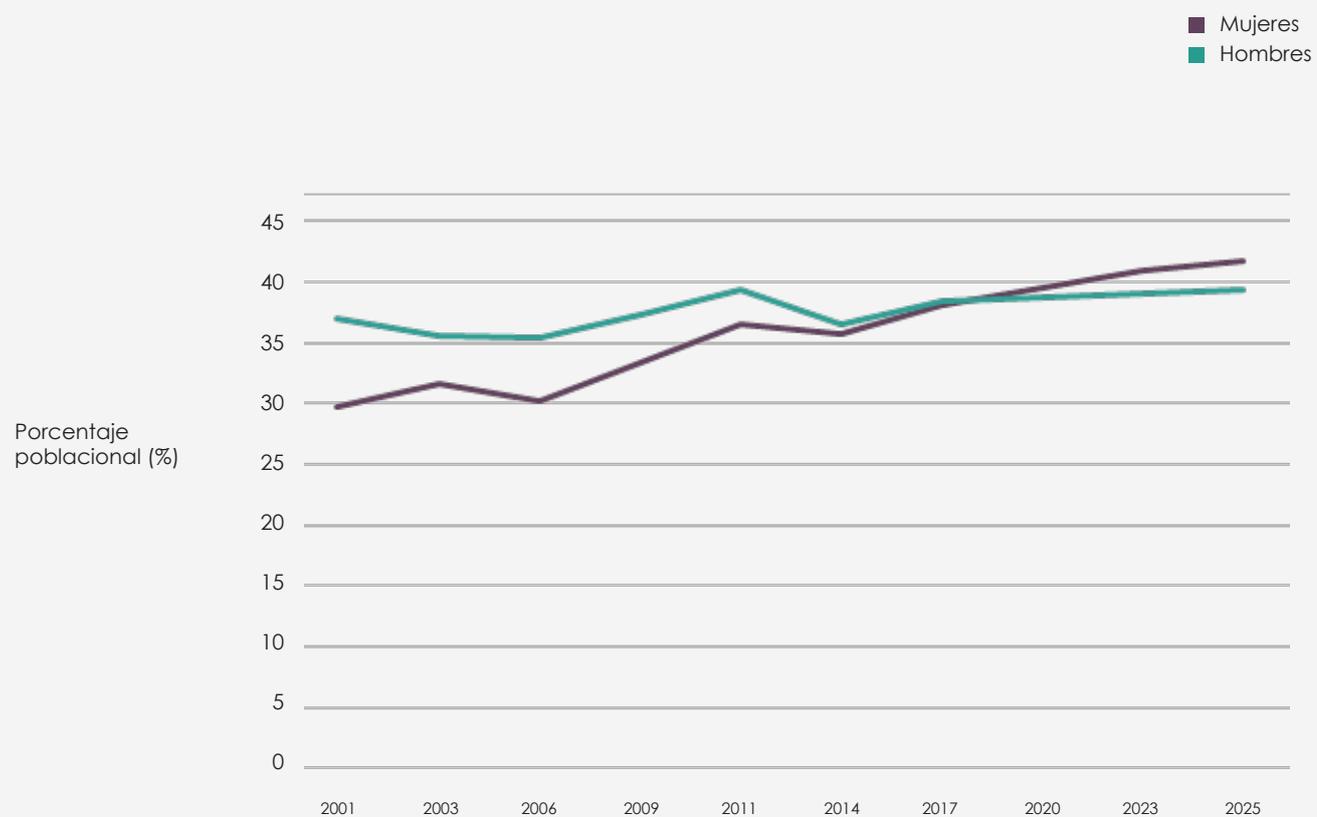
Según nuestras estimaciones, basadas en una extrapolación básica de los datos acumulados hasta ahora en la serie histórica (2001 a 2014), esta cifra estaría cercana al punto de revertirse, llegando a ser superior en el 2020 el porcentaje de población femenina que tiene como actividad fundamental del día estar sentada en comparación con los hombres (Figura 26).

Esto refuerza una vez más nuestro mensaje sobre la importancia de centrar los esfuerzos para revertir el efecto del comportamiento sedentario especialmente en la población femenina. Al mismo tiempo, parece que el porcentaje de hombres sedentes se va a estabilizar en los próximos años.

³⁷Instituto Europeo de Igualdad de Género. (2015). Índice de igualdad de género 2015: España. Vilnius.

Fig. 26 - Porcentaje poblacional entre 2001 y 2014 y estimación futura de la población que “realiza la actividad principal del día de manera sedente” en función del género

Encuestas Nacionales de Salud en España (2001-2011/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



¿Dependen estas diferencias de género de la edad?

A lo largo de la vida, y como se puede observar en la Figura 27, se producen diferencias relevantes en la prevalencia del comportamiento sedentario en relación al género que deben ser tenidas en cuenta.

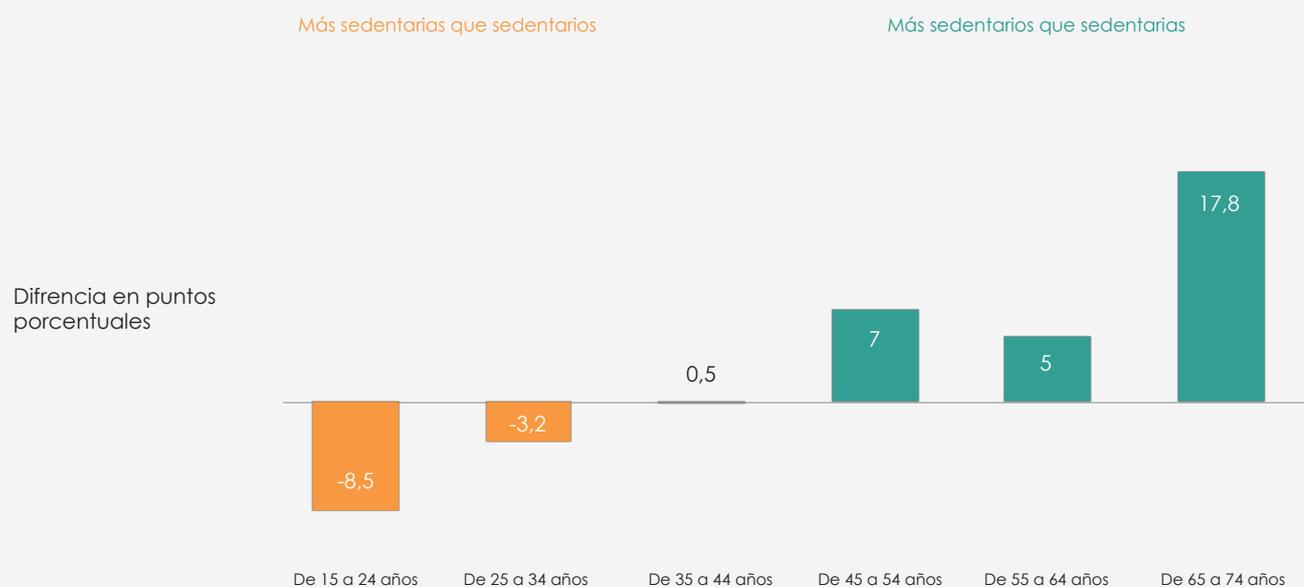
En este sentido, mientras que en edades jóvenes el número de sedentarias supera al de sedentarios en casi diez puntos (en la gráfica, representado con valores negativos), esta diferencia se reduce progresivamente, hasta dejar de existir en el periodo de entre 35 y 44 años. A partir de este periodo de edad, la diferencia se va volviendo más positiva,

lo que indica una mayor prevalencia de sedentarios, llegando a diferencias extremas en el grupo de entre 65 a 74 años (en la gráfica, con valores positivos).

