



Plan Extremeño

de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico

Plan Extremeño

de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES



MINISTERIO
DE SANIDAD
CONSUMO Y SEGURIDAD
ALIMENTARIA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia

fundación
**jóvenes
y deporte**



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES

Extremadura

SEPAD
Servicio Extremeño de Prescripción de la Actividad Física y el Deporte

SER
Servicio
Extremeño
de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA

Plan Extremeño

de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico



Autoría

Miguel Ángel Hernández Mocholí. *(Fundación Jóvenes y Deporte)*

Julio Vázquez Mateos. *(Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sociales)*

Miguel Escobar Fernández. *(Subdirección de Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud)*

María García Bermejo. *(Subdirección de Atención Primaria. Servicio Extremeño de Salud)*

María de los Ángeles Casado Medina. *(Subdirección de Atención Primaria. Servicio Extremeño de Salud)*

Eulalio Ruiz Muñoz. *(Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud)*

Eugenio Molina Barragán. *(Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sociales)*

Andrés Fernández Mancha. *(Dirección General de Jóvenes y Deportes)*

Alberto Blázquez Manzano. *(Dirección General de Jóvenes y Deportes)*

Miguel Pizarro Sánchez. *(Fundación Jóvenes y Deporte)*

Paula Salamanca Bautista. *(Servicio Extremeño de Salud)*

Carmen Marcos Pavo. *(Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia)*

Macarena Uriol Batuecas. *(Servicio Extremeño de Salud)*

Francisco Javier Domínguez Muñoz. *(Fundación Jóvenes y Deporte)*

Bernardo Javier Guerrero Aguilar. *(Fundación Jóvenes y Deporte)*

Yolanda Tomé Pérez. *(Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sociales)*

Fátima Mora Monago. *(Subdirección de Atención Primaria. Servicio Extremeño de Salud)*

Diseño gráfico

Jairo Pozo Gallego. *(Fundación Jóvenes y Deporte)*

Diseño y maquetación

Artes Gráficas Rejas

ISBN

978-84-09-80346-0

Depósito legal

BA-000318-2025



Este documento se publica bajo licencia *Creative Commons Attribution 4.0 International* (CC BY 4.0). Las figuras incluidas han sido elaboradas por el equipo redactor o adaptadas de publicaciones científicas bajo licencia CC BY, con la atribución correspondiente. En los casos en los que las publicaciones originales cuentan con licencia CC BY-NC-ND, se han desarrollado representaciones gráficas propias inspiradas en dichas fuentes, sin reproducir ni modificar directamente las imágenes originales.

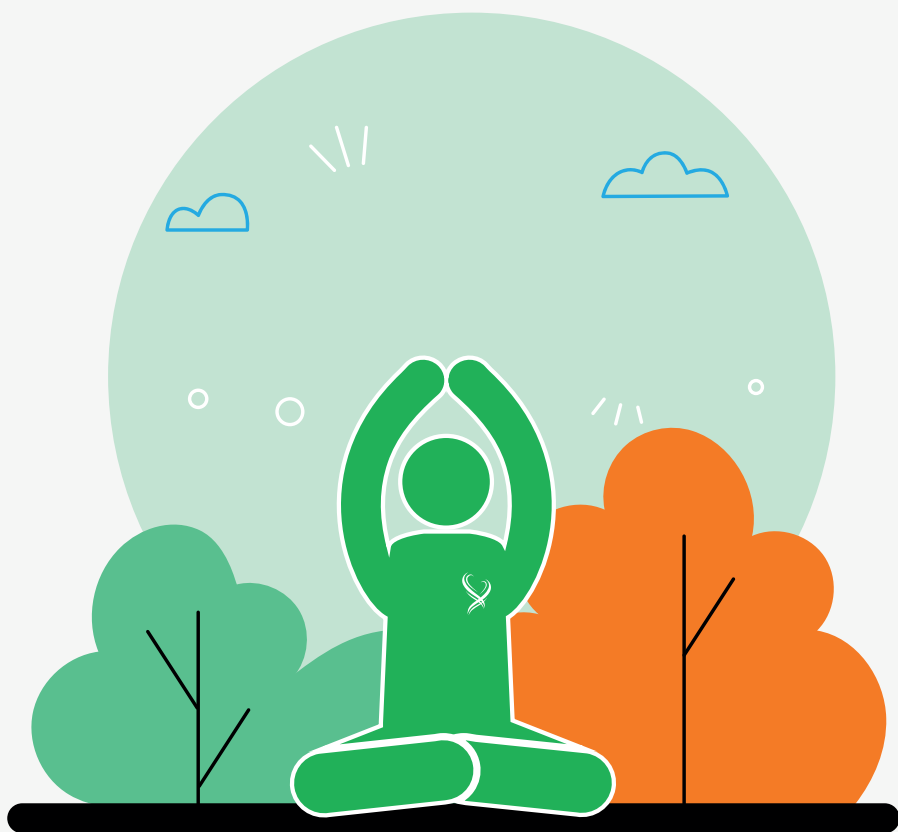
ÍNDICE



01.	PRÓLOGO	7
02.	PRESENTACIÓN	11
03.	RESUMEN EJECUTIVO	15
04.	INTRODUCCIÓN	21
	El sedentarismo y la inactividad física: desafíos globales para la salud	24
	El modelo salutogénico y la condición física como piedra angular de la salud	25
	Evidencia fisiológica y beneficios clínicos del ejercicio físico	26
	Experiencias institucionales, modelos internacionales y oportunidad para Extremadura	29
05.	MARCO ESTRATÉGICO Y NORMATIVO	33
06.	DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN	43
	Metodología de trabajo	44
	Gobernanza y agentes implicados	44
	Fuentes de información y referencias utilizadas	44
07.	MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	47
	Misión	48
	Visión	48
	Valores	49
08.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	51
	Contexto demográfico y epidemiológico	52
	Patrones de actividad física y sedentarismo	63
	Condición física de la población	68
	Infraestructura y oferta de servicios	70
	Desarrollo de infraestructura digital	75
	Fortalezas y oportunidades detectadas	80
09.	OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	83
	Objetivo general del Plan	84
	Líneas estratégicas	84
10.	PLAN DE ACCIÓN	89
	Estructura de las acciones	90
	Metodología de implementación	91
	Acciones del plan	93
	Cronograma de acciones previsto	124
	Seguimiento y Evaluación	126
	Principios y alcance	126
	Gobernanza de la evaluación	126
	Herramientas y circuitos de información	126
	Marco de indicadores	127
	Periodicidad y resultados de evaluación	127
	Calidad del dato y protección de información	128
	Relación con la Línea Estratégica 6	128
11.	GLOSARIO	129
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

01

PRÓLOGO



01

PRÓLOGO



José Antonio Casajús Mallén.

Médico Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte

Catedrático de Actividad Física y Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

Presidente de Exercise is Medicine-Spain

Presidente de la red de ejercicio físico y salud, red EXERNET (2008-2021)

En los últimos años se han generado muchas evidencias científicas sobre el efecto positivo de la actividad física y el ejercicio físico sobre la salud; sin embargo, su aplicación en la atención sanitaria de la población es escasa.

El ejercicio físico, entendido como esa actividad física planificada, estructurada y repetitiva, constituye en la sociedad actual un pilar fundamental en la prevención primaria, secundaria y terciaria de las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo además un factor prioritario en el mantenimiento de la calidad de vida de toda la población.

La prescripción de ejercicio físico tiene un grado de evidencia científica muy alto en la prevención y tratamiento de hasta 40 patologías crónicas, tales como hipertensión, diabetes, cáncer, osteoporosis o Alzheimer. Además, tiene un efecto antienvejecimiento, ya que mantiene una buena capacidad funcional, disminuye el riesgo de deterioro cognitivo y fortalece la autonomía e independencia de las personas mayores.

En los últimos años se está descubriendo la causalidad de estos efectos positivos. **Al realizar ejercicio físico, diferentes órganos y tejidos producen una serie de sustancias, denominadas exerquinas, capaces de modular y regular el buen funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano**, manteniendo la homeostasis y

mejorando la salud. Las exerquinas, producidas por el músculo se denominan mioquinas, ejercen su acción a nivel local y sistémico, ya que pasan a la corriente sanguínea diseminándose por todo el organismo y atraviesan la barrera hematoencefálica actuando sobre el sistema nervioso central.

A pesar de esta contundente evidencia científica, la mayoría de la población desarrolla conductas sedentarias o insuficientemente activas. Según la OMS, sólo un 24 % de niños y adolescentes y un 50 % de la población adulta cumplen las recomendaciones de actividad física. Ante esta realidad, diferentes organismos internacionales siguen enviando mensajes de alerta, como la reciente *Declaración Política sobre enfermedades no transmisibles y salud mental*, de 25 septiembre de 2025, en la que la ONU alienta a los Estados a promover la actividad física, aumentar los espacios públicos activos, fomentar el deporte y la recreación, y reducir el sedentarismo.

En 2008, el Colegio Americano de Medicina del Deporte presentó la iniciativa *Exercise is Medicine*. Este proyecto ya planteaba cuatro medidas fundamentales:

1) el ejercicio físico debería ser una parte integral en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, 2) debería prescribirse médicamente, 3) se debería implementar por profesionales cualificados y 4) tendría que incorporarse en la historia clínica de los pacientes. El objetivo final de *Exercise is Medicine* es que cada paciente sea evaluado en sus niveles de actividad física y capacidad funcional y, mediante una receta de ejercicio físico, sea derivado a los centros deportivos o a los profesionales cualificados donde se pueda poner en práctica dicha prescripción.

En 2014 la red EXERNET puso en marcha esta iniciativa en España como *Exercise is Medicine-Spain*, con el objetivo de facilitar la implementación real de la prescripción del ejercicio físico en el sistema sanitario español como una herramienta terapéutica habitual en la práctica clínica. La realidad es que, a pesar de los muchos intentos que *Exercise is Medicine-Spain* ha realizado en diferentes comunidades autónomas, los resultados han sido poco satisfactorios.

En 2006, Extremadura ya apostó por integrar el ejercicio físico en la cartera de salud con el programa El Ejercicio Te Cuida, en el que ya puso de manifiesto las posibilidades reales de colaboración entre las áreas de salud y ejercicio físico. **El Plan Extremeño de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico que impulsa la Junta de Extremadura, ofrece una propuesta metodológica clara y operativa, sustentada en la evidencia científica y adaptada a la realidad territorial y organizativa de Extremadura.** Esperemos que este Plan que lanza la Junta de Extremadura pueda servir de impulso y ejemplo para otras comunidades autónomas.

02

PRESENTACIÓN



02

PRESENTACIÓN



Sara García Espada.
Consejera de Salud y Servicios Sociales

El **Plan Extremeño de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico (PEIPEF)** nace como una respuesta estratégica a uno de los grandes retos de salud pública de nuestro tiempo: el impacto del sedentarismo y de la inactividad física en la aparición y evolución de enfermedades crónicas. Extremadura, con una población especialmente afectada por el envejecimiento y la cronicidad, se verá especialmente beneficiada por el fomento del ejercicio físico como hábito de vida saludable y los efectos positivos en términos de salud que eso conlleva.

Este Plan es un primer paso para consolidar la **prescripción de ejercicio físico como una intervención sanitaria de primera línea**, incorporándola de manera sistemática en la Atención Primaria y conectándola con los recursos comunitarios. Su diseño se fundamenta en la evidencia

científica más reciente y se articula a través de seis líneas estratégicas y un completo plan de acción que permitirá integrar la indicación, la prescripción, el seguimiento y la evaluación del ejercicio físico.

El PEIPEF representa también una apuesta por la **gobernanza compartida y la cooperación intersectorial**, en la que salud, deporte, educación, servicios sociales y comunidad trabajan unidos para ofrecer a la ciudadanía un acceso seguro, adaptado y equitativo a programas de ejercicio físico con orientación a la salud.

Confiamos en que este Plan se convierta en un referente para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, fomentando hábitos saludables y previniendo la aparición de enfermedades.

El **PEIPEF** constituye un paso decisivo en la construcción de una Extremadura más activa, saludable y cohesionada. Desde la Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes, entendemos el deporte y la actividad física no solo como práctica competitiva o recreativa, sino como un **activo esencial de salud, equidad y desarrollo comunitario**.



*Victoria Bazaga Gazapo.
Consejera de Cultura, Turismo, Jóvenes
y Deportes*

Nuestra región cuenta con una amplia red de instalaciones deportivas, programas consolidados y profesionales cualificados que han demostrado, a lo largo de los años, su capacidad para promover estilos de vida saludables y fortalecer la cohesión social. Este Plan permite dar un paso más: **articular esos recursos con el sistema sanitario**, generando circuitos estables de derivación y seguimiento que garanticen continuidad, inclusión y calidad en la atención.

El PEIPEF sitúa al deporte en el corazón de las políticas de salud pública de Extremadura, contribuyendo a la prevención de enfermedades, a la mejora de la calidad de vida y al fomento de hábitos activos desde la infancia hasta la vejez. Con especial atención al medio rural, a los colectivos vulnerables y a quienes más lo necesitan, este Plan refleja un compromiso inequívoco con la igualdad de oportunidades y con la cohesión territorial.

Extremadura se alinea así con las políticas europeas más avanzadas, integrando deporte, salud y comunidad en una misma estrategia. Confiamos en que su implementación impulse una cultura del movimiento que fortalezca la autonomía personal, fomente la participación ciudadana y consolide al ejercicio físico como uno de los pilares de nuestro bienestar colectivo.

03

RESUMEN EJECUTIVO



03

RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Extremeño de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico nace como una respuesta estructurada, sostenible y basada en la evidencia ante los desafíos que plantea el sedentarismo y la inactividad física en la población. Este plan pretende consolidar un modelo regional que integre de manera sistemática la indicación y prescripción del ejercicio físico como intervención de salud desde la Atención Primaria, en coordinación con los recursos comunitarios físico-deportivos.

El documento se fundamenta en un enfoque centrado en la persona, en la equidad territorial, en la colaboración intersectorial y en la mejora continua, promoviendo un estilo de vida activo a lo largo de todo el ciclo vital. Para ello, establece un marco de acción articulado en seis líneas estratégicas.



Integrar la indicación y prescripción del ejercicio físico en el sistema sanitario como intervención sistemática desde Atención Primaria. Esta línea impulsa la incorporación estructurada de la indicación y prescripción del ejercicio físico como una práctica sistemática en Atención Primaria, dirigida a personas físicamente inactivas, sedentarias y/o con perfiles funcionales limitados. Se promueve la creación de Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF) como dispositivos de evaluación, derivación y coordinación con los servicios comunitarios, asegurando la continuidad de la atención mediante herramientas digitales e indicadores compartidos.

**2ª****Línea Estratégica**

Adaptar la indicación y prescripción del ejercicio físico a grupos poblacionales prioritarios, en función de niveles de actividad física, perfil funcional y contexto personal.

Esta línea persigue asegurar que la indicación y prescripción del ejercicio físico se fundamenten en criterios funcionales y conductuales, como la inactividad física, el nivel de sedentarismo elevado o la limitación de la capacidad funcional, y no exclusivamente en diagnósticos clínicos. Se establece un modelo centrado en la persona, que tiene en cuenta la edad, el estado de salud, el envejecimiento o los trastornos de salud mental como elementos moduladores del tipo de intervención, garantizando así su adecuación, accesibilidad y continuidad. La línea prioriza la actuación sobre colectivos con menor adherencia histórica a la práctica físico-saludable, como la población adulta, mayor, femenina y personas con condiciones crónicas de salud y/o situaciones de dependencia.

**3ª****Línea Estratégica**

Fomentar estilos de vida activos en la población general mediante estrategias comunitarias y entornos generadores de salud.

Esta línea tiene como objetivo fomentar la adopción y el mantenimiento de estilos de vida activos desde una perspectiva salutogénica, entendiendo que las personas no solo requieren información, sino también vivir en entornos que les permitan comprender, manejar y valorar los recursos de salud a su alcance. Inspirada en la hipótesis del sentido de coherencia (SOC), esta línea promueve la transformación de los recursos comunitarios, institucionales y ambientales en activos de salud significativos, accesibles y sostenibles. Ello se traduce en campañas de sensibilización, redes locales de acción y oportunidades reales de práctica física integrada en la vida cotidiana.

**4^a****Línea Estratégica****Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud.**

Esta línea se orienta a consolidar las capacidades técnicas y científicas del personal implicado en el desarrollo del modelo extremeño de indicación y prescripción del ejercicio físico, mediante una oferta formativa estructurada, el impulso a la generación de conocimiento aplicado y el fomento de experiencias innovadoras. La actualización profesional continua y la creación de entornos de aprendizaje colaborativo resultan esenciales para garantizar la calidad, sostenibilidad y mejora continua del plan.