Esto sugiere que las intervenciones para reducir los niveles de sedentarismo en la escuela, el trabajo y el hogar deberían diseñarse específicamente teniendo en cuenta la edad y el género de los participantes.

Fig. 27 - Diferencia en puntos porcentuales entre hombres y mujeres que “realizan la actividad principal del día de manera sedente” en función de la edad

Encuesta Nacional de Salud en España (2011/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



¿Cómo evolucionan estas diferencias de género en función de la edad?

Teniendo en cuenta la evolución de la prevalencia del sedentarismo las mujeres parecen ser las grandes perjudicadas, ya que los cambios en el tiempo (entre los años 2003 y 2014) no se manifiestan igual en ambos géneros (Figura 28). A pesar de las pequeñas reducciones existentes en el intervalo de 15/16 años a 34 años, el porcentaje de mujeres que han pasado a estar sedentes como principal actividad del día a partir de 35 años en adelante ha aumentado enormemente.

Por su parte, la prevalencia del comportamiento sedentario en los hombres ha aumentado mode-

radamente en el primer grupo de edad y en el intervalo de entre 35 y 54 años, mientras que se ha reducido en el intervalo de 55 a 74 años.

Teniendo esto en cuenta, podríamos considerar que en los próximos años el mayor porcentaje de prevalencia de comportamiento sedentario vendrá dado por un paulatino aumento de las mujeres a partir de los 35 años que “realizan la actividad principal del día de manera sentada la mayor parte de la jornada”.

Fig. 28 - Diferencia en puntos porcentuales entre hombres y mujeres que “realizan la actividad principal del día de manera sedente” en función de la edad entre 2003 y 2014

Encuesta Nacional de Salud en España (1993) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).





El estatus socio-económico

¿Quién se está volviendo más sedentario en función de la clase social?

Nuestro país ha experimentado un cambio muy significativo en los últimos años. Por una parte, una grave crisis económica ha afectado enormemente a nuestro sistema productivo, modificando su estructura hasta los cimientos, con una pérdida de más del 10% de los puestos trabajos que existían antes del 2008, alrededor de 3 millones³⁸. Por otra parte, la automatización continua del proceso productivo no solo ha eliminado trabajos físicos, si no que ha reformulado aquellas ocupaciones que eran fundamentalmente físicas haciendo que dejen de serlo o lo sean en menor medida³⁹. Como consecuencia de esto, los españoles hemos adquirido también un comportamiento más sedentario en el trabajo.

Si la inactividad física (entendida como comportamiento inactivo en el tiempo libre) se incrementaba con cada subsiguiente clase social, los datos indican que sucede justamente lo contrario con el comportamiento sedentario (Figura 29).

En términos generales, los valores más altos de sedentarismo se pueden observar en las clases sociales I y III (directores de establecimientos de ≥ 10 asalariados, y profesiones intermedias y trabajadores por cuenta propia, respectivamente), y por primera vez, la clase social II (directores de estableci-

mientos de <10 asalariados) presenta valores más bajos que la clase social III (profesiones intermedias y trabajadores por cuenta propia). Las clases sociales IV y V (supervisores, trabajadores cualificados y semicualificados) son las que manifiestan niveles más bajos de sedentarismo.

En comparación con el 2003⁴⁰, se ha producido un aumento general en los niveles de sedentarismo, que viene determinado en función de la ocupación laboral y por consiguiente de las distintas clases sociales. La principal clase social afectada estos últimos años por el sedentarismo es la V (trabajadores cualificados del sector primario y trabajadores semicualificados), con un aumento de más de 10 puntos porcentuales. Además, le siguen las clases sociales III (ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia), I (directores de establecimientos de ≥ 10 asalariados y VI (trabajadores no cualificados), que por ese orden aumentan, aunque lo hacen en menor medida. Por otra parte, las clases II (directores de establecimientos de <10 asalariados) y IV (supervisores y trabajadores de ocupaciones técnicas cualificadas) han disminuido paulatinamente sus niveles de comportamiento sedentario, lo que apunta a que la automatización y la reformulación del trabajo han afectado de diferente manera a las distintas clases sociales⁴¹.

³⁸Ortega, E., y Peñalosa, J. (2012). *The Spanish economic crisis: Key factors and growth challenges in the Euro area*. Madrid: Banco de España.

³⁹OECD. (2016). *Automation and independent work in a digital economy*. Policy brief on the future of work. París.

⁴⁰Se ha utilizado la Descripción de variables compuestas de ENSE 2011/2012 para transformar las clases sociales de ENSE 2003 en CSO-SEE12.

⁴¹Arntz, M., Gregory, T., & Zierahn, U. (2016). *The risk of automation for jobs in OECD countries: A comparative analysis*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 189. París: OECD Publishing

Fig. 29 - Porcentaje poblacional que “realiza la actividad principal del día de manera sedente” en función de la clase social en los años 2003 y 2014

Encuesta Nacional de Salud en España (2003) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



¿Dependen las diferencias de clase social del género?

Una muestra muy relevante de las desigualdades de género existentes en nuestros días es que, a pesar de que los hombres y mujeres que pertenecen a la misma clase social tienen las mismas profesiones y titulaciones, las responsabilidades y atribuciones en su actividad laboral no son las mismas. Así, dentro de cada clase social la prevalencia de comportamiento sedentario entre hombres y mujeres es también diferente (Figura 30).

En este sentido, en la siguiente gráfica podemos observar cómo la prevalencia de sedentarismo en las mujeres es menor en los grupos I y II (directoras de establecimientos de ≥ 10 o < 10 asalariados,

respectivamente), pero mayor en las clases sociales III (ocupaciones intermedias y trabajadoras por cuenta propia), IV (supervisoras y trabajadoras en ocupaciones técnicas cualificadas) y VI (trabajadoras no cualificadas) en comparación con los hombres.

Sin embargo, la prevalencia de sedentarismo en función de la clase social mantiene la estructura general comentada anteriormente tanto para hombres como para mujeres, en donde las clases sociales más bajas desarrollan un comportamiento menos sedentario en su actividad laboral.

Fig. 30 - Porcentaje poblacional que “realiza la actividad principal del día de manera sedente” en función de la clase social y el género en el año 2014

Encuesta Nacional de Salud en España (1993) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



¿Determinan la clase social y el género la evolución del sedentarismo?

Otro aspecto relevante de nuestro análisis es que la evolución de los niveles de sedentarismo en función de la clase social también manifiesta una dependencia del género (Figura 31). De esta forma, la prevalencia de comportamiento sedentario en las mujeres ha aumentado en las clases sociales I (directoras de establecimientos de ≥ 10 asalariados) y IV (supervisoras y trabajadoras en ocupaciones técnicas cualificada), mientras que esta misma prevalencia ha disminuido en los hombres.

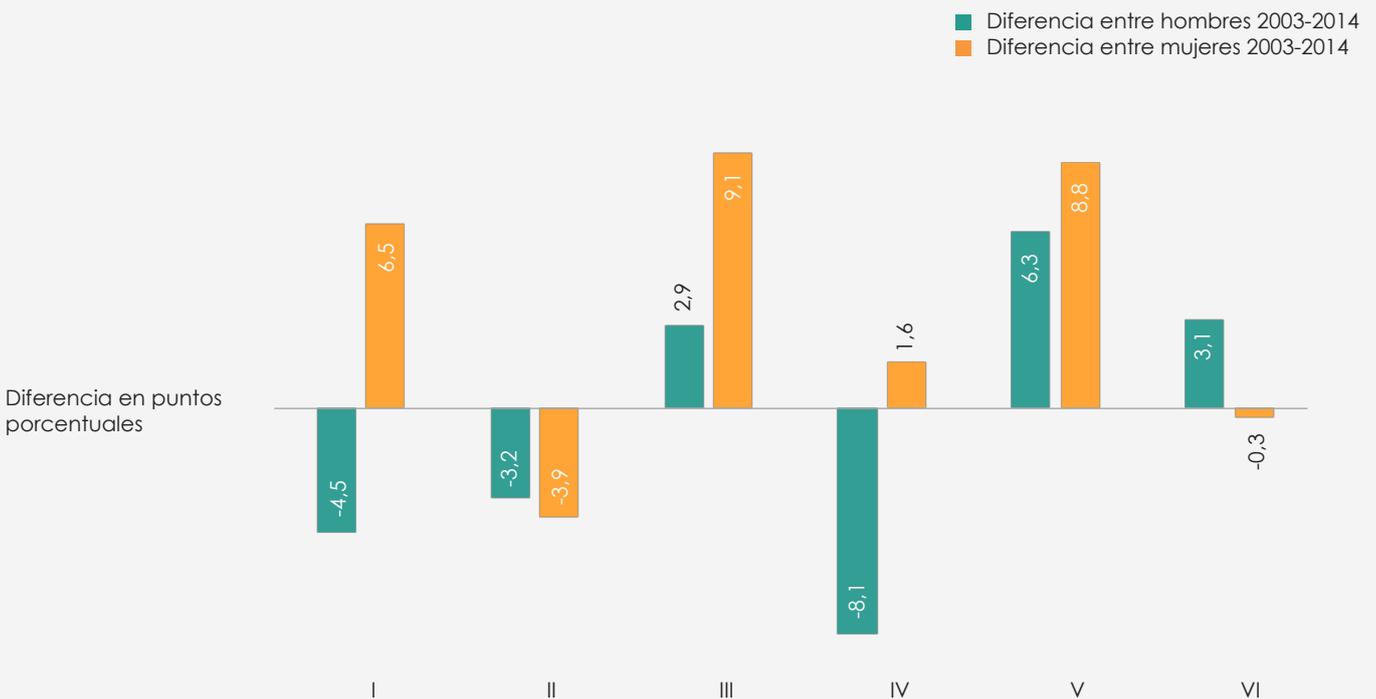
Por otra parte, y especialmente en el grupo III (ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia), pero también en el grupo V (trabajado-

res cualificadas del sector primario y trabajadoras cualificadas) esta prevalencia aumenta tanto para mujeres como para hombres, aunque se incrementa más el porcentaje en las mujeres.

Por último, para la clase social II (directores de establecimientos de < 10 asalariados), el porcentaje que se declara sedentario disminuye en ambos géneros. Estos aumentos, que describen aproximaciones diferentes al mundo laboral dependientes de la clase social, los estudios y la ocupación desarrollada, deben de tenerse en cuenta a la hora de plantear políticas laborales orientadas a reducir la prevalencia de sedentarismo en el trabajo.

Fig. 31 - Diferencia en puntos porcentuales entre hombres y mujeres que “realizan la actividad principal del día de manera sedente” en función de la clase social entre 2003 y 2014

Encuestas Nacional de Salud en España (2011/2012) y Encuesta Europea de Salud en España (2014).



¿Qué Comunidades Autónomas presentan una mayor prevalencia de sedentarismo?

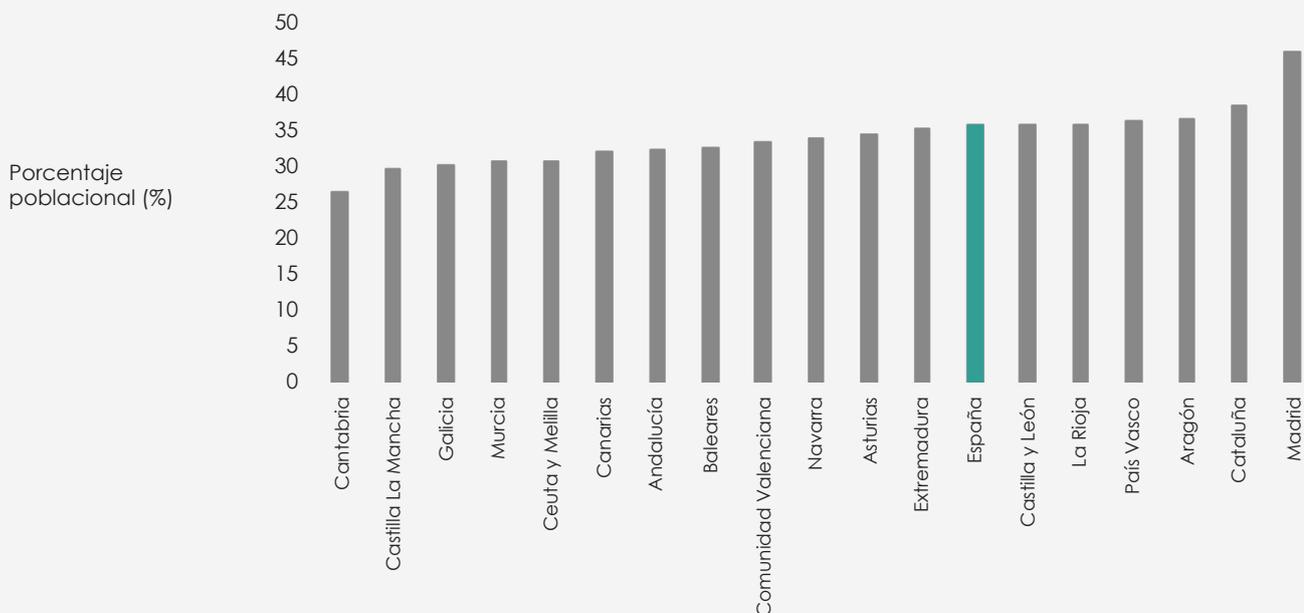
Como se puede observar en la Figura 32, en base a los datos disponibles de la Encuesta Europea de Salud en España (2014), existen importantes diferencias territoriales en relación al porcentaje de la población que realiza como actividad principal del día permanecer de manera sedente, acumulándose sin embargo la mayor parte de estas diferencias en cinco Comunidades Autónomas, entre las

que se encuentran las que disponen de un mayor desarrollo económico.