**5^a****Línea Estratégica****Facilitar la implementación operativa de la indicación y prescripción del ejercicio físico mediante herramientas digitales y comunitarias.**

Esta línea contempla el desarrollo de instrumentos técnicos que permitan llevar a la práctica, de forma efectiva, el modelo de ejercicio físico en los distintos niveles asistenciales y comunitarios. Se incluyen la elaboración de protocolos de cribado, derivación y seguimiento, la adopción de soluciones digitales interoperables que faciliten el registro y la coordinación profesional, y el mapeo activo de recursos comunitarios como apoyo a la continuidad y accesibilidad de las intervenciones.



Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas.

Esta línea refuerza el compromiso con la calidad, la transparencia y la sostenibilidad del Plan Extremeño de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico. Establece los principios y estructuras necesarias para realizar un seguimiento riguroso del grado de implementación, la eficacia de las intervenciones y su impacto en la salud y la equidad. La evaluación se concibe como un proceso continuo, participativo y útil para la toma de decisiones, sustentado en indicadores específicos, mecanismos de revisión técnica e intersectorial y estrategias de rendición de cuentas pública.

El despliegue de este plan pretende contribuir a una ciudadanía más activa, autónoma y saludable, reduciendo el sedentarismo, mejorando la capacidad funcional y reforzando la equidad territorial en Extremadura. Asimismo, se espera una mayor integración entre el sistema sanitario, deportivo y comunitario, avanzando hacia un modelo de salud pública centrado en las personas.

Las líneas estratégicas se desarrollan a través de un Plan de Acción asociado que define, para cada objetivo, las acciones previstas, los indicadores de evaluación y los agentes responsables de su implementación.



"Los que piensan que no tienen tiempo para ejercicio físico, tarde o temprano encontrarán tiempo para la enfermedad". *(Edward Stanley)*

04

INTRODUCCIÓN



04

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual de transformación de los sistemas sanitarios y de búsqueda de estrategias sostenibles frente a la creciente carga de enfermedades crónicas, el ejercicio físico se consolida como una herramienta transversal, costo-efectiva y de alto impacto en salud pública.

La salud, tal como fue definida por la Organización Mundial de la Salud en 1948, se entiende como **“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”** (World Health Organization, 1948), lo que amplía el marco de actuación del sistema sanitario hacia una visión positiva y holística. En este contexto, se hace necesaria la implementación de un sistema de indicación y prescripción de ejercicio físico en Extremadura, como eje estratégico para mejorar la salud de su población y reforzar la equidad territorial en el acceso a servicios de salud.

En los últimos años, **la investigación biomédica ha avanzado en la identificación de los principales rasgos biológicos que definen un organismo sano**, entendiendo la salud como la capacidad de mantener la homeostasis, integrar circuitos fisiológicos, responder al estrés y regenerarse de forma eficiente. Estos atributos, conocidos como **Hallmarks of health** por López-Otín & Kroemer (2021), han sido sistematizados como un compendio de procesos fundamentales que sustentan el estado saludable del organismo.

La evidencia científica más reciente demuestra que **el ejercicio físico, especialmente cuando se practica de forma regular y con intensidad moderada, genera efectos beneficiosos sobre la mayoría de estos rasgos distintivos de la salud**. En la revisión publicada por Qiu et al. (2023), anterior a la propuesta de incorporar la adaptación psicosocial

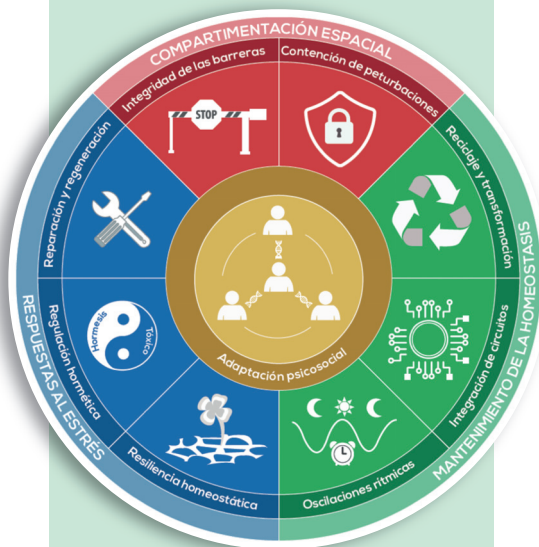


Figura 1. Representación de los nueve rasgos biológicos y psicosociales que caracterizan un organismo sano agrupados en los tres principales grupos de rasgos: compartimentación espacial, mantenimiento de la homeostasis, respuesta al estrés. Fuente: traducido y adaptado de López-Otín & Kroemer (2021). Licencia CC BY 4.0.

como noveno rasgo (López-Otín & Kroemer, 2024), se describen efectos positivos del ejercicio sobre la integridad de barreras biológicas, la resiliencia homeostática, la regeneración tisular y la modulación de diversos mecanismos adaptativos. Sin embargo, una amplia literatura independiente ha documentado también los efectos del ejercicio sobre dimensiones psicosociales —como la reducción del estrés, la mejora de la salud mental y el fortalecimiento de la cohesión social— que constituyen la base del nuevo rasgo. Estos efectos psicosociales del ejercicio cuentan con un importante respaldo científico, desde metaanálisis sobre salud mental y plasticidad cerebral (Szuhany et al., 2015), hasta el posicionamiento de consenso del Colegio Americano de Medicina del Deporte (en adelante ACSM por sus siglas en inglés: *American College of Sports Medicine*) en población mayor (Chodzko-Zajko et al., 2009) y revisiones recientes que evidencian su impacto en la función física, la autonomía personal y el bienestar durante el envejecimiento (Valenzuela et al., 2023). Además, esta dimensión se encuentra estrechamente relacionada con los ocho rasgos previamente descritos, lo que sugiere que los hallazgos de la revisión de Qiu et al. (2023) podrían estar indirectamente vinculados con ella. En conjunto, estos resultados refuerzan la idea de que **el ejercicio actúa como una intervención integral con capacidad para mejorar y mantener el estado de salud desde una perspectiva biopsicosocial**.



Figura 2. Efectos del ejercicio físico sobre los rasgos distintivos de la salud.

El ejercicio físico contribuye positivamente al mantenimiento de la homeostasis local, el reciclaje y la renovación, la regulación de múltiples circuitos fisiológicos, la mejora de los ritmos circadianos, la resiliencia, la regulación hormética, la reparación y regeneración, y la protección de las barreras biológicas. **Fuente: elaboración propia inspirada en Qiu et al. (2023).** El artículo original se publica bajo **Licencia CC BY-NC-ND 4.0**.

Este documento introduce los fundamentos, la evidencia científica y los modelos de referencia que sustentan la necesidad de implementar un sistema de indicación y prescripción de ejercicio físico en la Comunidad Autónoma de Extremadura, como estrategia para reforzar la equidad territorial y garantizar un acceso justo, sostenible y basado en la ciencia a programas de ejercicio físico orientados a la salud.

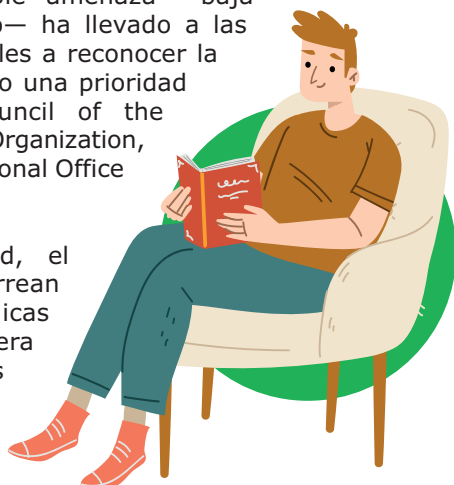
EL SEDENTARISMO Y LA INACTIVIDAD FÍSICA: DESAFÍOS GLOBALES DE SALUD PÚBLICA

La inactividad física y el sedentarismo son dos de los principales determinantes de enfermedad y mortalidad en el siglo XXI, con un impacto equiparable al tabaquismo u obesidad. Su elevada prevalencia en Extremadura genera la necesidad de situar la promoción del ejercicio físico como prioridad de salud y de equidad social.

La inactividad física y el comportamiento sedentario se han consolidado como dos de los principales determinantes negativos de salud pública en el siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que ambos factores contribuyen de forma significativa a la carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT), tales como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2, diversos tipos de cáncer, y patologías musculoesqueléticas y mentales. **La OMS estima que la inactividad física es responsable de aproximadamente 5 millones de muertes anuales evitables a nivel global, equiparándola a factores como el tabaquismo o la obesidad** (Lee et al., 2012; World Health Organization, 2020). Esta situación se agrava en contextos socioeconómicos vulnerables, donde las barreras estructurales, ambientales y culturales limitan el acceso a oportunidades de movimiento saludable (Bauman et al., 2012; Pratt et al., 2012).

El comportamiento sedentario —definido como cualquier actividad en estado de vigilia con un gasto energético $\leq 1,5$ METs, como permanecer sentado, reclinado o tumbado— constituye un factor de riesgo independiente y complementario a la inactividad física, asociado a un mayor riesgo de múltiples enfermedades crónicas y de mortalidad prematura, incluso entre personas que cumplen con los niveles recomendados de actividad física moderada-vigorosa (Díaz et al., 2017; Ekelund et al., 2016; Patterson et al., 2018). Esta doble amenaza —baja actividad y exceso de sedentarismo— ha llevado a las principales instituciones internacionales a reconocer la promoción de la actividad física como una prioridad estratégica de salud pública (Council of the European Union, 2013; World Health Organization, 2018; World Health Organization Regional Office for Europe, 2015).

Además de su impacto en salud, el sedentarismo y la obesidad acarrearán consecuencias sociales y económicas significativas: se estima que genera costes globales superiores a los 50.000 millones de dólares anuales



en gasto sanitario y pérdida de productividad (Cecchini & Vuik, 2019; Ding et al., 2016) y que en Europa ocasiona más de 8 millones de jornadas laborales perdidas cada año (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018). Estos efectos no se distribuyen de manera homogénea, ya que afectan con mayor intensidad a poblaciones con menor nivel educativo o ingresos más bajos, lo que refuerza su consideración como un problema estrechamente vinculado a las desigualdades sociales en salud.

EL MODELO SALUTOGÉNICO Y LA CONDICIÓN FÍSICA COMO PIEDRA ANGULAR DE LA SALUD

Desde la perspectiva salutogénica, el ejercicio físico no solo previene enfermedades, sino que fortalece la resiliencia, mejora la condición física y promueve la salud integral. La capacidad cardiorrespiratoria y la fuerza muscular se reconocen hoy como auténticos signos vitales de longevidad y calidad de vida.

Desde el paradigma salutogénico (Antonovsky, 1979), centrado en los factores que generan la salud y en la capacidad de adaptación frente a las adversidades, la actividad física regular —y **especialmente el ejercicio físico estructurado y supervisado**— **se consolidan como intervenciones clave para fomentar la resiliencia, mejorar la funcionalidad física y mental y reducir la carga asistencial del sistema sanitario**. Este enfoque subraya el papel proactivo de las personas, los entornos y las políticas públicas en la generación de salud, más allá de la simple prevención de la enfermedad (Eriksson & Lindström, 2008).

El ejercicio físico no se limita a la prevención primaria, sino que cumple funciones críticas en los niveles secundario y terciario, especialmente en enfermedades cardiovasculares, metabólicas, musculoesqueléticas y neurodegenerativas (Pedersen & Saltin, 2015). Su valor ha sido reconocido por sociedades científicas internacionales como la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association, AHA), la ACSM o la Red Española de Investigación en Ejercicio Físico y Salud (EXERNET), e incorporado en múltiples guías clínicas (Liguori et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Entre los factores que explican la relevancia del ejercicio como herramienta sanitaria, destaca la condición física —concretamente la capacidad cardiorrespiratoria (Vo_2 máx) y la fuerza muscular— como uno de los predictores más sólidos de salud global y longevidad. Numerosos estudios prospectivos han demostrado que niveles bajos de condición física se asocian con mayor riesgo de mortalidad por todas las causas, enfermedades cardiovasculares, cáncer y deterioro funcional, incluso por encima de factores tradicionales como el tabaquismo, la hipertensión o la obesidad (Kodama et al., 2009; Ortega et al., 2008; Ross et al., 2016).

La capacidad cardiorrespiratoria se ha propuesto incluso como un “signo vital clínico” por su valor predictivo y su potencial de mejora mediante intervenciones de ejercicio aeróbico (Brawner et al., 2021). Del mismo modo, la fuerza muscular —particularmente la fuerza de prensión manual y la de los músculos extensores del tren inferior— se ha asociado de manera independiente con menor riesgo de hospitalización, caídas, discapacidad y mortalidad (Celis-Morales et al., 2018; García-Hermoso et al., 2018).

En este sentido, el desarrollo de programas de ejercicio físico orientados a la mejora específica de la condición física no debe considerarse un resultado secundario, sino un objetivo clínico y poblacional prioritario en salud pública, especialmente en grupos de riesgo, personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas. Promover la condición física como marcador de salud contribuye, además, a reducir desigualdades, ya que se trata de un factor altamente modificable mediante intervenciones accesibles, seguras y costo-efectivas.

EVIDENCIA FISIOLÓGICA Y BENEFICIOS CLÍNICOS DEL EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico activa la liberación de sustancias bioactivas —las exerquinas— que actúan sobre múltiples órganos y sistemas, favoreciendo la regeneración, la reparación y el mantenimiento de la salud. Más allá de aumentar la actividad física y reducir el sedentarismo, su indicación y prescripción constituyen una intervención de primera línea, eficaz y segura, frente a enfermedades crónicas y para mejorar la calidad de vida y aumentar la longevidad.

En la última década, se ha consolidado una **nueva visión del ejercicio físico como un potente regulador molecular, capaz de inducir en diferentes tejidos corporales la liberación de moléculas bioactivas denominadas exerquinas**. Este término engloba a los factores liberados por el músculo esquelético y otros tejidos en respuesta tanto al ejercicio agudo como al entrenamiento crónico, definidos como señales bioactivas que ejercen efectos a través de vías endocrinas, paracrinas y autocrinas, regulando procesos adaptativos sistémicos vinculados al metabolismo, la inflamación y la homeostasis global (Chow et al., 2022; Safdar et al., 2016; Zhou et al., 2024). Estas sustancias, producidas principalmente por el músculo esquelético, pero también por otros órganos como el tejido adiposo, el hígado, el corazón o el hueso, desempeñan funciones de señalización con distintos alcances tisulares y orgánicos que influyen de forma sistémica sobre múltiples órganos y sistemas (Pedersen & Febbraio, 2008). Entre ellas destacan las miocinas como la interleucina-6, la irisina, el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF, por sus siglas en inglés) o la miostatina, así como péptidos, metabolitos y ARN no codificantes, con efectos antiinflamatorios, neuroprotectores, osteogénicos, lipolíticos, inmunomoduladores y antitumorales (Hoffmann & Weigert, 2017; Hojman et al., 2018; Pedersen & Febbraio, 2012; Whitham & Febbraio, 2016).

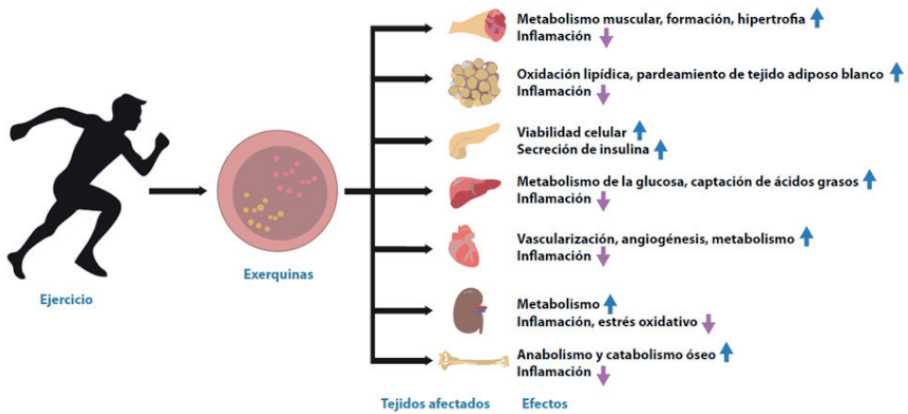


Figura 3. Efectos de las exerquinas liberadas durante el ejercicio físico, con impacto positivo en el metabolismo muscular, adiposo, vascular y óseo entre otros, así como en la regulación inflamatoria y del estrés oxidativo. Fuente: traducido y adaptado de Zhou et al. (2024). Exploring exercise-driven exerkines: unraveling the regulation of metabolism and inflammation. PeerJ, 12, e17267. <https://doi.org/10.7717/peerj.17267>. Licencia CC BY 4.0.

Este complejo sistema de señalización convierte al ejercicio en una interfaz crítica entre la actividad y el ejercicio físico con la homeostasis corporal, y explica en parte los beneficios observados sobre patologías tan diversas como la resistencia a la insulina, la depresión, la osteoporosis, la sarcopenia, el cáncer o las enfermedades neurodegenerativas (Delezie & Handschin, 2018; Ruegsegger & Booth, 2018). Por ejemplo, la IL-6 en contexto agudo de ejercicio estimula respuestas antiinflamatorias; la irisina favorece la conversión de tejido adiposo blanco en marrón y mejora el metabolismo glucémico; el BDNF promueve plasticidad cerebral y función cognitiva; y la reducción de la miostatina facilita el mantenimiento de la masa muscular (Petersen & Pedersen, 2005; Hojman et al., 2018; Szuhany et al., 2015; Qiu et al., 2023). Este modelo molecular, comúnmente conocido como **“el músculo en movimiento”**, subraya que el ejercicio **no solo contribuye a prevenir enfermedades, sino que activa mecanismos endógenos de regeneración, reparación y mantenimiento de la salud**, actuando de forma sistémica y segura sobre múltiples órganos y funciones (Hojman et al., 2018).

Más allá de los mecanismos moleculares asociados al ejercicio físico, la evidencia acumulada demuestra que este genera efectos clínicamente relevantes en una amplia variedad de enfermedades crónicas. La revisión de referencia de Pedersen & Saltin (2015) sintetiza beneficios constatados en al menos 26 condiciones distintas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, musculoesqueléticas, neurológicas y oncológicas. A ello se suma la evidencia aportada por Booth et al. (2012) y Ruegsegger & Booth (2018) **que documentan cómo la inactividad física constituye un factor de riesgo central en la génesis de múltiples enfermedades y cómo el ejercicio debe considerarse**

una intervención de primera línea para mejorar la salud y la longevidad. Este recorrido de evidencias se remonta incluso a los estudios pioneros de Morris & Raffle (1954), quienes observaron mayores tasas de enfermedad coronaria en los conductores sedentarios de autobuses londinenses en comparación con los cobradores más activos, estableciendo uno de los primeros vínculos epidemiológicos entre sedentarismo y salud cardiovascular. Además, la prescripción individualizada de ejercicio físico ha mostrado efectos de gran impacto clínico en colectivos específicos: mejora del control metabólico en diabetes tipo 2, reducción de síntomas depresivos y de ansiedad, ralentización del deterioro funcional o cognitivo y aumento de la autonomía (Chodzko-Zajko et al., 2009; Grande et al., 2014; Smart et al., 2015). Del mismo modo, en enfermedades como cáncer, EPOC, cardiopatías o Parkinson, el ejercicio se ha consolidado como un recurso eficaz para mejorar el bienestar, reducir las caídas y hospitalizaciones, así como optimizar la calidad de vida (Gremeaux et al., 2012; Sherrington et al., 2019).

En este contexto, **minimizar el tiempo sedentario y aumentar los niveles generales de actividad física son pasos fundamentales que aportan beneficios significativos para la salud.** No obstante, la evidencia científica indica que los mayores beneficios se alcanzan cuando estos hábitos se complementan con programas de ejercicio físico estructurado, orientados a la mejora de la condición física como marcador esencial de salud y longevidad. Estos programas deben diseñarse y aplicarse en función de las características individuales —edad, estado de salud, capacidades funcionales y preferencias—, lo que garantiza intervenciones más eficaces, seguras y sostenibles. Esta dimensión cobra especial relevancia en personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas, personas con discapacidad, en situación de dependencia o con riesgo de fragilidad, donde el ejercicio físico ha demostrado mejorar la función física y la autonomía, y debería considerarse una intervención de primera línea para mantener el estado de salud y la calidad de vida, al mismo nivel que la alimentación o la medicación (Valenzuela et al., 2023; World Health Organization, 2020).

Por todo ello, la implementación de estructuras estables de acceso al ejercicio físico con respaldo profesional —como las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF)— no solo representa un avance en equidad sanitaria, sino que responde a una obligación ética y de salud pública, alineada con el modelo de atención centrado en la persona, la reducción de desigualdades y el envejecimiento activo (World Health Organization Regional Office for Europe, 2015; WHO Europe, 2018a).



EXPERIENCIAS INSTITUCIONALES, MODELOS INTERNACIONALES Y OPORTUNIDAD PARA EXTREMADURA

Los países y regiones que han integrado la prescripción de ejercicio físico en sus sistemas sanitarios muestran mejoras en adherencia, satisfacción y resultados en salud. Extremadura, con altos niveles de cronicidad y dispersión territorial, tiene la oportunidad de implantar un modelo propio que conecte sanidad, deporte (ejercicio) y comunidad en beneficio de toda la población.

Una de las estrategias internacionales más influyentes en la integración del ejercicio en la práctica clínica es la iniciativa ***Exercise is Medicine*** (EIM, El Ejercicio es Medicina), impulsada por la ACSM en colaboración con entidades médicas globales. Este movimiento **promueve la incorporación sistemática del ejercicio físico en la historia clínica, la valoración de la condición física como un signo vital, y la derivación directa desde los profesionales sanitarios a programas estructurados de ejercicio supervisado** (Liguori et al., 2022; Sallis, 2015).

En el contexto europeo, destacan programas como el *Prescription d'Activité Physique Adaptée* también conocido como Prescr'Forme en Francia, el *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF)*, o los *Exercise Referral Schemes* (ERS) del Reino Unido, pioneros en establecer modelos institucionalizados de prescripción y derivación con criterios de elegibilidad, coordinación intersectorial y evaluación estandarizada (Morgan et al., 2016; Pavey et al., 2011). Estas estrategias han demostrado mejoras en la adherencia, la satisfacción del usuario y los resultados en salud, especialmente cuando se integran en redes locales de servicios de salud, deporte y comunidad.

La OMS Europa, a través de su red HEPA Europe (*Health-Enhancing Physical Activity Network*, Red Europea de Actividad Física Saludable), ha recopilado y difundido una amplia serie de **buenas prácticas para la implementación de programas de ejercicio físico** con impacto poblacional (Bull et al., 2014). Entre sus recomendaciones estratégicas destacan:

- ✓ **Integrar la actividad física en todos los niveles de atención sanitaria.**
- ✓ **Establecer circuitos estables de derivación y seguimiento, con formación específica para profesionales de salud y deporte.**
- ✓ **Implementar sistemas de monitoreo, evaluación y sostenibilidad, con enfoque basado en resultados y reducción de desigualdades.**

Asimismo, la *Directrices de la Unión Europea sobre Actividad Física* (European Commisison, 2008) y la *Recomendación del Consejo de la Unión Europea sobre la actividad física para promoción de la salud* (Council of the European Union, 2013) instan a los Estados miembros a establecer políticas nacionales de prescripción y promoción del ejercicio físico, con estructuras de gobernanza multisectorial, participación comunitaria y enfoque en población vulnerable.

Estas experiencias internacionales constituyen modelos de referencia aplicables al contexto de Extremadura, especialmente si se articulan con redes municipales, profesionales formados, herramientas digitales interoperables y entornos inclusivos que reduzcan barreras geográficas o sociales.

Uno de los principales retos identificados en la literatura científica y en la evaluación de experiencias internacionales es la fragmentación operativa entre el sistema sanitario y el sistema físico-deportivo. A pesar del creciente consenso sobre la efectividad del ejercicio físico como herramienta de salud pública, persiste una desconexión estructural en los circuitos de derivación, lo que se traduce en baja implementación práctica, escasa adherencia y dificultad para asegurar la continuidad de la atención (Heath et al., 2012; Milton et al., 2020). Este "gap funcional" se debe a múltiples factores: falta de protocolos compartidos, insuficiente formación transversal entre profesionales sanitarios y del ejercicio, escasa interoperabilidad de sistemas de información, ausencia de unidades coordinadoras y marcos de gobernanza compartidos (Milton et al., 2020). Como resultado, muchas prescripciones de actividad física quedan sin ejecución efectiva, y las intervenciones carecen de seguimiento clínico, lo que limita su impacto y sostenibilidad.



En contraste, los modelos integrados de prescripción, derivación y seguimiento han demostrado ser más eficaces que las intervenciones aisladas. Ejemplos relevantes son los **Exercise Referral Hubs en Escocia**, las **Healthy Living Pharmacies en Inglaterra** —como espacios comunitarios de promoción de la salud con potencial para incorporar la actividad física—, o las **redes locales integradas en Finlandia y los Países Bajos**, donde la coordinación entre atención sanitaria, deporte y comunidad ha permitido mejorar la accesibilidad, la adherencia y la eficiencia del sistema (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018). Estos modelos suelen compartir componentes clave:

- ✓ **Evaluación estandarizada de la condición física y riesgos clínicos.**
- ✓ **Derivación estructurada desde atención primaria o especializada.**
- ✓ **Recepción comunitaria por profesionales cualificados en ejercicio físico.**
- ✓ **Seguimiento con retroalimentación médica y/o digital.**
- ✓ **Evaluación de resultados en salud y satisfacción del usuario.**

Por todo ello, adoptar una estructura operativa con estas características es esencial para garantizar la efectividad y sostenibilidad de cualquier plan autónomo de prescripción de ejercicio físico. En este sentido, el **I Plan Extremeño de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico** se concibe como una respuesta estratégica que **se alinea con el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Componente 26: Deporte y salud)**, **con la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención del SNS y con los principios de la OMS y HEPA Europe**, consolidando así un marco institucional sólido y coherente para Extremadura.



05

MARCO ESTRATÉGICO Y NORMATIVO



05

MARCO ESTRATÉGICO Y NORMATIVO

A nivel internacional, el presente Plan se alinea con las **Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**, así como con el **Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018–2030: Más personas activas para un mundo más sano**. Del mismo modo, responde a los compromisos adquiridos en la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas*, en particular al *Objetivo de Desarrollo Sostenible 3* (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), además de otros ODS relacionados con la equidad, la reducción de desigualdades y la sostenibilidad de las comunidades.

En el ámbito nacional, se integra en la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**, aprobada en el marco del Consejo Interterritorial, y en la **Estrategia de Abordaje de la Cronicidad**. Además, se enmarca en la *Resolución de 4 de julio de 2022, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes (BOE-A-2022-11933)*, por la que se aprueba el Acuerdo de la Conferencia Sectorial de Deporte que fija la distribución territorial de los créditos del *Componente 26 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) de la Unión Europea*. Este acuerdo estableció como meta obligatoria para todas las Comunidades Autónomas la elaboración y aprobación de un plan de indicación y prescripción de ejercicio físico, como estrategia común frente al sedentarismo y la inactividad física.

Finalmente, a nivel regional, este documento se articula con el **Plan de Salud de Extremadura 2021–2028**, aprobado por la Junta de Extremadura el 21 de julio de 2021, y con los **Planes Integrales de Salud** que se desarrollan en la Comunidad Autónoma. En particular, guarda estrecha relación con la **Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura 2017–2022** y con la **Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura**. Todas ellas sitúan al ejercicio físico y a la promoción de estilos de vida activos como elementos esenciales para mejorar la salud y reducir las desigualdades en la población extremeña.

El Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 es un instrumento de primer orden para la política sanitaria en Extremadura, al orientar y establecer las principales directrices que deben llevarse a cabo para la mejora de la salud de la población extremeña. A lo largo de sus diferentes Áreas de Intervención, el Plan de Salud de Extremadura recoge medidas y actuaciones para potenciar el ejercicio físico como un pilar fundamental en la promoción de la salud y de estilos de vida saludables en todas las etapas de la vida, así como en la prevención de los problemas de salud más prevalentes dentro de la sociedad extremeña. La sociedad da un alto valor a la salud y demanda una respuesta conjunta, coordinada e integrada de intervenciones efectivas, eficientes y mantenidas en el tiempo, no solo del sector sanitario. El Plan prioriza el trabajo y la coordinación intersectorial para alcanzar una mayor efectividad y garantizar las condiciones necesarias para promover óptimamente la salud de la población, siendo imprescindible la acción coordinada y la cooperación de otros sectores.

Los Planes Integrales para los problemas de salud más prevalentes en la sociedad extremeña (**Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares de Extremadura -PIECC-, Plan Integral del Cáncer de Extremadura -PICA-, Plan Integral de Diabetes de Extremadura -PIDIA-**), enmarcados en el Plan de Salud de Extremadura, potencian actuaciones de promoción de la salud y de prevención de aquellos factores de riesgo que contribuyen al mantenimiento de estos procesos como más prevalentes. La concienciación a la ciudadanía para prevenir estas enfermedades, la mejora del diagnóstico y tratamiento de los principales factores de riesgo, con especial esfuerzo en las actividades de promoción de la alimentación saludable y el ejercicio físico, desde corta edad y en colaboración estrecha con la administración educativa, en el marco de los programas y actividades de Educación para la Salud, especialmente frente a la obesidad, forman parte del marco estratégico en el que se instala este documento.

A nivel nacional, y en concordancia con la atención prioritaria a la población infanto-juvenil, este documento incorpora las directrices del **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030**. Dicho plan refuerza la pertinencia de las actuaciones aquí recogidas, específicamente a través de su medida 102, que establece la necesidad de **"desarrollar la prescripción de actividad física, deporte y estilos de vida saludables dirigidas a la infancia y la adolescencia"**. Esta medida identifica la prescripción como parte esencial de la prevención y el tratamiento del exceso de peso, subrayando que debe realizarse "en coordinación con recursos deportivos y de ocio activo locales", premisa que fundamenta el modelo de derivación de este Plan.

Por otro lado, en 2013 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS**, con el objetivo de ganar salud y prevenir enfermedades, lesiones y discapacidad. En este marco, el **Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor**,

aprobado el 11 de junio de 2014, recogió por primera vez de manera específica toda la evidencia existente sobre el abordaje de la fragilidad y las caídas. Posteriormente, en 2022, se publicó una actualización de dicho documento, en la que se señala que, como resultado de la valoración geriátrica integral, debe diseñarse un plan individualizado de intervención, terapéutico y de cuidados, elaborado de forma participada con la persona, que incluya al menos la indicación de ejercicio físico multicomponente, recomendaciones nutricionales y revisión de la medicación. Adicionalmente, dentro del **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria**, se elaboró en diciembre de 2025 el **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027**.

La línea 4 de este plan contempla, entre sus objetivos prioritarios, la implantación de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS, entre las que destacan la **Estrategia de Abordaje de la Cronicidad y la mencionada Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención**.

En esta misma línea, la **Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura (espaPEC)** presenta como Objetivo General *“Aumentar el nivel de salud de la población a fin de prevenir y retrasar la aparición de las enfermedades crónicas, así como proporcionar autonomía personal mediante la promoción de hábitos saludables centrados en: la alimentación, ejercicio físico, ocio, salud mental positiva, prevención de hábitos tóxicos y exposición a agentes nocivos”*. Este objetivo se pretende desarrollar a través de la realización de actividades de promoción de la salud y prevención a todos los niveles y en todos los entornos (ámbito educativo, sanitario y local).

Por último, y como soporte fundamental para la implementación del Plan Extremeño de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico, la **Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura** cuyo objetivo general es *“Promover, por los equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la salud comunitaria en sus zonas de salud.”* debe ser destacada como una de las herramientas de planificación estratégica con mayor potencial de contribución a la implementación de los procesos de prescripción y derivación de personas físicamente inactivas desde el sistema sanitario hasta los recursos disponibles en la comunidad.

En cuanto al marco legal, el presente documento viene definido por las siguientes normas:

La Constitución Española de 1978 dio un paso clave en el camino de la mejora de la salud de la población al reconocer en su artículo 43 el derecho a su protección, encomendando para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El artículo 43.1 de la Constitución Española, incluido en los principios rectores de la política social y económica, reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la tutela de la salud pública mediante medidas preventivas y prestaciones y servicios necesarios, y el fomento de la educación física y el deporte y del uso del ocio.