Esta evidencia confirma con claridad el planteamiento de que a mayor desarrollo económico mayor nivel de comportamiento sedentario de la población, y por lo tanto mayores riesgos asociados para la salud.

Fig. 32 - Porcentaje poblacional que “realiza la actividad principal del día de manera sedente” en función de la Comunidad o Ciudad Autónoma

Encuesta Europea de Salud en España (2014).



**¿QUÉ PODEMOS
HACER AL
RESPECTO?**

Una apuesta para el futuro

Nuevas políticas y acciones integrales de promoción deportiva

La promoción de un comportamiento activo y la práctica regular de actividad física son de crucial importancia desde un punto de vista de su impacto positivo en la salud individual, en la salud pública y en el contexto actual especialmente desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema socio-sanitario. En este sentido, la prevalencia en nuestra sociedad de diferentes enfermedades crónicas se ve reducida de forma consistente con cada nivel de práctica más alto⁴². Así, la actividad física se ha mostrado como una herramienta efectiva de intervención no farmacológica de primera magnitud, tanto para la prevención como para la mejora de numerosas enfermedades crónicas y para el mantenimiento de la calidad de vida. Es más, los innumerables efectos que la actividad física tiene sobre la salud, en todas sus dimensiones,

no pueden ser sustituidos por ningún medicamento⁴³. Y no solo aquellos que son físicamente activos tienen un consumo menor de fármacos⁴⁴, si no que el ejercicio, en comparación con los medicamentos, está disponible a muy bajo coste y está relativamente libre de efectos secundarios⁴⁵, por lo que su coste-efectividad, desde un punto de vista de sostenimiento del sistema de sanidad público, es muy positivo.

En este sentido, diferentes análisis han demostrado que la promoción de la actividad física supone un ahorro de costes para el sector de la salud y que además es una actuación muy económica en comparación con el gasto sanitario producido como consecuencia de la inactividad física⁴⁶.

⁴²Aragonés Clemente, M. T., Fernández Navarro, P., y Ley Vega de Seoane, V. (2016). *Actividad física y prevalencia de patologías en la población española*. Madrid: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Departamento de Deporte y Salud.

⁴³Booth, F. W., y Hawley, J. A. (2015). The erosion of physical activity in Western societies: an economic death march. *Diabetologia*, 58(8), 1730–4.

⁴⁴Aragonés Clemente, M. T., Fernández Navarro, P., y Ley Vega de Seoane, V. (2016). *Actividad física y prevalencia de patologías en la población española*. Madrid: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte. Departamento de Deporte y Salud.

⁴⁵Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N. A., y Lucia, A. (2013). Exercise is the real polypill. *Physiology*, 28(5), 330–358.

⁴⁶Cobiac, L. J., Vos, T., y Barendregt, J. J. (2009). Cost-effectiveness of interventions to promote physical activity: a modelling study. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000110.

Estos beneficios económicos se producen, además, tanto para intervenciones de promoción de actividad física cortas como largas en el tiempo, e incluso para las intervenciones de actividad física para grupos con enfermedades crónicas, como diabéticos⁴⁷ o de forma general con cualquier programa de ejercicio para sujetos con enfermedades crónicas⁴⁸.

Los españoles ya estamos convencidos de lo positivo que es para nuestra salud mantener un estilo de vida físicamente activo, lo que es un determinante importante para comenzar a practicar actividad física⁴⁹. Ahora bien, un aspecto clave capaz de generar una transformación social importante en este sentido tiene que ver con aumentar las oportunidades de que seamos físicamente activos. Cuando esto ocurre, la práctica de actividad física se dispara y los beneficios suceden en todas las dimensiones de la vida.

Sin embargo, hasta ahora hemos estado enfocando el problema de la inactividad física buscando soluciones principalmente orientadas a la persona y para el reto que tenemos por delante necesitamos ampliar nuestra perspectiva y buscar también soluciones sostenibles e innovadoras centradas en el entorno y en la sociedad⁵⁰.

La democratización del tiempo libre ha permitido el acceso a una oferta de ocio muy amplia, donde las personas tienen muchas opciones para practicar un ocio que actualmente es predominantemente inactivo. A pesar del boom de prácticas deportivas como el "running" o el "fitness" solo se observa una mejora en la población que ha dejado de ser completamente inactiva o que realiza ejercicio de manera ocasional, pero no una mejora en el porcentaje de españoles que tienen una actividad física regular, y que cumplen las recomendaciones de la OMS.

A lo largo del presente informe hemos podido identificar la situación específica de la prevalencia de inactividad (en el tiempo libre) y sedentarismo (durante la actividad principal) en distintos grupos de edad, considerando además factores clave como el género, el estado socio-económico de las personas o su Comunidad Autónoma de residencia. Ahora bien, también nos hemos planteado desde el Observatorio completar un análisis más estratégico sobre esta información, contrastándola con la realidad de los países del conjunto de Europa.

De esta forma, y como un primer ejercicio de este análisis reflexivo, hemos podido observar con claridad que el aumento de la percepción en el ciudadano sobre la riqueza en la dotación de instalaciones deportivas y espacios libres (parques, jardines, áreas peatonales) en su entorno (definida en el Eurobarómetro especial #412 con la manifestación "el área ofrece suficientes oportunidades de ser físicamente activo") presenta una relación directa con la frecuencia para realizar práctica deportiva, tal como muestran los datos, recogidos en la figura 33, relativos a los 28 países de la Unión Europea".

Es más, aquellos ciudadanos que perciben que el área en la que viven ofrece oportunidades para ser físicamente activos cumplen en mayor medida las recomendaciones de la OMS, en comparación con aquellos que no lo perciben. Cuantificando esta relación, los que perciben que el área les ofrece oportunidades de ser físicamente activos realizan una media de 23 minutos andando, 17 de actividad física moderada, y 15 de actividad física vigorosa más a la semana en comparación con los que no lo perciben.