El Estatuto de Autonomía de Extremadura atribuye a la Comunidad Autónoma las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de salud pública, y posteriormente, también lo hace la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En desarrollo de estas disposiciones constitucionales, el artículo 9.1.46 del Estatuto de Autonomía de Extremadura, en su redacción dada por la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, atribuye a la Comunidad Autónoma de Extremadura la competencia exclusiva en materia de deporte, así como en la promoción, regulación y planificación de actividades y equipamientos deportivos y otras actividades de ocio. En ejercicio de tales competencias, la Asamblea de Extremadura aprobó la Ley 2/1995, de 6 de abril, del Deporte de Extremadura. Esta norma constituye el marco jurídico básico en la materia, estableciendo los principios generales de la política deportiva autonómica, la ordenación de las actividades físico-deportivas y el régimen aplicable a las instalaciones y entidades deportivas. Asimismo, dedica una atención específica a la regulación de las profesiones vinculadas al deporte, considerando como tales a los educadores físico-deportivos, monitores, entrenadores, preparadores físicos y directores deportivos, a los que atribuye competencias en ámbitos como la planificación, dirección y evaluación de programas de actividad física, la enseñanza y perfeccionamiento técnico de modalidades deportivas, la preparación física para la salud y el rendimiento, así como la gestión y dirección de entidades e instalaciones deportivas. De este modo, la Ley establece un marco de cualificación y responsabilidad que garantiza tanto la calidad del servicio como la protección de la salud y la seguridad de la ciudadanía.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece, en su artículo 6, las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias, entre las que se recogen la promoción de la salud y garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas. En su artículo 70 y siguientes prevé la aprobación de planes de salud por parte del Estado y de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Ley 2/1995, de 6 de abril, del Deporte de Extremadura establece el marco general por el que debe desarrollarse la actividad física y deportiva en nuestra Comunidad Autónoma. Esta disposición exige la obligación de «estar en posesión de la correspondiente titulación» tanto a los educadores que dirijan la práctica de la actividad física y deportiva en los centros

docentes extremeños –artículo 49–, como a las personas que realicen actividades de enseñanza, dirección, gestión, entrenamiento o animación de carácter físico-deportiva en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura –artículo 53–.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura constituye el Sistema Sanitario Público de Extremadura como el conjunto de recursos, de actividades y de prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, funcionan de forma coordinada y ordenada, siendo desarrollados por organizaciones y personas públicas en el territorio de la Comunidad, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la asistencia sanitaria, la rehabilitación funcional y la reincorporación social del paciente.

Tras la promulgación de la citada Ley de Salud, se consagra el Plan de Salud como el instrumento estratégico de planificación y coordinación de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Sanitario Público de Extremadura, a fin de garantizar que las funciones de este se desarrollen de manera ordenada, eficiente y efectiva.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de este en la reducción de las desigualdades en salud. Establece, en su artículo 11, entre las prestaciones de salud pública, la promoción de la salud, a través de programas intersectoriales y transversales y la prevención de las enfermedades, discapacidades y lesiones.

La Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, de la Comunidad Autónoma de Extremadura garantiza el derecho a la protección de la salud con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e intimidad consagrados constitucionalmente, y el principio de autonomía de la voluntad del paciente, en un marco que potencie la participación activa de la ciudadanía, de los profesionales y de las instituciones sanitarias para la consecución de una mejora continua en la atención sanitaria.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27 recoge la integración del principio de igualdad en la política de salud (garantizando la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres en los objetivos y actuaciones de política de salud) y la perspectiva de género (integrando en la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas de salud, las distintas necesidades de mujeres y hombres, y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente). Esta

Ley Orgánica modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, e introduce un nuevo apartado 4 en su artículo 3, en el que las políticas, estrategias y programas de salud deben integrar activamente en sus objetivos y actuaciones dicho principio, sin discriminaciones derivadas de diferencias físicas o estereotipos sociales asociados.

La Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura, que tiene por objeto regular las actuaciones y servicios en materia de salud pública que se desarrollen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas en sus respectivos ámbitos competenciales.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, cuyo objeto es dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española, tiene como objetivo principal, obtener el máximo nivel de salud posible de la población, dando respuestas a los problemas de salud colectiva, que consiguen mitigar los perjuicios de las enfermedades y permiten que se pueda recobrar la salud y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas.

La Ley 39/2022 del Deporte recoge, en su artículo 2, el reconocimiento de la actividad física y el deporte como derecho de toda la ciudadanía. De esta forma, la actuación de los poderes públicos en esta materia debe girar en torno al respeto y el ejercicio de este derecho, y el contenido de esta ley se orienta a su garantía y a su disfrute pleno y eficaz. En este artículo 2 se recoge específicamente que la Administración General del Estado elaborará y ejecutará sus políticas públicas en esta materia de manera que el acceso de la ciudadanía a la práctica deportiva se realice en igualdad de condiciones y de oportunidades, prestando una especial importancia a la promoción de la actividad física y el deporte en las primeras etapas de la vida, que influye positivamente en la salud en todas las etapas vitales posteriores. Específicamente, esta ley centra su atención en la protección de la salud en diversos planos, contribuyendo a desarrollar la conexión entre deporte y salud desde la perspectiva preventiva, a través del fomento y la visibilidad, también en el alto nivel y el alto rendimiento, de comportamientos saludables.

Ley 15/2015, de 16 de abril, por la que se ordena el ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura regula los aspectos esenciales del ejercicio de determinadas profesiones del deporte, reconociendo expresamente cuáles son estas profesiones, determinando la forma de acreditar las cualificaciones necesarias para ejercerlas y atribuyendo a cada profesión el ámbito funcional específico que le corresponde. Asimismo, pretende garantizar el derecho de quienes soliciten la prestación de servicios deportivos que se presten aplicando conocimientos específicos y técnicas que fomenten una práctica deportiva saludable, que eviten situaciones que perjudiquen la seguridad del consumidor o que puedan menoscabar la salud, la integridad física o la vida de los destinatarios.

Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura (BOE de 6 de mayo de 2015) que establece en su artículo 31, relativo a las Prestaciones Garantizadas en los Servicios Sociales de Atención Especializada, que entre dichas prestaciones se incluye la prevención de las situaciones de dependencia, la promoción de la autonomía personal y el envejecimiento activo. Su finalidad es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y los servicios de salud de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas de envejecimiento activo, iniciativas preventivas frente a la dependencia y actividades de rehabilitación, dirigidas especialmente a las personas mayores y a las personas con discapacidad.

En coherencia con lo anterior, el **Decreto 35/2023, de 19 de abril**, por el que se aprueba el **Catálogo del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Extremadura** (DOE de 11 de mayo de 2023), refuerza este enfoque al establecer en su denominación 2.2.1.3 el **Servicio de prevención de situaciones de dependencia**, en el nivel de atención social especializada. Este servicio tiene como finalidad **prevenir la aparición o el agravamiento del grado de dependencia y de las enfermedades o discapacidades asociadas**, desarrollándose de manera coordinada entre los sistemas de servicios sociales y de salud, a través de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas preventivos específicos y actividades de rehabilitación. Está dirigido principalmente a **personas mayores, personas con discapacidad y aquellas que atraviesan procesos de hospitalización complejos**, configurándose como una prestación garantizada dentro del sistema.

Del mismo modo, el Catálogo recoge en su denominación 2.2.1.12 los Programas de Envejecimiento Activo, también en el nivel de atención social especializada. Estos programas son diseñados, desarrollados y evaluados desde los servicios centrales del SEPAD, en coordinación con las gerencias territoriales, y se vinculan expresamente al paradigma de Envejecimiento Activo definido por la OMS en 2001, entendido como *"el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen"*.

El Decreto 174/2019, de 12 de noviembre, aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley 15/2015, de 16 de abril, por la que se ordena el ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura, así como el Código Deontológico aplicable a quienes las desempeñan. Este Reglamento regula de manera detallada aspectos esenciales como los requisitos de cualificación y formación, la acreditación obligatoria en materia de primeros auxilios y las condiciones de seguridad exigibles para el ejercicio profesional, con el objetivo de garantizar la protección de las personas usuarias y la calidad de los servicios deportivos. Asimismo, la norma reconoce y regula de manera expresa las profesiones del deporte en el ámbito autonómico, entre las que se incluyen: **profesor o profesora de Educación Física, monitor o monitora deportivo/a, entrenador o entrenadora, preparador o preparadora física y director o directora**

deportiva, estableciendo para cada una de ellas sus competencias específicas en materia de planificación, dirección, enseñanza, preparación física, gestión y seguridad en instalaciones y actividades deportivas.

El Decreto 47/2023, de 10 de mayo, aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura. En su artículo 9 se especifican las funciones asistenciales, de cuidados y de atención a la persona usuaria de la Atención Primaria de Salud (APS), entre las que se encuentra la indicación y prescripción de procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios. Adicionalmente, en su artículo 10 recoge las funciones de salud pública y salud comunitaria, entre las que se incluyen las actividades en materia de protección y promoción de la salud, educación para la salud, prevención de la enfermedad y salud comunitaria. El primer nivel de modelo de atención primaria orientado a la comunidad (abordado en el citado decreto) incluye el abordaje biopsicosocial y la recomendación de recursos comunitarios en el proceso de atención a la persona usuaria de la APS. En este contexto, la indicación y prescripción de ejercicio físico se configura como una herramienta clave para la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas, así como para la mejora de la calidad de vida. Su integración en la práctica asistencial de la APS responde plenamente a las funciones de promoción de la salud y de orientación comunitaria que fundamentan este decreto.

En conjunto, este marco estratégico y normativo ofrece la base jurídica y rectora necesaria para el desarrollo del Plan Extremeño de Indicación y Prescripción de Ejercicio Físico. La articulación de referencias internacionales, nacionales y autonómicas evidencia la alineación del presente Plan con los compromisos adquiridos en materia de salud pública, equidad y sostenibilidad, garantizando que la indicación y prescripción del ejercicio físico se consoliden como una herramienta eficaz, segura y reconocida para la mejora de la salud de la población extremeña.



De manera complementaria, el presente Plan se alinea con los horizontes definidos por la **Estrategia de Transformación Digital de Extremadura (2024–2027)**, cuyo propósito es modernizar los servicios públicos, impulsar la equidad territorial en el acceso a la tecnología y aprovechar la innovación digital para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía. El PEIPEF no puede ser ajeno a este contexto, dado que la digitalización constituye un elemento imprescindible para garantizar su despliegue efectivo, al facilitar los flujos de información entre el sistema sanitario, el sistema deportivo y los recursos comunitarios. Esta alineación asegura que la indicación y prescripción de ejercicio físico en Extremadura se desarrolle en un entorno más ágil, coordinado y sostenible, reforzando la coherencia del Plan con los procesos de transición digital que la Comunidad Autónoma está impulsando.

06

DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN



06

DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN

METODOLOGÍA DE TRABAJO



El Plan Extremeño de Indicación y Prescripción de Ejercicio Físico se ha elaborado mediante un proceso estructurado y progresivo, basado en la revisión de la evidencia científica, el análisis comparado de planes autonómicos ya publicados y la consulta de marcos normativos vigentes a nivel internacional, nacional y regional. La metodología ha combinado fases de análisis documental, recogida y tratamiento de datos estadísticos oficiales, redacción técnica y validación por parte de un comité

intersectorial. Este enfoque garantiza la coherencia institucional, la alineación con la normativa aplicable y el rigor científico del documento.

GOBERNANZA Y AGENTES IMPLICADOS

El proceso de diseño y redacción del PEIPEF ha contado con la implicación de distintas instituciones de la Junta de Extremadura y entidades colaboradoras. En particular, han participado la Consejería de Salud y Servicios Sociales, la Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes —a través de la Fundación Jóvenes y Deporte y la Dirección General de Jóvenes y Deportes—, así como profesionales de los ámbitos sanitario, sociosanitario, físico-deportivo y académico. La gobernanza del plan se ha basado en la coordinación intersectorial y en el principio de corresponsabilidad, con el fin de asegurar una visión integrada de la promoción de la salud mediante la actividad física.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y REFERENCIAS UTILIZADAS

La elaboración del PEIPEF se ha sustentado en un conjunto amplio de fuentes oficiales, estadísticas y científicas que garantizan la solidez del diagnóstico y la coherencia de las propuestas de acción.

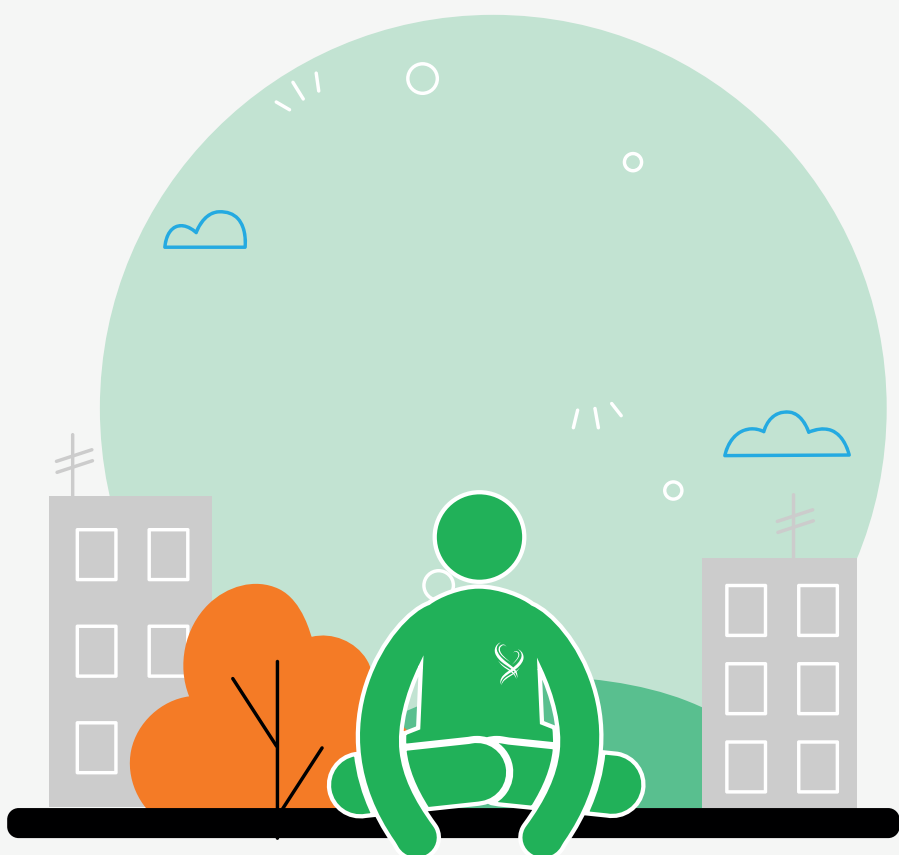
En el ámbito **demográfico y epidemiológico** se han empleado principalmente datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), del Ministerio de Sanidad y del *Global Burden of Disease* (IHME), que aportan información actualizada sobre envejecimiento, esperanza de vida, dependencia y carga de enfermedad. Para el análisis de los **hábitos de actividad física y sedentarismo**, se han considerado la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), el Eurobarómetro sobre Deporte y Actividad Física (2022), el Estudio PASOS (Fundación Gasol, 2022), el Estudio ALADINO (AESAN, 2019) y la Global Matrix 4.0 con su Report Card española (2022, 2024). En el plano **infraestructural y comunitario**, se han consultado el IV Censo Nacional de Instalaciones Deportivas (CSD, 2010), la documentación de programas autonómicos (Dinamización Deportiva, El Ejercicio Te Cuida, JUDEX, PROADES, JEDES, Programas de Salud Pública frente a la Obesidad Infantil), así como la Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura y la plataforma LOCALIZA Salud. En el ámbito **digital**, las principales fuentes han sido la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de TIC en los Hogares (INE, 2023–2024), la Estrategia de Transformación Digital de Extremadura 2027 (ETDE27), los indicadores de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC), el informe *Competencias Digitales 23* (ONTSI, 2023) y el proyecto REDigitalEX (2023–2025).

Junto a estas fuentes estadísticas e institucionales, el plan se apoya en una revisión bibliográfica, que combina trabajos clásicos y estudios recientes de alto impacto. Entre ellos destacan los aportes conceptuales sobre salutogénesis y condición física como marcador de salud (Antonovsky, 1979; Ortega et al., 2008; Kodama et al., 2009; Ross et al., 2016), revisiones sobre los efectos del ejercicio en enfermedades crónicas (Pedersen & Saltin, 2015; Booth et al., 2012), consensos internacionales (ACSM, AHA, NICE, OMS, Unión Europea) y estudios sobre adherencia y efectividad de programas de derivación (Pavey et al., 2011; Morgan et al., 2016; Milton et al., 2020). La evidencia más reciente ha permitido incorporar hallazgos sobre mecanismos fisiológicos y moleculares del ejercicio (Chow et al., 2022; Qiu et al., 2023; López-Otín & Kroemer, 2021, 2024; Valenzuela et al., 2023) y sobre su impacto en función cognitiva, envejecimiento y fragilidad (Szuhany et al., 2015; Sherrington et al., 2019; Grande et al., 2014).

En conjunto, estas referencias ofrecen un marco sólido, actualizado y multidimensional que respalda tanto el análisis de situación como las líneas estratégicas y acciones planteadas en el PEIPEF.

07

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



07

**MISIÓN,
VISIÓN Y VALORES****MISIÓN**

Consolidar un modelo de colaboración estable entre los sistemas sanitario, sociosanitario y físico-deportivo en Extremadura, orientado a la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida de la población mediante la indicación y prescripción del ejercicio físico como herramienta de prevención, mejora del estado de salud y bienestar integral. **Esta misión se concreta en seis líneas estratégicas que articulan objetivos y acciones orientados a su implantación efectiva en todo el territorio.**

**VISIÓN**

Construir una Extremadura activa y saludable, donde toda persona tenga acceso equitativo, continuado y seguro a recursos de ejercicio físico de calidad, orientados al bienestar individual y colectivo a lo largo de todo el ciclo vital. **Esta visión se refleja en metas concretas de cobertura, calidad, seguridad, resultados en salud y equidad territorial que guían el despliegue de las líneas estratégicas del Plan.**



VALORES

Inspirados en principios de las estrategias en salud, gobernanza participativa y equidad social, estos valores definen el marco ético y operativo del plan:

- 1. Equidad y justicia territorial.** Garantizar el acceso a programas de ejercicio físico adaptados a la realidad demográfica, geográfica y social de Extremadura, con especial atención al medio rural y poblaciones vulnerables.
- 2. Integralidad e intersectorialidad.** Consolidar la colaboración estable entre los sistemas de salud, deporte, servicios sociales, educación, entidades locales y ciudadanía.
- 3. Empoderamiento de la ciudadanía.** Promover la corresponsabilidad, la alfabetización en salud y la autonomía de las personas para integrar la actividad física en su vida cotidiana.
- 4. Calidad, rigor científico y seguridad.** Impulsar intervenciones basadas en evidencia, diseñadas y aplicadas por profesionales cualificados conforme a la normativa extremeña y nacional.
- 5. Sostenibilidad e innovación.** Desarrollar un modelo eficiente, escalable, digitalmente soportado y alineado con la transformación del sistema de salud y del deporte hacia la promoción de la salud y la prevención y manejo de la enfermedad.
- 6. Vida activa en todas las etapas.** Reconocer la actividad y el ejercicio físico como factores de salud desde la infancia hasta la vejez, articulando itinerarios personalizados según necesidades, capacidades y circunstancias.
- 7. Participación comunitaria.** Fomentar el protagonismo de la comunidad local, el voluntariado, el asociacionismo y el tejido deportivo como agentes activos de cambio.

Estos valores inspiran y orientan las seis líneas estratégicas del PEIPEF, garantizando que cada objetivo y acción responda de manera coherente a los principios de equidad, integralidad, empoderamiento, calidad, sostenibilidad, ciclo vital y participación comunitaria.

08

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN



CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Durante el último medio siglo, Extremadura ha experimentado, al igual que otras regiones europeas, una **profunda transición demográfica marcada por el descenso de las tasas de natalidad y mortalidad, que ha derivado en un progresivo envejecimiento poblacional**. Este proceso se ha visto acentuado en la región por la emigración de población joven durante la segunda mitad del siglo XX, lo que ha contribuido a una pérdida neta de habitantes y a un perfil poblacional más envejecido y dependiente.

La Figura 4 muestra la evolución de la pirámide poblacional en España entre 1974 y 2024, donde se observa claramente el estrechamiento de la base (descenso de nacimientos) y el ensanchamiento de los tramos superiores (incremento de la población mayor de 65 años). La pirámide correspondiente a Extremadura en 2024 refleja un patrón aún más acusado: aproximadamente **el 22,4 % de la población tiene 65 años o más, frente al 20,4 % del promedio nacional**. Esta diferencia anticipa desafíos significativos en términos de sostenibilidad socioeconómica y demanda de servicios sanitarios y sociales.

Pirámides demográficas

Evolución en España (1974–2024) y detalle de Extremadura (2024)

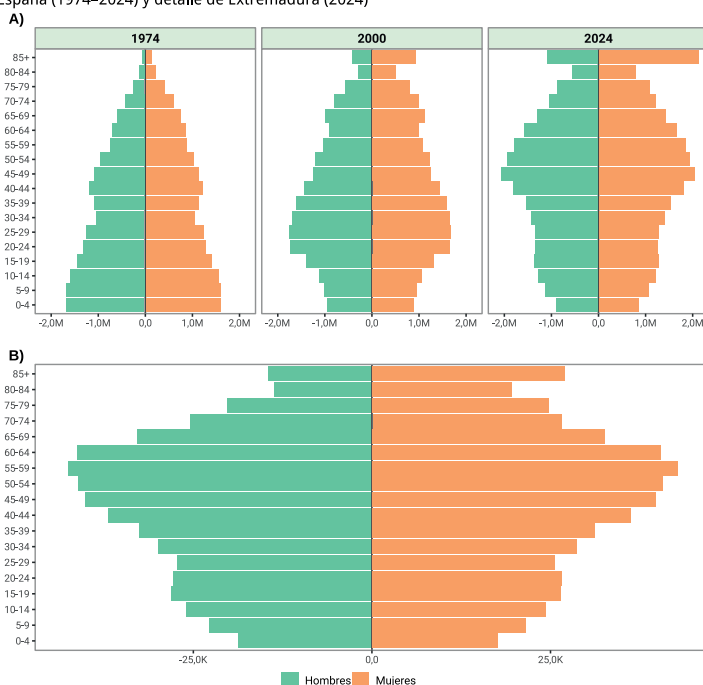


Figura 4. Pirámides poblacionales de España (1974, 2000 y 2024) y de Extremadura (2024). A) Evolución de la pirámide poblacional en España, comparando los años 1974, 2000 y 2024. B) Pirámide poblacional de Extremadura en 2024. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), *Estadística Continua de Población (serie 1971–2024)*. Última actualización: 2024. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981

La evolución de la esperanza de vida al nacer y de la esperanza de vida en buena salud (EVBS) refleja una mejora sostenida en las últimas décadas. Según los resultados publicados por el Instituto Nacional de Estadística, **la esperanza de vida en España alcanzó en 2023 los 83 años, mientras que en Extremadura se situó en torno a los 82,5 años**, mostrando así una tendencia paralela con valores muy próximos en ambos territorios. La Figura 5 muestra la evolución de la esperanza de vida al nacer, tanto en el conjunto de la población como desagregada por sexo, mientras que la Figura 6 recoge la EVBS al nacer y a diferentes edades. En ambos casos se aprecia un incremento sostenido de la longevidad acompañado de un aumento en los años vividos en buena salud, con ligeras diferencias territoriales entre Extremadura y el promedio nacional.

Esperanza de vida al nacer

Evolución en Extremadura y España (1975–2023)

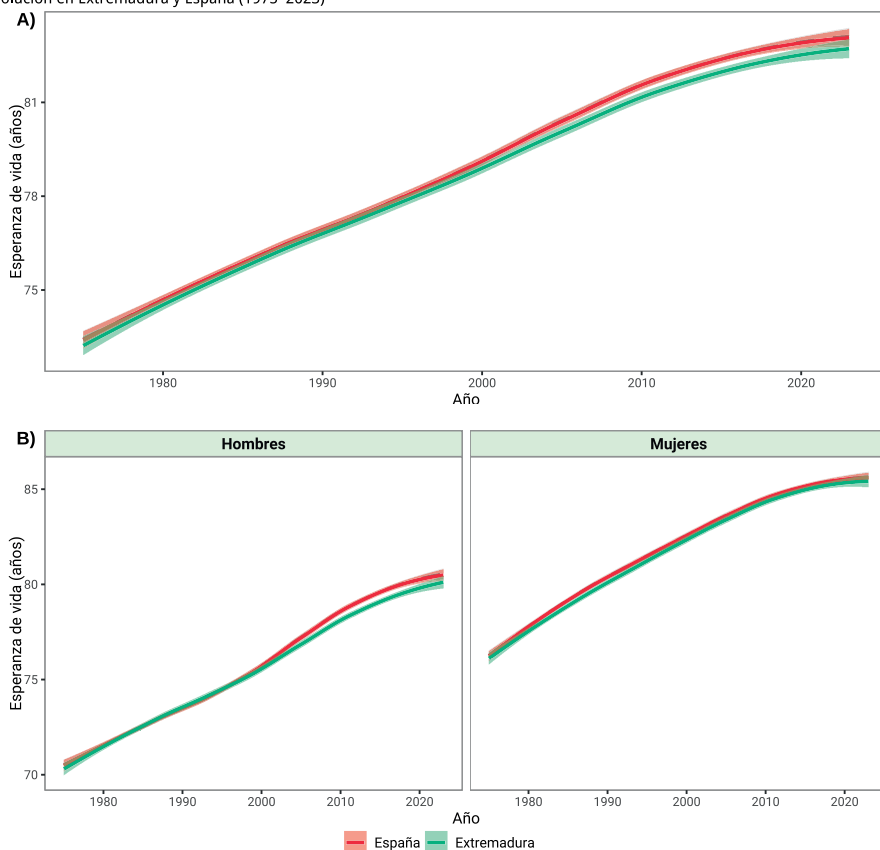


Figura 5. Evolución de la esperanza de vida al nacer en España y Extremadura (1975–2023). A) Comparativa de la esperanza de vida al nacer en España y en Extremadura. B) Diferenciación por sexo en ambos territorios. **Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Indicadores de Mortalidad, Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma y según sexo (serie 1975–2023).** Última actualización: 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1448>

En conjunto, Extremadura ha seguido una evolución paralela a la media nacional en esperanza de vida total, aunque siempre con valores ligeramente inferiores. Sin embargo, **los indicadores más recientes del Sistema Nacional de Salud (2006–2022) muestran que la comunidad ha experimentado una ganancia (EVBS) superior a la media española**, situándola en segunda posición nacional, solo por detrás de Castilla y León. Esta diferencia no se aprecia en las figuras incluidas, elaboradas a partir de la encuesta EDAD-INE 2008, pero sí refleja la tendencia más actual registrada en los informes oficiales del Ministerio de Sanidad.

Esperanza de vida en buena salud

Comparación España – Extremadura por edad y sexo (2008)

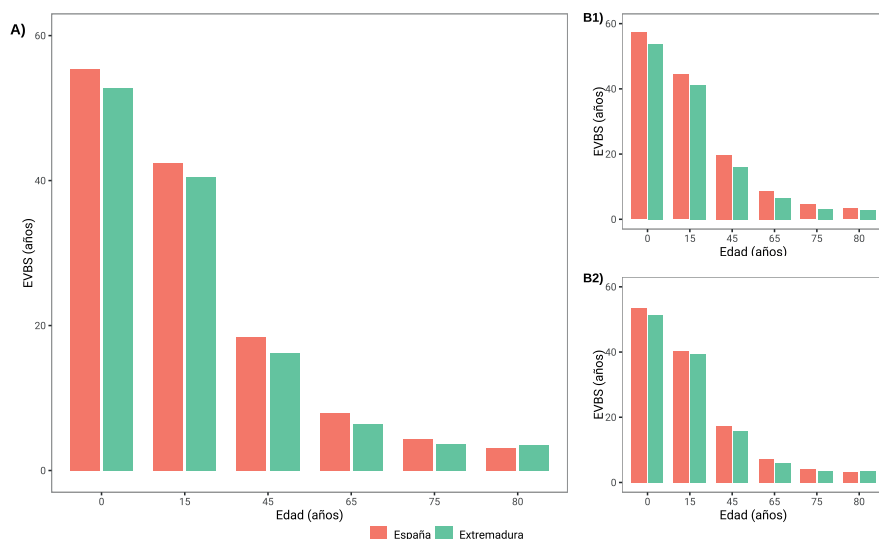


Figura 6. Esperanza de vida en buena salud (EVBS) en España y Extremadura (2008). A) Comparativa de la EVBS en España y Extremadura a diferentes edades. B1) Diferenciación por sexo: hombres en ambos territorios. B2) Diferenciación por sexo: mujeres en ambos territorios. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), apartado "Esperanzas de vida en salud". Última actualización: 2008. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&men u=resultados&idp=1254735573175

Por otro lado, la evolución de la tasa de natalidad en Extremadura muestra, paralelamente al comportamiento del resto de regiones y ciudades autónomas, un descenso continuado en las dos últimas décadas, en línea con la tendencia nacional. La Figura 7 refleja cómo este comportamiento, aunque parejo al del resto de territorios, se sitúa en todo momento por debajo del valor correspondiente al total nacional. En Extremadura, la tasa pasó de **9,2 nacidos por mil habitantes en 2002 a 6,4 en 2023**, lo que

supone una caída cercana al **35 %** en el periodo analizado. Conviene destacar que el **máximo reciente se alcanzó en 2008 (9,8 nacidos por mil habitantes)**, tras lo cual se inició un descenso acelerado en consonancia con la tendencia estatal. Este retroceso compromete el recambio generacional y, en combinación con el incremento de la esperanza de vida, contribuye al perfil de una población progresivamente más envejecida y dependiente.

De este modo, Extremadura ocupa la 10.^a posición entre las comunidades y ciudades autónomas en tasa de natalidad, mostrando en 2023 valores muy similares a la media nacional (6,61 nacidos/1.000 habitantes). Cabe destacar que dicho promedio nacional ha registrado una caída superior al 40 % desde 2008, un retroceso mayor incluso que el experimentado por la comunidad extremeña. En consecuencia, la falta de recambio generacional se consolida, junto al envejecimiento, como uno de los problemas demográficos más graves que afronta el país.

Tasa de natalidad

Evolución de la tasa de natalidad en España por comunidades y ciudades autónomas (2002-2023)

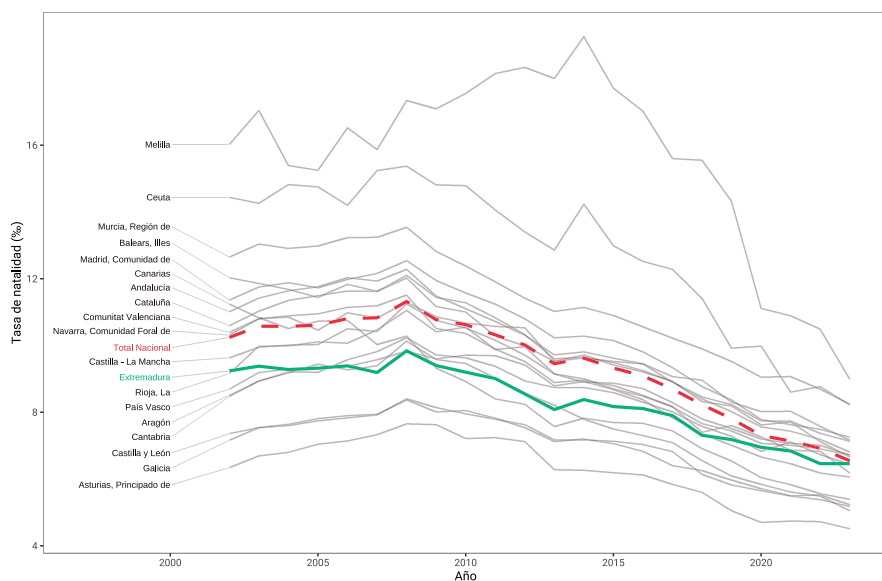


Figura 7. Evolución de la tasa de natalidad en España por comunidades autónomas (2002-2023). Comparativa de la tasa de natalidad (‰) en el conjunto de España y en cada comunidad autónoma, destacando la serie correspondiente a Extremadura y al total nacional. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), **Movimiento Natural de la Población (MNP)**. Última actualización: 2023. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&me nu=resultados&idp=1254735573002.

Estos cambios asociados a la transición demográfica tienen un reflejo directo en las proyecciones de población. De acuerdo con las estimaciones publicadas por el INE en sus Proyecciones de Población 2022–2074, **la proporción de personas de 65 años o más aumentaría desde el 20,4 % actual hasta alrededor del 30,5 % en 2055**. Este doble proceso de menor reemplazo generacional y mayor longevidad condiciona la estructura demográfica, dando lugar a un crecimiento sostenido de la tasa de dependencia.