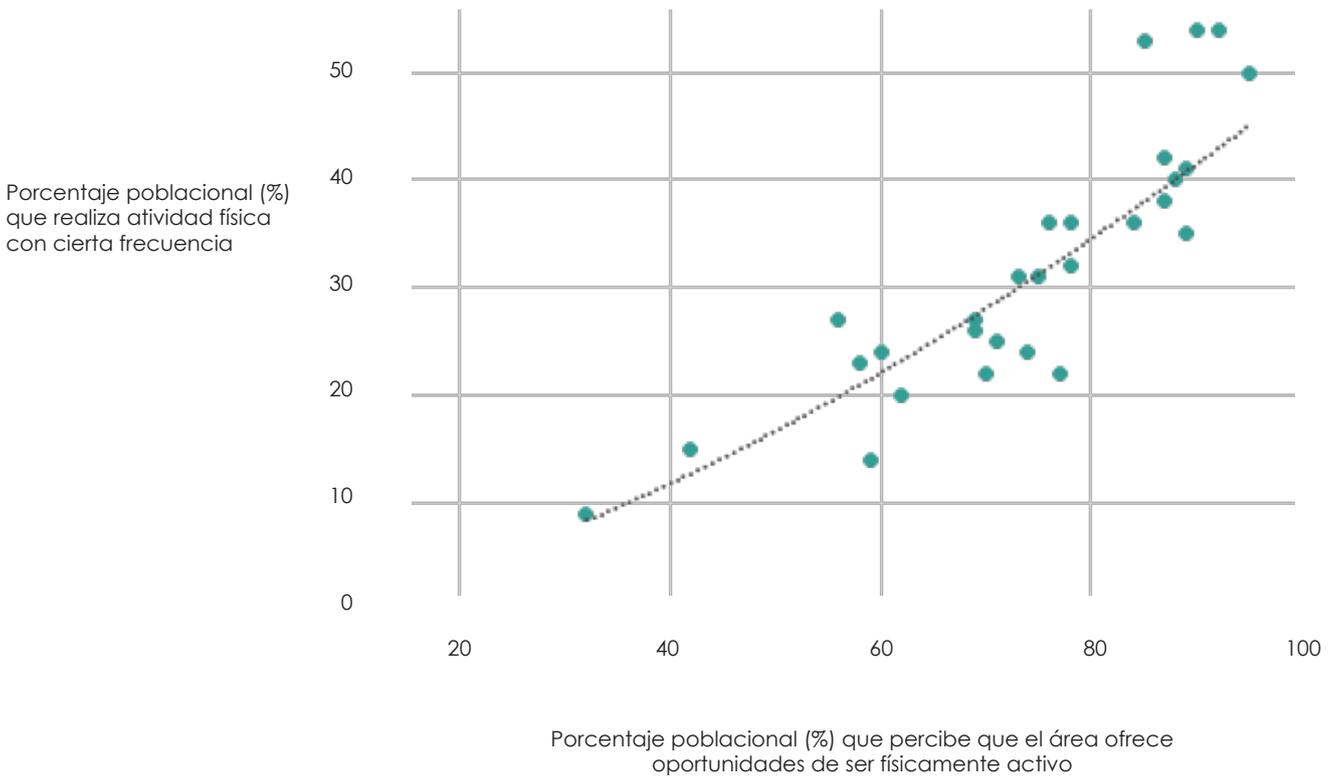
⁴⁷Roux, L., Pratt, M., Tengs, T. O., Yore, M. M., Yanagawa, T. L., Van Den Bos, J., ... Buchner, D. M. (2008). Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(6), 578-88.

⁴⁸Pedersen, B. K., y Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 25, 1-72.

⁴⁹Andrew, G. M., Oldridge, N. B., Parker, J. O., Cunningham, D. A., Rechner, P. A., Jones, N. L., ... Sutton, J. R. (1981). Reasons for dropout from exercise programs in post-coronary patients. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 13(3), 164-168.

⁵⁰Edwards, P., y Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments*. Ginebra: World Health Organization Regional Office for Europe.

Fig. 33 - Porcentaje poblacional que realiza actividad física “con cierta frecuencia” y que percibe que “el área ofrece suficientes oportunidades” en los 28 países de la Unión Europea



Esto apoya con claridad la relevancia de ofrecer oportunidades de ser físicamente activo, y que además los ciudadanos lo perciban como tal. Es importante destacar que mientras que el porcentaje aumentó en la Unión Europea, en España este porcentaje es similar al del 2002⁵¹.

⁵¹Filippidis, F. T., y Laverly, A. A. (2016). Perceptions of opportunities for physical activity in 28 European countries. *Preventive Medicine*, 86, 136–140.



Una apuesta para el futuro, nuevas políticas y acciones integradoras de promoción deportiva

Es evidente a nuestro entender que la única forma de revertir la situación actual es recuperar un modo de vida activo reintegrando la actividad física en todas las esferas de nuestra vida, ya que las oportunidades para ser físicamente activo no se deben limitar al deporte y/o a las actividades de ocio organizado. Debemos de ser capaces de articular oportunidades para ser físicamente activos en todas partes y en cualquier momento, en el trabajo, en casa, en el barrio, en la escuela o en los centros de salud, o de camino entre ellos. En este sentido, y comparando de nuevo a España con la Unión Europea (2014), presentamos un bajo nivel en el porcentaje de población que realiza actividad física en el trabajo, en el hogar y en la universidad⁵².

Para ello, además de seguir potenciando la práctica de actividad física realizada de manera más tradicional, como el propio deporte o la práctica realizada en los centros deportivos, es importante desarrollar planes de promoción deportiva que se estructuren a partir de las siguientes estrategias:

1) Promocionar la práctica de actividad física en el centro de trabajo, el centro de estudios y el hogar. En este sentido, es fundamental comenzar a legitimar en la escuela y en el trabajo los periodos breves de ejercicio (también denominados como “snacks” de ejercicio) e incluir dentro de los planes de promoción de la salud en el trabajo, de forma clara y atractiva también la promoción de actividad física. En relación al trabajo, otras prácticas que se están mostrando eficaces en diferentes países de nuestro entorno son las relativas al cambio legislativo e impositivo, para aquellas empresas que promuevan y realicen un transporte activo o incluyan la actividad física en la promoción de la salud⁵³.

2) Promover un diseño urbanístico que nos invite a ser físicamente activos. El diseño urbano determina cómo nos relacionamos con nuestra ciudad, y afecta tanto positiva como negativamente a la práctica de actividad física. Así, la configuración urbanística debe favorecer el ser físicamente activo. Esto supone crear o mejorar espacios de práctica deportiva, próximos a los lugares en donde la gente estudia, trabaja y vive; creando lugares de actividad física que sean seguros, limpios y agradables. Para esto, no solo es imprescindible disponer de unas buenas instalaciones deportivas y un tejido deportivo sano, sino que también necesitamos transformar nuestras ciudades para que el transporte activo sea una opción real, y en donde haya espacios más humanos y más seguros donde disfrutar de una vida más activa⁵⁴.

3) Necesitamos un sistema de ocio activo y deporte más proactivo, que ofrezca oportunidades claramente inclusivas para ser físicamente activo⁵⁵. Se debe estimular y facilitar desde los poderes públicos la práctica de actividad física y deporte en los términos y condiciones que más interesen a los ciudadanos, con una oferta de actividad física y deportiva más versátil, especializada e individuali-

⁵²Eurobarómetro especial 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Deporte.

⁵³Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, J. A., Lee, Y. Y., Guajardo-Barron, V., y Chisholm, D. (2010). Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: Health effects and cost-effectiveness. *Lancet*, 376(9754), 1775–1784.

⁵⁴Choi, J., Lee, M., Lee, J., Kang, D., y Choi, J.-Y. (2017). Correlates associated with participation in physical activity among adults: a systematic review of reviews and update. *BMC Public Health*, 17(1), 356.

⁵⁵King, A. C. (1998). How to promote physical activity in a community: Research experiences from the US highlighting different community approaches. *Patient Education and Counseling*, 33(SUPPL.1), 3–12.

zada. Las oportunidades de ser físicamente activo, deben poder ocurrir cuando el ciudadano quiera y/o pueda, de manera espontánea y en cualquier circunstancia. Esto incluye, también, integrar a la sociedad civil en el diseño e implementación de la promoción de la actividad física⁵⁶.