En el caso de Extremadura, las proyecciones apuntan a un **incremento cercano al 20 % en los próximos quince años**, lo que situaría a la región en 2039 entre las comunidades autónomas con mayor dependencia demográfica, pasando de la séptima a la tercera posición.

Esta evolución se refleja también en la **tasa de dependencia**, que mide la proporción de personas de 65 años o más en relación con la población potencialmente activa (15–64 años). Según las proyecciones del INE, en Extremadura este indicador pasará de valores en torno al **37 % en 2024 a superar el 50 % en 2040**, mientras que en el conjunto de España crecerá del 33 % al 43 % aproximadamente Figura 8.

Evolución de la tasa de dependencia en España

Comparación de las proyecciones: Extremadura frente al promedio nacional (2024–2040)

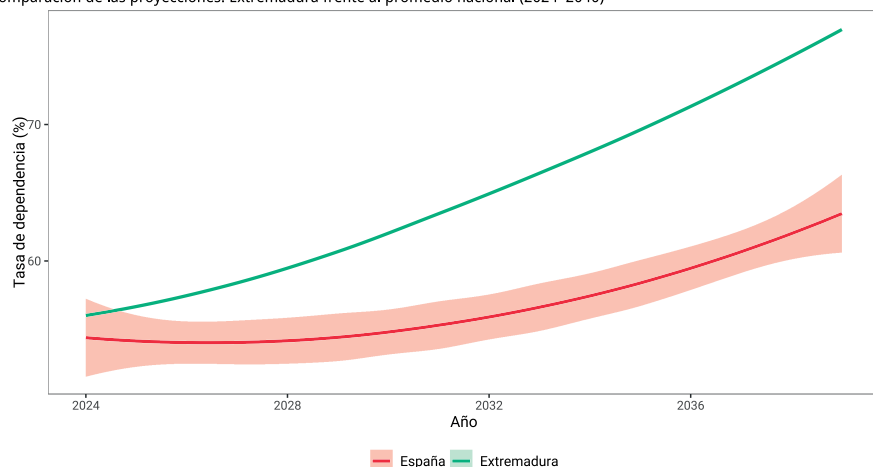


Figura 8. Proyección de la tasa de dependencia en España y Extremadura (2024–2040). Comparativa de la tasa de dependencia (%) en España y en Extremadura, según las proyecciones demográficas del INE. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), *Proyecciones de Población 2022–2074*. Última actualización: 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=36712&L=0>

En síntesis, Extremadura presenta un perfil demográfico caracterizado por un envejecimiento muy acusado. En 2024 la edad media de la población se situaba en **45,8 años**, con valores especialmente elevados en Cáceres (47,4). Más de **235.000 personas tienen 65 años o más** (22,4 % del total), de las cuales unas **75.000 superan los 80 años**, lo que supone un aumento del 65 % desde el año 2000. Este patrón se refleja en indicadores estructurales como el **índice de dependencia de mayores** (37,3 %, frente al 33,5 % nacional) y el **índice de reemplazo de población activa** (67,1 %, muy inferior al 81,8 % estatal), que anticipan una pérdida progresiva de capacidad de relevo generacional y una mayor presión sobre los sistemas sanitarios y sociales en la región.

Estos resultados anticipan un **escenario de fuerte presión sobre el sistema sociosanitario y la sostenibilidad económica regional**, especialmente en Extremadura, donde el envejecimiento y la dependencia avanzan a mayor velocidad que en el conjunto del país.



En el ámbito de la carga de enfermedad se observa un claro proceso de transición epidemiológica, en el que las ENT han ido desplazando a las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales como principales causas de mortalidad a lo largo de las últimas décadas. La Figura 9 refleja esta evolución en el mundo, en Europa y en España, donde se aprecia un incremento sostenido del peso de las enfermedades crónicas en la mortalidad global. En términos comparativos, el porcentaje de muertes atribuibles a ENT ha pasado en el mundo de 60,3 % en 1991 a 68,0 % en 2021, en Europa de algo más del 70 % a inicios de los noventa a 72,8 % en 2021, y en España de 72,4 % a 77,4 % en el mismo periodo, consolidando así un patrón en el que las condiciones crónicas de salud constituyen la principal causa de mortalidad.

Causas de mortalidad por grupos (Nivel 1)

Evolución de la mortalidad asociada a los grandes grupos de causas. Evolución (1991-2021; Global - Europa - España)

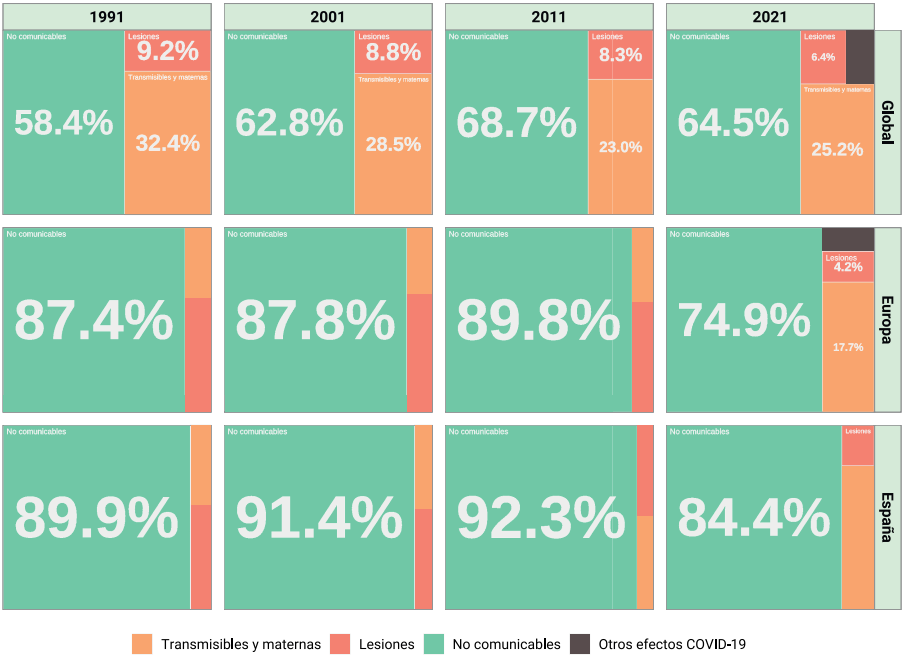
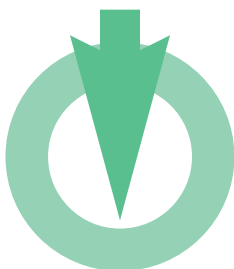


Figura 9. Evolución de la mortalidad por grandes grupos de causas (1991–2021). Comparación de la mortalidad atribuida a enfermedades transmisibles y maternas, lesiones y enfermedades no transmisibles en el ámbito global, europeo y en España. **Fuente: elaboración propia a partir de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Study.** Source: IHME. Used with permission. All rights reserved. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Según el *Global Burden of Disease Study 2021*, casi el **85 % de la carga de enfermedad en España** se asoció a las ENT, medida a través de los **años de vida ajustados por discapacidad (AVAD/AVISA)**. Este indicador combina los **años perdidos por muerte prematura (APMP)** y los **años vividos con discapacidad (AVD)**, permitiendo valorar de forma conjunta el impacto de la mortalidad y la morbilidad. En 2019, antes de la irrupción de la pandemia de COVID-19, este porcentaje era aún mayor, cercano al **90 %**, lo que refleja el peso estructural de las enfermedades crónicas en nuestro país.

Entre las principales causas destacan las **neoplasias y las enfermedades cardiovasculares**, que por sí solas representan alrededor de un tercio de la carga total, junto con los **trastornos mentales, musculoesqueléticos y neurológicos**. La distribución presenta diferencias por sexo: en los hombres predominan las **enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y ciertos tumores**, mientras que en las mujeres sobresalen los **trastornos mentales, musculoesqueléticos y la demencia**. Asimismo, varía según la edad: en menores de 50 años la mayor carga procede de los **trastornos mentales y musculoesqueléticos**; entre 50 y 69 años predominan las **neoplasias**; y a partir de los 70 años destacan las **enfermedades cardiovasculares y otras crónicas** asociadas a estilos de vida no saludables (consumo de tabaco y alcohol, mala alimentación, exceso de peso, baja actividad física y sedentarismo).

La Figura 10 muestra una fotografía actual de la mortalidad por grandes grupos de causas en 2021, desagregada por sexo en las principales regiones del mundo. **En Europa y América, las ENT concentran más del 70 %** de las muertes tanto en hombres como en mujeres, mientras que en África siguen predominando las enfermedades transmisibles y maternas, con más del 50 % de los fallecimientos, especialmente entre la población masculina. En Asia se observa una situación intermedia, con un peso mayoritario de las ENT, pero todavía con un porcentaje relevante de mortalidad atribuible a causas transmisibles. En términos cuantitativos, destacan la carga relativa de las enfermedades transmisibles en hombres africanos (51,1 %) y el predominio de las ENT en mujeres europeas (77,4 %), lo que refleja las desigualdades existentes en la transición epidemiológica global.



Mortalidad asociada a los principales grupos por regiones globales (2021)

Hombres vs Mujeres — muertes por 100.000 habitantes, apilado por causa

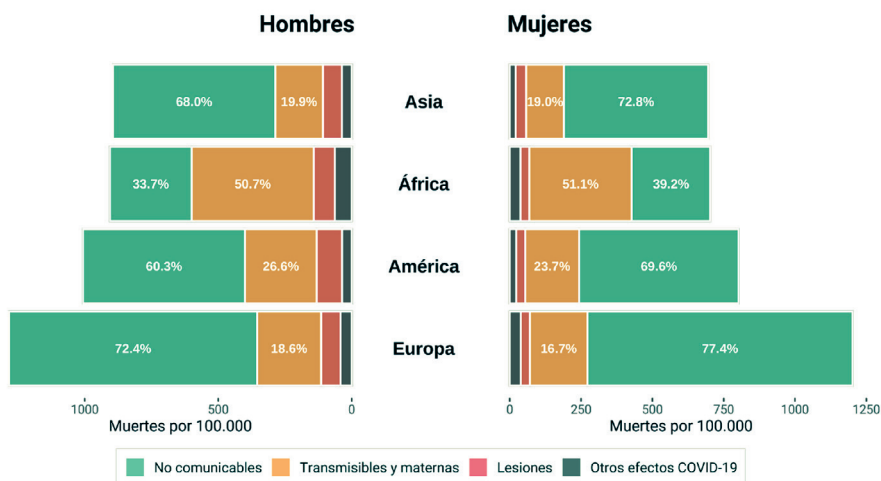


Figura 10. Distribución de la mortalidad por grandes grupos de causas en las cuatro regiones principales del mundo, por sexo (2021). Comparación de la mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles, transmisibles y maternas, lesiones y efectos asociados a COVID-19 en hombres y mujeres. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Study. Source: IHME. Used with permission. All rights reserved. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

En el caso de España y, en particular, de Extremadura, la prevalencia de enfermedades crónicas constituye un elemento clave para comprender la situación epidemiológica actual. Según los resultados publicados por el Ministerio de Sanidad en el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020–2021* (actualización 2023, a partir de los indicadores derivados de la ENSE), la Figura 11 recoge la proporción de población afectada por algunas de las principales patologías, como cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, obesidad, hipertensión arterial y obesidad infantil, comparando los resultados regionales con la media nacional y otras comunidades autónomas. En términos cuantitativos, se observa que Extremadura presenta valores más bajos que el promedio nacional en **cardiopatía isquémica** (2,7 % frente a 3,8 %) y en **EPOC** (1,8 % frente a 3,6 %), mientras que las cifras son muy próximas en **diabetes** (7,5 % frente a 7,6 %) y en **obesidad infantil** (6,7 % frente a 7,1 %). Destacan, por otro lado, las diferencias en **obesidad** y en **hipertensión arterial**, donde Extremadura registra prevalencias **ligeramente superiores en obesidad** (16,3 % frente a 15,2 %) y **notablemente inferiores en hipertensión arterial** (13,6 % frente a 18,7 %), reflejando un patrón heterogéneo que combina indicadores favorables con otros menos diferenciados respecto al conjunto del país.

Prevalencia de enfermedades crónicas

Comparación regional con foco en Extremadura y España

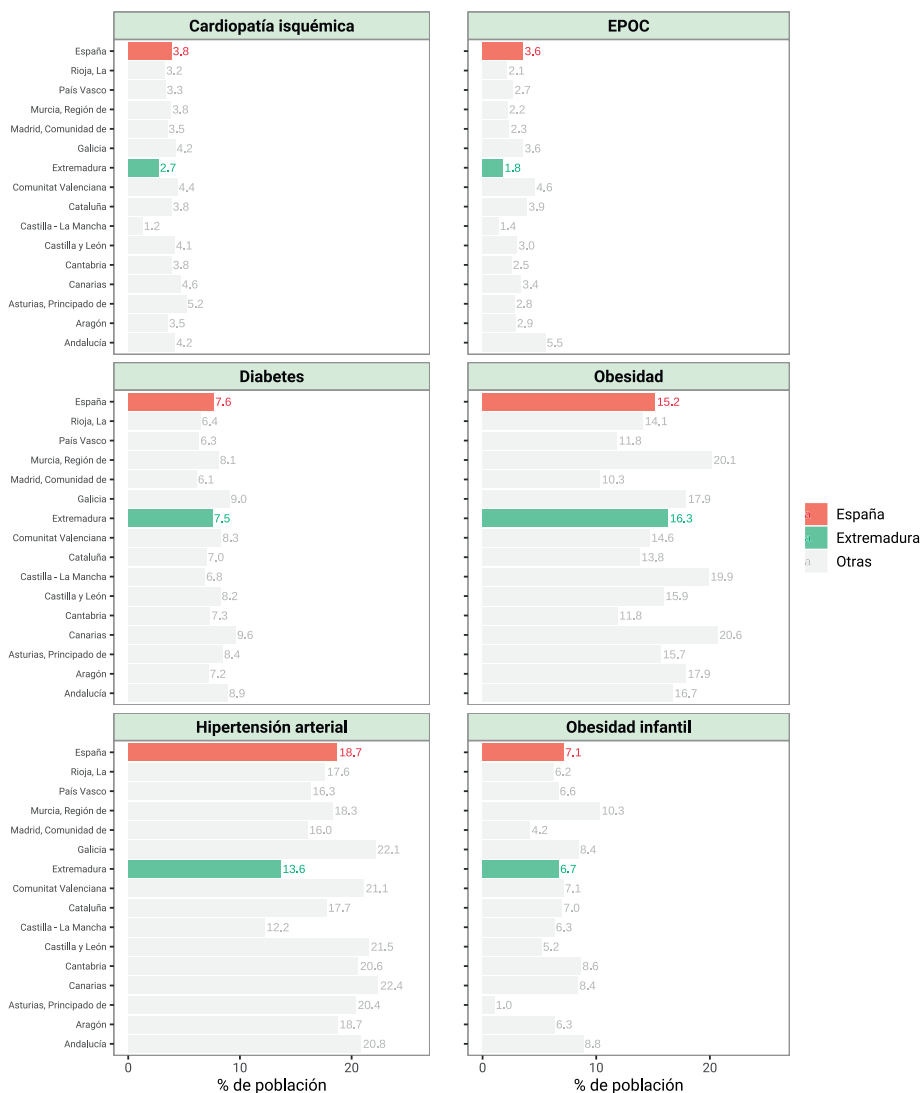


Figura 11. Prevalencia de principales enfermedades crónicas en España y Extremadura. Comparativa de los porcentajes de población con cardiopatía isquémica, EPOC, diabetes, obesidad, hipertensión arterial y obesidad infantil en España, Extremadura y otras comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad (Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, actualización 2023, indicadores de la ENSE). Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>

En conjunto, los datos disponibles confirman que Extremadura se encuentra inmersa en un **doble proceso de transición demográfica y epidemiológica**. Desde el año 2000, la población mayor de 65 años ha aumentado en más de **34.000 personas**, alcanzando en 2024 a **235.953 extremeños y extremeñas (22,4 % del total)**, de los cuales más de **74.000 superan los 80 años**. Paralelamente, el *Global Burden of Disease 2021* estima que casi el **85 % de la carga de enfermedad en España** se debe a patologías no transmisibles, con especial protagonismo de las **neoplasias, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales, musculoesqueléticos y neurológicos**. Este escenario, en el que coexisten factores de riesgo como la obesidad (16,3 %), la hipertensión (13,6 %) y la diabetes (7,5 %), con determinantes sociales y territoriales que acentúan las desigualdades, plantea un **reto estratégico para la sostenibilidad de los sistemas sanitario y sociosanitario regionales**. La necesidad de reforzar la prevención y promover estilos de vida activos se convierte, por tanto, en una prioridad inaplazable para garantizar la salud y el bienestar de la población extremeña en las próximas décadas.

En síntesis, **el perfil epidemiológico de Extremadura está marcado por una combinación de factores**: el progresivo **envejecimiento demográfico**, la elevada **prevalencia de enfermedades crónicas** y la persistencia de **factores de riesgo modificables** vinculados a los estilos de vida. El Eurobarómetro del Deporte y la Actividad Física 2022 señala que el 58 % de la población española nunca o rara vez realiza ejercicio o practica deporte, con una mayor prevalencia en mujeres (65 %) que en hombres (51 %), un patrón que, dada la estructura demográfica y socioeconómica regional, es previsible que se reproduzca en Extremadura con igual o mayor intensidad. Tal como han señalado análisis previos de situación realizados en la región, estos retos presentan además importantes desigualdades territoriales internas, con mayor intensidad en áreas rurales, y están condicionados por factores sociales como el nivel educativo o la clase social, que influyen en la esperanza de vida en buena salud. Asimismo, aunque este plan centra su atención en la actividad física y el sedentarismo, resulta necesario reconocer que otros determinantes de salud —como el consumo de tabaco, alcohol o una alimentación inadecuada— también contribuyen a la carga de enfermedad en la región. **Este contexto refuerza la importancia de promover un estilo de vida más activo** y constituye el punto de partida del siguiente apartado, dedicado al análisis de los patrones de actividad física y sedentarismo en la población extremeña.



PATRONES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

La inactividad física y el comportamiento sedentario se han consolidado como dos de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que **uno de cada cuatro adultos no alcanza los niveles mínimos recomendados de actividad física y que esta situación es responsable de cerca de cinco millones de muertes anuales evitables** (World Health Organization, 2020). Según el *Global Burden of Disease Study 2019*, la inactividad física se encuentra entre los **diez principales factores de riesgo de mortalidad prematura y discapacidad**, con un impacto especialmente relevante en países de renta alta como España (Murray et al., 2020). Además, esta realidad supone un elevado coste económico y social, estimado en **más de 50.000 millones de dólares anuales a nivel mundial en gasto sanitario directo y pérdida de productividad** (Ding et al., 2016), lo que subraya la relevancia de situar la actividad y ejercicio físico en el centro de las políticas de salud.

En el caso de España, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017) permite disponer de estimaciones específicas sobre sedentarismo en la población. Según los datos disponibles, el **36,4 % de la población de 15 años y más** declara no realizar ejercicio y ocupar su tiempo libre de manera sedentaria. **En Extremadura, este valor asciende al 40,7 %**, lo que sitúa a la región por encima de la media nacional y refleja una marcada diferencia entre sexos: el **34,4 % de los hombres** frente al **46,7 % de las mujeres**.

Si se consideran únicamente **las personas de 15 a 69 años, el indicador desciende de forma notable, situando a la población sedentaria de Extremadura en torno al 29,5 %, frente al 34,7 % de la media nacional**. Esta diferencia entre universos poblacionales (15+ frente a 15–69) explica la existencia de porcentajes dispares en distintos informes y publicaciones, y pone de manifiesto la importancia de precisar el marco muestral al interpretar las cifras. En el caso extremeño, este descenso está estrechamente relacionado con su elevada tasa de dependencia y su condición de la región más envejecida de España, de modo que al excluir a las cohortes de mayor edad —donde el sedentarismo es especialmente prevalente— el porcentaje regional se reduce de forma significativa. **La Figura 12 recoge esta distribución de la población sedentaria en España y Extremadura para el universo de 15 a 69 años**, lo que permite una comparación directa con los niveles de actividad física obtenidos mediante el cuestionario IPAQ, presentados en el siguiente apartado.



Población sedentaria en España

Comparación por comunidades autónomas, con foco en Extremadura

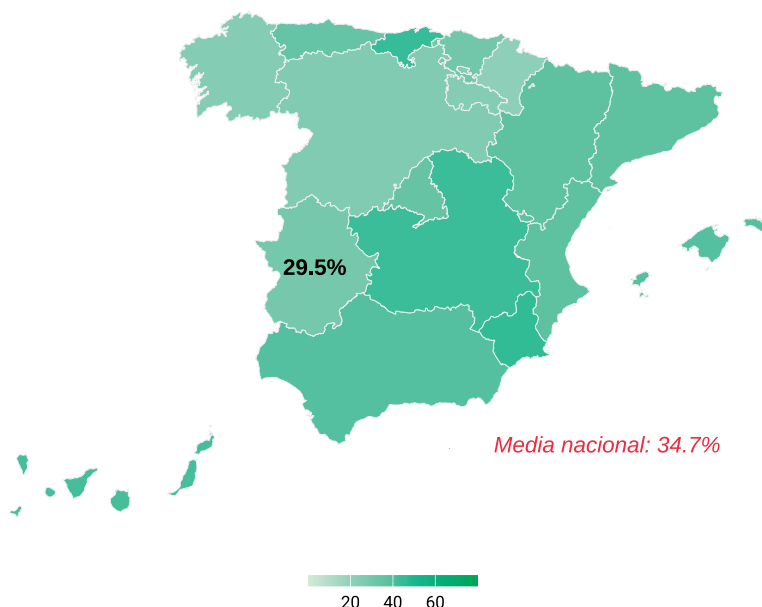


Figura 12. Proporción de personas sedentarias en España y Extremadura (ENSE 2017, población de 15 a 69 años). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Sanidad, Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2017). Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175

La misma ENSE 2017, a través del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), ofrece una aproximación complementaria que permite clasificar de 15 a 69 años en niveles alto, moderado y bajo de práctica de actividad física. Esta perspectiva proporciona una visión más matizada del problema, al no limitarse únicamente a la autodeclaración de sedentarismo en el tiempo libre.

En el conjunto de España, la distribución muestra un predominio de la población en nivel moderado (40,4 %), seguido por el nivel bajo (36,2 %) y el nivel alto (24,3 %). En Extremadura, sin embargo, la situación es más favorable, con un 39,5 % de la población en nivel alto, un 40,7 % en nivel moderado y solo un 18,4 % en nivel bajo, lo que sitúa a la región entre las comunidades con mayor proporción de población físicamente activa (Figura 13).

Nivel de actividad física en la población por CCAA

Distribución porcentual por sexo y nivel de actividad (2021)

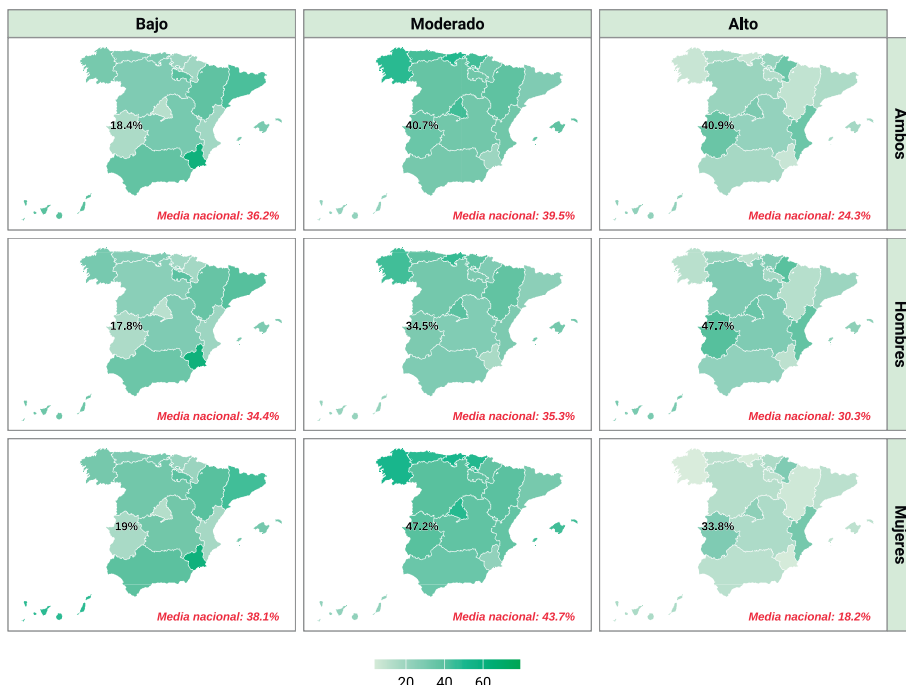


Figura 13. Nivel de actividad física en la población por comunidades autónomas y sexo. Distribución porcentual de la población con niveles bajo, moderado y alto de actividad física (ENSE 2017). Comparativa de Extremadura con la media nacional. **Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Sanidad, Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017), Tabla 3.069.** Última actualización: 2017. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175.

En conjunto, estos resultados sitúan a **Extremadura en una posición más favorable que la media nacional**, al concentrar una mayor proporción de población en los niveles moderado y alto de actividad física y un porcentaje significativamente menor en el nivel bajo. La distribución por sexo confirma esta tendencia, mostrando que **tanto mujeres como hombres extremeños alcanzan valores superiores de práctica en los niveles moderado y alto** respecto al promedio español. Esta situación constituye un punto de partida estratégico para consolidar la promoción de la actividad física en la región, orientando las intervenciones hacia los grupos menos activos y con menor adherencia histórica.

Más allá de la distribución independiente de cada indicador, la comparación simultánea de los datos de sedentarismo declarado y de los niveles de actividad física permite visualizar con mayor claridad la relación entre ambos fenómenos. En general, **las comunidades con mayores porcentajes de población sedentaria son también aquellas en las que se observa una mayor proporción de personas en nivel bajo de actividad física**, mientras que las regiones con menor sedentarismo concentran una proporción más elevada en niveles moderados o altos.

La Figura 14 recoge este análisis combinado para el conjunto de comunidades autónomas, elaborado a partir de los datos de la ENSE 2017 (15–69 años). Para ello se aplicó una medida de asociación lineal entre ambos indicadores, incorporando la ponderación por población autonómica de 2017 como método de ajuste. Este enfoque permite ofrecer una interpretación más robusta de la relación observada, sin pretender constituir un resultado oficial de la encuesta.

Asociación entre sedentarismo y nivel de actividad física

Coefficiente de Spearman ponderado (p_w), con foco en Extremadura y media nacional

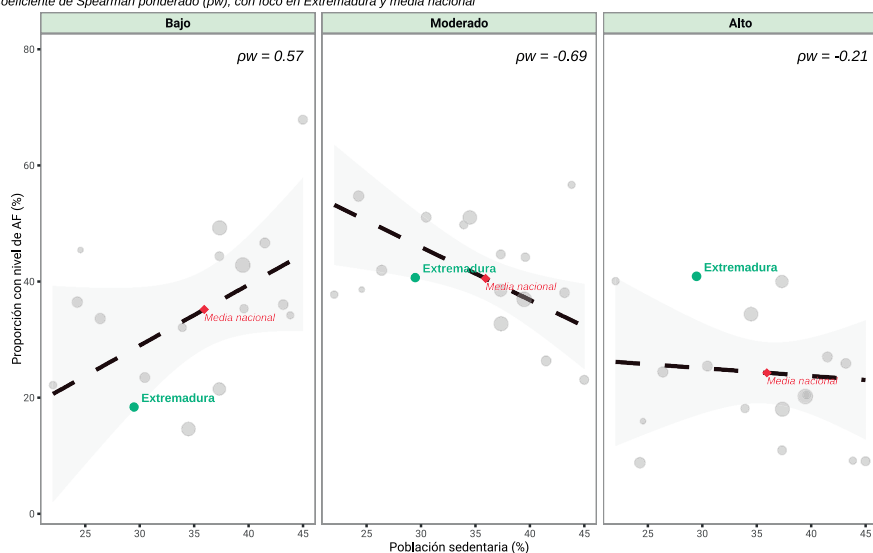


Figura 14. Relación entre nivel de actividad física (IPAQ) y población sedentaria en las comunidades autónomas de España (ENSE 2017, población de 15 a 69 años). La figura muestra la asociación lineal (coeficiente de correlación ponderado de Spearman) entre la proporción de la población físicamente activa en cada nivel de actividad física y la proporción de personas sedentarias, destacando el caso de Extremadura en comparación con la media nacional. **Fuente: elaboración propia a partir de datos combinados de las Figuras 12 y 13 (ENSE 2017, INE y Ministerio de Sanidad).**

Aunque la correlación observada sugiere cierta asociación entre los indicadores de sedentarismo y de práctica física, el análisis por subgrupos demuestra que se trata de fenómenos **parcialmente independientes**. De hecho, existen perfiles diferenciados de población —personas sedentarias pero activas, inactivas pero poco sedentarias, o simultáneamente sedentarias e inactivas— con riesgos cardiometabólicos distintos (Bakrania et al., 2015). Esta evidencia refuerza la necesidad de **abordar de manera complementaria la reducción del sedentarismo y la promoción de la actividad física**, evitando tratarlos como realidades excluyentes.

En este marco comparativo, Extremadura se sitúa en una posición particular: presenta un nivel de sedentarismo algo inferior a la media nacional, pero al mismo tiempo muestra una mayor proporción de población en niveles altos de actividad física. Esta combinación la sitúa en el grupo de comunidades que, aun enfrentando desafíos en determinados segmentos de población, mantienen un perfil relativamente más favorable en la relación entre sedentarismo y práctica de actividad física. Conviene, no obstante, tener en cuenta que este análisis se limita al universo de 15 a 69 años, dejando fuera tanto a la población de mayor edad —donde el sedentarismo es especialmente prevalente— como a los grupos más jóvenes, que serán objeto de análisis específico en epígrafes posteriores y que presentan tasas muy elevadas de inactividad y tiempo sedentario. Esta limitación sugiere que la situación real de Extremadura podría ser menos optimista de lo que refleja la comparativa entre comunidades autónomas, lo que refuerza la urgencia de identificar grupos prioritarios de intervención.

Como se ha señalado anteriormente, la literatura científica confirma que la relación entre tiempo sedentario y práctica de actividad física es compleja y no excluyente, coexistiendo perfiles diversos de población (sedentarios-inactivos, sedentarios-activos, etc.) con riesgos diferenciales para la salud (Bakrania et al., 2015; Ekelund et al., 2016). Además, debe considerarse que los métodos de autoinforme, como los cuestionarios utilizados en la ENSE, tienden a infraestimar el tiempo sedentario frente a mediciones objetivas basadas en acelerometría, lo que limita la validez de las estimaciones poblacionales y refuerza la necesidad de incorporar metodologías tecnológicas de apoyo (Prince et al., 2020).

A nivel europeo, el **Eurobarómetro sobre Deporte y Actividad Física (2022) confirma la magnitud del problema: el 38 % de los ciudadanos de la UE nunca practica deporte ni ejercicio y un 17 % lo hace raramente**. En España estos valores son aún más elevados (44 % y 14 %, respectivamente), lo que significa que casi seis de cada diez adultos se consideran inactivos o poco activos. Aunque no se dispone de resultados específicos para Extremadura, la información nacional permite situar el problema en un marco de persistencia y preocupación creciente. Estas cifras, junto con las derivadas de la ENSE, ponen de relieve la complejidad de medir la inactividad y el sedentarismo y la necesidad de interpretar con cautela los distintos indicadores, dado que los resultados varían según el universo poblacional o la metodología empleada (autoinforme frente a acelerometría).

Lejos de constituir una limitación, esta diversidad de fuentes supone una oportunidad para mejorar la vigilancia epidemiológica e integrar herramientas complementarias que permitan estimaciones más precisas y útiles para orientar las políticas públicas.

En definitiva, los patrones de práctica de actividad física y sedentarismo en Extremadura reflejan una situación preocupante que, además de reproducirse en el conjunto de España, coloca al país por debajo de la media europea en ejercicio físico regular. La práctica no es homogénea, sino que muestra **brechas importantes por nivel educativo, renta y género**, lo que refuerza la necesidad de intervenciones adaptadas a distintos grupos sociales. Asimismo, la evidencia en población **infantil y adolescente reportada por los estudios PASOS** (Fundación Gasol, 2022) y **ALADINO** (AESAN, 2020) confirma que la inactividad y el sedentarismo se inician de forma temprana, anticipando un problema de gran magnitud si no se abordan desde la etapa escolar. En coherencia con estos hallazgos, la **OMS publicó en 2020 sus Directrices mundiales sobre actividad física y comportamiento sedentario**, que recomiendan a la población adulta acumular **150–300 minutos de actividad física moderada o 75–150 de vigorosa por semana**, junto con ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos días, subrayando que incluso pequeñas dosis de movimiento ligero aportan beneficios significativos para personas muy inactivas o con limitaciones funcionales (World Health Organization, 2020).