4) Debemos seguir impulsando el deporte organizado. No debemos olvidar el rol que el deporte organizado desempeña y debe desempeñar en la promoción de la actividad física para la salud. En este sentido, el asociacionismo deportivo (deporte en el club) se ha estimado que contribuye alrededor de un 20% a toda la actividad física realizada para la mejora de la salud, por lo que el papel de las federaciones deportivas, clubs y organizaciones relacionadas con el deporte competitivo y recreativo es muy importante en la promoción de la actividad física⁵⁷.

5) Es necesario seguir dotando a los núcleos urbanos (y rurales) de instalaciones deportivas. Como hemos analizado en detalle anteriormente (Figura 33), dentro del ecosistema necesario para ser físicamente activo, un contexto percibido como rico en oportunidades determina la actividad física que una persona realiza. Así, una mayor dotación de instalaciones deportivas para realizar actividad física, aumenta la práctica de dichas actividades físicas⁵⁸ a la vez que aumenta la intención de realizarlas en aquellos ciudadanos no activos⁵⁹. Además, una buena provisión de instalaciones deportivas tiende a reducir en parte las diferencias socioeconómicas que existen en la realización de práctica deportiva, por lo que su importancia es doble.

6) Debemos favorecer la práctica de actividad física comunitaria. Las Administraciones Públicas deben impulsar y hacer esfuerzos sostenidos para crear ecosistemas que permitan potenciar la práctica desde una perspectiva interpersonal y social. Sabemos que el apoyo social y familiar es fundamental para la adherencia a la práctica de

⁵⁶Edwards, P., y Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments*. Ginebra: World Health Organization Regional Office for Europe.

⁵⁷Eime, R., Harvey, J., Charity, M., Casey, M., van Uffelen, J., y Payne, W. (2015). The contribution of sport participation to overall health enhancing physical activity levels in Australia: a population-based study. *BMC Public Health*, 15(1), 806.

⁵⁸Eime, R. M., Harvey, J., Charity, M. J., Casey, M., Westerbeek, H., y Payne, W. R. (2017). The relationship of sport participation to provision of sports facilities and socioeconomic status: A geographical analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, (October 2016), 1–8.

⁵⁹Prins, R. G., Van Empelen, P., Te Velde, S. J., Timperio, A., Van Lenthe, F. J., Tak, N. I., ... Oenema, A. (2010). Availability of sports facilities as moderator of the intention-sports participation relationship among adolescents. *Health Education Research*, 25(3), 489–497.

actividad física de los practicantes, por lo que las comunidades adquieren un rol importante en el desarrollo de prácticas deportivas, ya que la práctica de actividad física es “contagiosa” cuando adquiere este tamiz social⁶⁰.

7) Debemos promover más el carácter recreativo de la práctica deportiva, desarrollando programas de actividad física que conecten con los intereses de los ciudadanos, priorizando el carácter de diversión y ocio en la oferta de prácticas de actividad física. El objetivo es vencer algunas de las barreras que los ciudadanos expresan para no realizar práctica deportiva, como son por ejemplo la limitación del tiempo de ocio del que disponemos. El tiempo es una de las principales barreras para la ausencia de continuidad en la práctica deportiva, sin embargo, los sujetos que realizan ejercicio de forma habitual y los que no lo realizan disponen del mismo tiempo libre, pero no lo perciben del mismo modo. Es evidente que los sujetos activos lo practican porque les gusta y encuentran satisfacción en su práctica, independientemente del tiempo libre del que dispongan⁶¹. Por eso es fundamental hacer entender y reforzar el componente de diversión y disfrute personal de la práctica de actividad física y de deporte. De hecho, conseguir que los ciudadanos lo realicen disfrutando, es sin duda un factor determinante para que se aumente la regular en la práctica de actividad física a largo plazo, integrándose como un elemento más de su estilo de vida⁶².

8) Todos los agentes involucrados en la promoción de un comportamiento activo deben aumentar la información al ciudadano sobre las razones que justifican la realización de práctica deportiva. Este último aspecto es especialmente relevante pues es la aportación de evidencias sólidas (significativas para el individuo) sobre las razones por las cuales debería realizar actividad física uno de los pilares en las estrategias efectivas de cambio de compor-

tamiento. Tradicionalmente, esta información se ha centrado tan solo en las posibles consecuencias negativas de su comportamiento inactivo, renunciando a los beneficios emocionales, sociales, psicológicos, económicos, de integración, etc. Es por ello por lo que entendemos que todos los agentes del sistema de salud, ocio activo y deporte deben elaborar y divulgar argumentarios sobre los beneficios que la práctica de actividad física y el deporte nos brinda, ayudando a cada persona a construir sus “razones para la práctica”.

Partiendo de nuevo de los datos del Eurobarómetro especial 412 (2014) podemos observar cómo aquellos países de la Unión Europea en los que los ciudadanos tienen asumidas más razones para practicar actividad física son los países que disfrutaban de niveles más altos de práctica “con cierta regularidad” (Figura 34).

9) Es necesario dedicar mayor atención a los grupos poblacionales en especial riesgo de inactividad física y sedentarismo, considerando sus necesidades especialmente en el desarrollo de políticas para disminuir ambas prevalencias. En el caso de la inactividad física, este riesgo aumenta con la edad, por el hecho de ser mujer y por pertenecer a una clase social baja. Estos riesgos son además sumativos y la prevalencia de la inactividad física aumenta si se cumplen varios de los factores señalados. En el caso del comportamiento sedentario, sucede lo mismo, pero esta prevalencia es especialmente importante en jóvenes y en aquellas personas de clase social más alta por el perfil de sus ocupaciones.

10) Debemos prestar especial atención a aquellos grupos poblacionales con enfermedades crónicas o en riesgo de contraerlas, ya que son aquellos que más van a beneficiarse de la práctica habitual de actividad física, especialmente por su condición delicada de salud. Es importante destacar

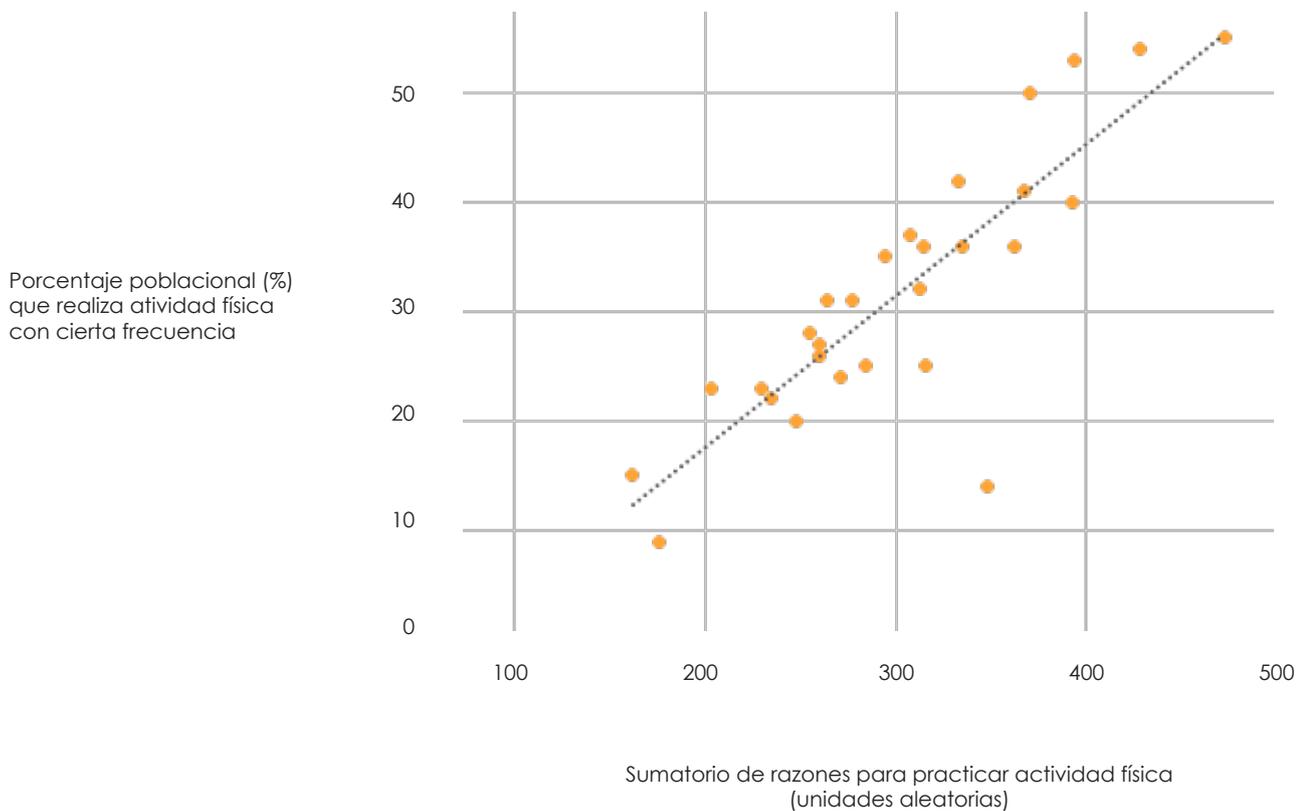
⁶⁰Aral, S., y Nicolaidis, C. (2017). Exercise contagion in a global social network. *Nature Communications*, 8, 14753.

⁶¹Cavill, N., Kahlmeier, S., y Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: Evidence for action*. Genova: World Health Organization Regional Office for Europe.

⁶²Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., y Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(12), 1996–2001.

que, además, y como consecuencia de esta salud empeorada, son los grupos de población que más se resisten a integrar la práctica de actividad física regular en su estilo de vida.

Fig. 34 - Porcentaje poblacional que realiza actividad física “con cierta frecuencia” y sumatorio de razones para practicar actividad física en los 28 países de la Unión Europea



Entre países, a mayor número de razones para realizar actividad física, mayor porcentaje poblacional que realiza actividad física “con cierta frecuencia”. Eurobarómetro 412 (2014). Informe sobre Actividad Física y Salud.

LA FUNDACIÓN ESPAÑA ACTIVA

Valores y Fines de la Fundación España Activa

La Fundación España Activa es una organización sin ánimo de lucro que tiene como objetivo impulsar la práctica de la actividad física en la sociedad, involucrando a todos los actores y organismos de forma transversal implicados en esta lucha.

VISIÓN

Elevar el índice de la práctica deportiva del país, facilitando el acceso a todos los ciudadanos y ciudadanas y liderar el fomento de todas las políticas de investigación, fiscales y de promoción necesarias para que se instauren los hábitos de estilo saludable.

MISIÓN

Queremos promocionar el deporte y la actividad física como forma de sumar salud en las personas, impulsar todas las políticas necesarias para mejorar el sector y difundir a la sociedad los hábitos de estilo de vida saludable.

OBJETIVOS

- Elevar el índice de práctica deportiva del país. Más gente, más activa, más veces.
- Estimular y facilitar el acceso a la práctica deportiva de todos los ciudadanos y ciudadanas, "democratizar la actividad física".
- Promover e impulsar políticas fiscales. Promover los valores propios del deporte.
- Difundir a la sociedad estilos y hábitos de vida saludables.
- Fomentar la investigación, desarrollo e innovación (I+D+I).
- Articular las relaciones de intercambio entre instituciones.

Miembros del Patronato

Presidente

D. Jaime Lissavetzky

Vicepresidentes

D. Gabriel Sáez
D. Javier Pellón

Tesorero

D. Aurelio Gómez

Patronos

D. Adolfo Ruiz
D. Jaime Gross
D. José Antonio Sevilla
D. Josep Viladot
D. Jorge García
D. J. Carlos Gómez Pantoja
D. Rafael Cecilio

Empresas que comparten nuestra filosofía. Nuestros apoyos

MECENAS ORO

MATRIX
Strong • Smart • Beautiful



The Wellness Company

MECENAS BRONCE



THOMAS
WELLNESS GROUP

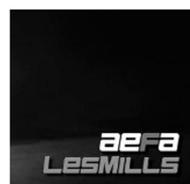


LifeFitness
WHAT WE LIVE FOR

EMPRESAS COLABORADORAS

**1ST YouFirst
SPORTS**

ojmar



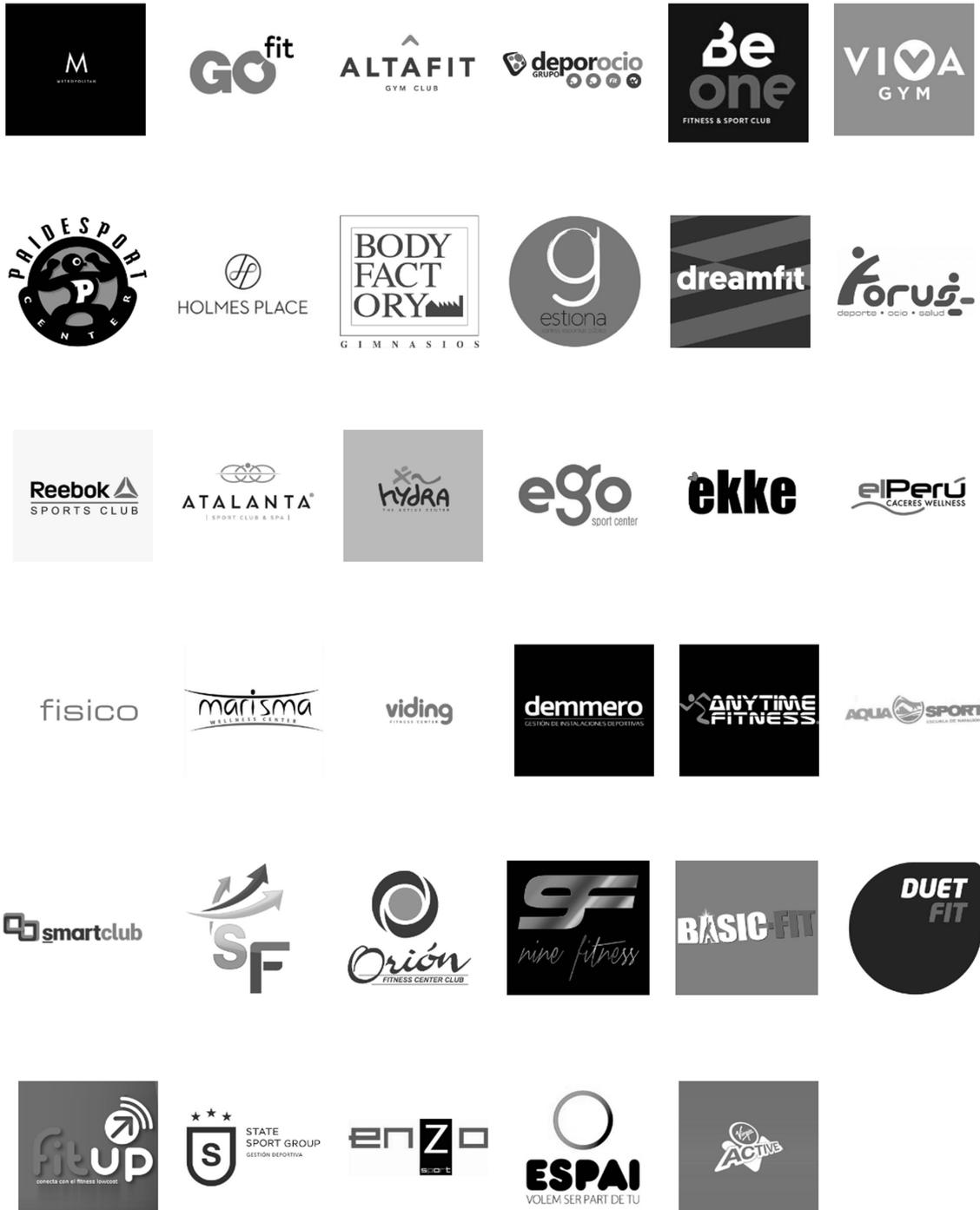
AEROBIC & FITNESS
www.aerobicfitness.com



etone
Servicios integrados

mas⁺

SOCIOS FUNDACIÓN ESPAÑA ACTIVA



SOCIOS INSTITUCIONALES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrew, G. M., Oldridge, N. B., Parker, J. O., Cunningham, D. A., Reznitzer, P. A., Jones, N. L. & Sutton, J. R. [1981]. Reasons for dropout from exercise programs in post-coronary patients. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 13(3), 164–168.
- Aragonés, M. T., Fernández-Navarro, P., y Ley Vega, V. [2016]. *Actividad física y prevalencia de patologías en la población española*. Madrid: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte Departamento de Deporte y Salud.
- Aral, S., y Nicolaides, C. [2017]. Exercise contagion in a global social network. *Nature Communications*, 8, 14753.
- Amiz, M., Gregory, T., & Zierahn, U. [2016]. *The Risk of Automation for Jobs in OECD Countries: A Comparative Analysis*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 189. Paris: OECD Publishing.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S., Gibbons, L. W., & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 273(14), 1093–1098.
- Blair, S.N. [2009] Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 1-2
- Booth, F. W., Roberts, C. K., y Laye, M. J. [2012]. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–1211.
- Booth, F. W., y Hawley, J. A. [2015]. The erosion of physical activity in Western societies: an economic death march. *Diabetologia*, 58(8), 1730–1734.
- Carbon, S. A., Fulton, J. E., Prall, M., Yang, Z., y Adams, E. K. [2015]. Inadequate physical activity and health care expenditures in the United States. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57(4), 315–323.
- Cavill, N., Kohlmeier, S., y Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, J. A., Lee, Y. Y., Guajardo-Barron, V., y Chisholm, D. (2010). Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: Health effects and cost-effectiveness. *Lancet* 376 (9754), 1775–1784.
- Choi, J., Lee, M., Lee, J., Kang, D., y Choi, J.-Y. (2017). Correlates associated with participation in physical activity among adults: a systematic review of reviews and update. *BMC Public Health* 17(1), 356.
- Cobiac, L. J., Vos, T., y Barendregt, J. J. [2009]. Cost-effectiveness of interventions to promote physical activity: a modelling study. *PLoS Medicine* 6(7), e1000110.
- Consejo Superior de Deportes. (2010). *Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte*. Madrid.
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., & van Mechelen, W. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311–24.
- Edwards, P., y Tsouras, A. [2006]. *Promoting physical activity and active living in urban environments*. Ginebra: World Health Organization Regional Office for Europe.

- Eme, R., Harvey, J., Charly, M., Casey, M., van Uffelen, J., y Payne, W. (2015). The contribution of sport participation to overall health enhancing physical activity levels in Australia: a population-based study. *BMC Public Health*, 15(1), 806.
- Eme, R. M., Harvey, J., Charly, M. J., Casey, M., Westerbeek, H., y Payne, W. R. (2017). The relationship of sport participation to provision of sports facilities and socioeconomic status: A geographical analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. [October 2016], 1-8.
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., ... Lancel Sedentary Behaviour Working Group. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*, 388(10051), 1302-10.
- European Commission, y World Health Organization Regional Office for Europe. (2015). *Spain: Physical activity factsheet*. Copenhagen.
- Filippidis, F. T., y Laverly, A. A. (2016). Perceptions of opportunities for physical activity in 28 European countries. *Preventive Medicine*, 86, 136-140.
- Guthold, R., Ono, T., Strong, K. L., Chatterji, S., & Morabia, A. (2008). Worldwide variability in physical inactivity: a 51-country survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 486-494.
- Instituto Europeo de Igualdad de Género. (2015). *Índice de igualdad de género 2015: España*. Vinius.
- King, A. C. (1998). How to promote physical activity in a community: Research experiences from the US highlighting different community approaches. *Patient Education and Counseling*, 33(SUPPL 1), 3-12.
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., y Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219-29.
- OECD. (2016). *Automation and Independent work in a digital economy. Policy brief on the future of work*. Paris.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra.
- Ortega, E., y Peñalosa, J. (2012). *The Spanish Economic Crisis: Key Factors and Growth Challenges in the Euro Area*. Madrid: Banco de España.
- Pedersen, B. K., y Sallis, B. (2015). Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 25, 1-72.
- Prins, R. G., Van Empelen, P., Te Velde, S. J., Timperio, A., Van Lenthe, F. J., Tak, N. I., ... Oenema, A. (2010). Availability of sports facilities as moderator of the intention-sports participation relationship among adolescents. *Health Education Research*, 25(3), 489-497.

- Pronek, N. P., Goodman, M. J., O'Connor, P. J., y Martinson, B. C. (1999). Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. *JAMA*, 282(23), 2235–2239.
- Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(3), 540–2.
- Roux, L., Prati, M., Tengs, T. O., Yore, M. M., Yanagawa, T. L., Van Den Bos, J., ... Buchner, D. M. [2008]. Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(6), 57B–88.
- Serrano-Sánchez, J. A., Bello-Luján, L. M., Auyanel-Balsola, J. M., Fernández-Rodríguez, M. J., y González-Henríquez, J. J. [2014]. Lack of exercise of "moderate to vigorous" intensity in people with low levels of physical activity is a major discriminant for sociodemographic factors and morbidity. *PLoS ONE*, 9(12), 5–20.
- Schoenbar, C. A., y Stommel, M. (2011). Adherence to the 2008 adult physical activity guidelines and mortality risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 514–521.
- Transt, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., y Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(12), 1996–2001.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Ginebra.



Observatorio Vida Activa y Saludable



Colaboran:



MATRIX