CONDICIÓN FÍSICA DE LA POBLACIÓN

La condición física constituye un marcador clave de salud y un predictor independiente de morbilidad y mortalidad (Kodama et al., 2009; Ortega et al., 2008; Ross et al., 2016). Diversos estudios nacionales e internacionales han puesto de relieve que los niveles de condición física en la población española, y de manera particular en Extremadura, son inferiores a los recomendados, lo que incrementa la vulnerabilidad frente a las enfermedades crónicas y limita la calidad de vida.

Principales evidencias disponibles

Población infantil y adolescente

En la población infantil y adolescente, la evidencia internacional y nacional confirma un déficit generalizado de condición física. Según la Global Matrix 4.0 (Tremblay et al., 2022), **España presenta calificaciones bajas en la mayoría de los indicadores evaluados en niños y adolescentes, destacando especialmente la condición física, que obtuvo una nota de D en el Report Card de 2022** (Mendoza-Muñoz et al., 2024). Esta calificación refleja que los niveles de resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y agilidad de la población escolar española se sitúan por debajo de los valores de referencia internacionales, lo que evidencia una situación preocupante en etapas tempranas de la vida.

De manera complementaria, el anteriormente referenciado Estudio ALADINO 2019 (AESAN, 2020), aunque centrado en la vigilancia de la obesidad infantil, muestra que cerca del 40 % de los niños y niñas de 6 a 9 años presentan exceso de peso (23,3 % sobrepeso y 17,3 % obesidad), un factor que condiciona negativamente la condición física y aumenta la vulnerabilidad frente a problemas de salud presentes y futuros.

Por su parte, el Estudio PASOS 2022 (Fundación Gasol, 2022), realizado en población de 8 a 16 años, confirma que más del 60 % de los adolescentes españoles no cumple las recomendaciones de actividad física de la OMS, lo que repercute directamente en la condición física. Los resultados de las pruebas aplicadas en el marco del estudio reflejan niveles insuficientes de resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y agilidad, consolidando un patrón de baja condición física en la adolescencia española.

En conjunto, los datos de **Global Matrix, ALADINO y PASOS ponen de manifiesto que la población infantil y adolescente en España, y por extensión en Extremadura, parte de una situación de condición física deficitaria desde edades tempranas**. Este escenario anticipa un mayor riesgo de obesidad, enfermedades crónicas y pérdida de calidad de vida en etapas posteriores si no se adoptan estrategias preventivas desde la infancia.

Población adulta

En la población adulta, a diferencia de lo que ocurre en infancia y adolescencia, **no se han localizado fuentes de datos oficiales o sistemas de vigilancia periódica que evalúen de manera directa la condición física en España ni en Extremadura**. La información disponible procede principalmente de **grandes cohortes internacionales y revisiones sistemáticas**, que han demostrado que la baja capacidad cardiorrespiratoria y la debilidad muscular constituyen **predictores independientes de mortalidad y de enfermedad crónica** (Celis-Morales et al., 2018; Kodama et al., 2009; Ortega et al., 2008; Ross et al., 2016) . Esta ausencia de datos sistemáticos en población adulta resalta la **oportunidad que representa la implementación del PEIPEF**, no solo como herramienta de intervención en salud, sino también como un marco que permitirá generar y consolidar indicadores propios de condición física en la ciudadanía extremeña.

Población mayor

En la población mayor, la principal evidencia extremeña procede del programa **El Ejercicio Te Cuida (ETC)**, desarrollado en colaboración con Atención Primaria y Servicios Sociales. Diversos estudios han demostrado que la participación en este programa se asocia a **mejoras en la condición física, la calidad de vida relacionada con la salud y la eficiencia económica de las intervenciones** en adultos de mediana y avanzada edad. No obstante, estos resultados se refieren exclusivamente a personas participantes en programas voluntarios y no son representativos de toda la población mayor de la región.

Para disponer de datos poblacionales más amplios y comparables a nivel nacional, resulta esencial la contribución de Extremadura a la **Red EXERNET**, una red de investigación multicéntrica que ha evaluado la condición física en miles de personas mayores en distintas comunidades autónomas. Los estudios de esta red han permitido **establecer valores normativos de referencia para pruebas de fuerza, resistencia, equilibrio y agilidad** en mayores españoles, así como analizar la relación entre condición física, composición corporal y calidad de vida. Esta evidencia confirma que la población mayor española —incluyendo la extremeña— presenta **niveles de condición física inferiores a los recomendados**, lo que incrementa el riesgo de fragilidad, sarcopenia y dependencia, y refuerza la necesidad de programas de ejercicio estructurado y seguimiento sistemático como los que plantea el PEIPEF.

En conjunto, la evidencia disponible señala que los **niveles de condición física en la población extremeña son insuficientes**, tanto en jóvenes como en adultos, y que este déficit se acentúa en determinados grupos sociales y territorios. La persistencia de bajos niveles de condición física desde edades tempranas anticipa un escenario de mayor carga de enfermedad y dependencia en el futuro. Por ello, **resulta esencial desplegar programas que fomenten un estilo de vida activo y que incluyan la evaluación y el seguimiento de la condición física** como parte de las estrategias de promoción de la salud, en coherencia con las recomendaciones internacionales.

INFRAESTRUCTURA Y OFERTA DE SERVICIOS

Extremadura cuenta con un ecosistema creciente de recursos e iniciativas para la promoción de la actividad física y la mejora de la salud a través del ejercicio físico y deporte. Sin embargo, su distribución, accesibilidad y coordinación intersectorial aún presentan importantes desafíos y oportunidades de mejora.

Red de infraestructuras deportivas

La comunidad autónoma dispone de una extensa red de instalaciones deportivas municipales, muchas de ellas gestionadas directamente por ayuntamientos. Según el **IV Censo Nacional de Instalaciones Deportivas**, realizado en 2010 por el Consejo Superior de Deportes junto a las Comunidades Autónomas, más del **84 % de las instalaciones deportivas de Extremadura son de titularidad municipal**. Según datos del propio Consejo Superior de Deportes, más del **80 % de los municipios extremeños** cuenta con al menos un polideportivo, campo de fútbol o pabellón cubierto, lo que representa una gran oportunidad estructural para la implementación de servicios de ejercicio físico con orientación a la salud. A este equipamiento público se suma una oferta creciente de servicios privados de entrenamiento personal y centros de actividad física

especializada, especialmente en núcleos urbanos. Esta tendencia —que responde a una mayor demanda de asesoramiento individualizado y profesionalizado— puede convertirse en un aliado estratégico para el desarrollo de colaboraciones público-privadas, ampliando el alcance, calidad y continuidad de los servicios en zonas con menos recursos técnicos propios.

De acuerdo con el marco normativo autonómico, **la Ley del Deporte de Extremadura contempla pautas orientadas a la construcción, dotación, mantenimiento y modernización de infraestructuras deportivas**. En este sentido, la normativa prevé que las políticas de infraestructuras deportivas se orienten hacia la accesibilidad universal, la sostenibilidad ambiental y la cohesión territorial, lo cual resulta especialmente relevante en una región con alta dispersión geográfica y retos demográficos. Aunque los datos del IV Censo Nacional de Instalaciones Deportivas (2010) indican que la ratio de instalaciones por habitante en Extremadura es similar a la media nacional, persisten desigualdades territoriales en la calidad, el acceso y la gestión local. La gestión municipal emerge como un factor clave, con diferencias notorias entre municipios grandes y pequeños en mantenimiento, calidad y disponibilidad de personal técnico.

En cualquier caso, **no basta con la mera existencia formal de infraestructuras: resulta necesario garantizar su uso efectivo y equitativo**, impulsando programas de dinamización que favorezcan la participación de toda la población y reduzcan las barreras de acceso que todavía encuentran mujeres, personas mayores y personas con discapacidad, tal y como señalan la OMS y la Unión Europea en sus directrices sobre entornos activos e inclusivos (European Commisison, 2008; World Health Organization, 2018).

Programas autonómicos con orientación a la salud

Entre las principales estrategias impulsadas desde el sistema deportivo, educativo y salud pública destacan:

El Programa de Dinamización Deportiva de Extremadura constituye una de las iniciativas más relevantes en materia de promoción de la actividad física y deportiva de la región. Se desarrolla de forma ininterrumpida desde 1997 gracias a la colaboración entre la Junta de Extremadura, las Diputaciones Provinciales de Badajoz y Cáceres y las mancomunidades de municipios, lo que ha permitido consolidarlo como una estructura estable con cobertura regional y fuerte arraigo comunitario.

Su finalidad principal ha sido garantizar la **igualdad de oportunidades en el acceso a la práctica físico-deportiva**, con independencia del lugar de residencia, respondiendo así a las características de dispersión geográfica y socioeconómica de Extremadura. Los objetivos generales del programa incluyen:

- ✓ **Asegurar el acceso universal** a la práctica deportiva, la educación física y el ocio activo, reconocidos como un derecho social básico.
- ✓ **Fomentar el deporte de base** mediante escuelas de iniciación, generando hábitos desde la infancia y la juventud.
- ✓ **Impulsar la práctica de actividad física** con fines recreativos y de salud, contribuyendo al bienestar, confort y calidad de vida de la población.
- ✓ **Gestionar y optimizar el uso de las instalaciones deportivas** públicas locales para una mayor eficiencia y aprovechamiento comunitario.

La **figura profesional de referencia** del programa es el dinamizador o dinamizadora deportiva, definida en la Orden de 3 de febrero de 2022 y regulada por la Ley 15/2015, de ordenación del ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura. Se trata de un perfil polivalente que combina funciones propias de monitor/a deportivo/a, preparador/a físico/a y director/a deportivo/a, lo que le otorga una visión integral en la intervención. Además, se reconoce como un agente de salud local, con capacidad para conectar la práctica deportiva con el tejido vecinal y comunitario.

Desde los primeros 65 técnicos deportivos contratados en régimen parcial en los inicios del programa, la cobertura ha crecido hasta alcanzar en 2025 a **152 profesionales en 31 mancomunidades de municipios**, abarcando más de 300 de estos de la región. Esta evolución refleja el compromiso institucional sostenido y la utilidad social del programa como garante de la equidad territorial en el acceso a la actividad física.

En la actualidad, el programa se encuentra en su **VIII fase (2022–2025)**, dotada con una financiación de **16 millones de euros** (≈4 millones anuales) y dirigida a municipios de **menos de 20.000 habitantes integrados en mancomunidades**. Este enfoque garantiza la cobertura en áreas rurales y refuerza el carácter comunitario y de equidad territorial del programa, consolidándolo como uno de los pilares de la política deportiva autonómica.

El programa “El Ejercicio Te Cuida”, puesto en marcha en 2006, constituye una de las iniciativas más reconocidas de Extremadura en la promoción del ejercicio físico con orientación a la salud. Está destinado principalmente a personas mayores y a quienes presentan enfermedades crónicas como diabetes, sobrepeso/obesidad o hipertensión arterial, habiendo incorporado recientemente la atención a la fragilidad asociada al envejecimiento. **Se desarrolla mediante la estrecha colaboración de la Fundación Jóvenes y Deporte y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), con la cooperación del Servicio Extremeño de Salud y de los ayuntamientos de los municipios participantes** (actualmente 58, que incluyen todos aquellos con centros de gestión directa del SEPAD y los de

más de 4.000 habitantes). El programa ha demostrado mejoras significativas en la condición física, la funcionalidad y la calidad de vida de sus usuarios, siendo galardonado con el Premio Estrategia NAOS en su 3.ª edición (2009), en la categoría "Promoción de la práctica de la actividad física en el ámbito familiar y comunitario". Asimismo, ha sido reconocido como Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud, lo que refuerza la validez de su modelo de intervención y su potencial de replicabilidad. Su distribución geográfica se articula de forma coherente con el mapa de servicios del SEPAD y del SES, asegurando presencia en las ocho áreas de salud de Extremadura, lo que refuerza su carácter comunitario y equitativo. Por su solidez, resultados contrastados y reconocimientos institucionales, se configura como una estructura consolidada y especialmente idónea para su integración en los circuitos de prescripción sanitaria del PEIPEF.

Programa de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil se desarrolla en Extremadura desde 2005 como una iniciativa pionera de los equipos de Salud Pública, con el objetivo de promover entre la población escolar hábitos de vida saludables que contribuyan a prevenir la obesidad, la diabetes tipo 2 y otras enfermedades crónicas.

Se trata de una actividad **intersectorial y coordinada** entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, liderada por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud, a través de la Unidad de Educación para la Salud, y con la participación activa de la Secretaría General de Educación y Formación Profesional.

El programa contempla un conjunto de actividades formativas y prácticas que sitúan al alumnado como protagonista del proceso, con una metodología participativa:

- ✓ Jornadas informativas iniciales, con exposición de experiencias modélicas de ediciones anteriores.
- ✓ Charlas participativas en los centros educativos sobre alimentación saludable y beneficios del ejercicio físico, impartidas por profesorado y personal sanitario, fundamentalmente por los Equipos de Atención Primaria(EAP).
- ✓ Realización de una ruta fuera del centro educativo, preferentemente en su entorno más cercano.
- ✓ Taller práctico sobre alimentación saludable (interpretación del etiquetado, valoración de la calidad nutricional de alimentos, etc.).

En el curso **2024/2025** han participado **193 centros educativos y 22.385 estudiantes**, cifras que se mantienen en la línea de años anteriores, y que se han superado en el actual curso **2025/2026**, con **27.022 estudiantes y más de 220 centros educativos** inscritos en el programa. Desde su puesta en marcha solo se interrumpió en el curso 2020/2021 a consecuencia de la pandemia por COVID-19.

El programa ha sido reconocido a nivel nacional: recibió el **Premio Estrategia NAOS en 2012** y fue distinguido como **Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud frente a la Diabetes en 2014**. Estos reconocimientos subrayan la calidad de la intervención y su impacto positivo en la población escolar, consolidando al programa como un referente en el ámbito de la educación para la salud.

Programas JUDEX, PROADES y JEDES

Los **Juegos Deportivos Extremeños (JUDEX)** constituyen desde 1982 el principal referente del deporte en edad escolar en la región, concebidos como un espacio de formación integral, educación en valores y promoción de la salud a través de la actividad física y la competición recreativa. En sus más de cuatro décadas de trayectoria han participado alrededor de **1,2 millones de niños, niñas y jóvenes**, consolidándose como un pilar del deporte base en Extremadura. En la temporada 2024 se registraron **56.557 participantes en edad escolar**, junto con **5.556 técnicos y técnicas, 2.074 jueces y juezas y 925 entidades deportivas**, bajo la coordinación de 33 federaciones deportivas.

Complementariamente, el programa **PROADES** impulsa actividades educativas y de promoción deportiva en el ámbito escolar, en las que la competición es un medio de motivación y no un fin en sí mismo. Durante 2024 se desarrollaron **25 modalidades** en las líneas “Conoce mi Deporte” y “Encuentros Escolares”, con la participación de **9.429 estudiantes de 216 Centros de Educación Primaria y Secundaria**, favoreciendo el contacto directo con el tejido federativo y el descubrimiento de nuevas prácticas deportivas.

Por su parte, los **Juegos Extremeños del Deporte Especial (JEDES)** representan desde hace décadas una cita emblemática para la inclusión y la equidad, ofreciendo un campeonato anual adaptado a personas con discapacidad, gestionado por las tres federaciones multideportivas de Extremadura. En 2024 participaron **1.668 deportistas**, a los que se sumaron técnicos y personal de apoyo, destacando la participación de la Federación Extremeña de Deporte para Personas con Discapacidad Intelectual (FEXDDI) con más de 1.500 licencias. El programa incluye también actividades de naturaleza y aventura en formato inclusivo, en las que se integran estudiantes de Centros de Educación Secundaria y alumnado de Centros de Educación Especial. Los JEDES culminan con una convivencia final de cuatro días en una localidad diferente cada edición, y se han constituido como un referente de integración y de compromiso social con las personas con discapacidad.

En conjunto, los programas **JUDEX, PROADES y JEDES** reflejan la apuesta de Extremadura por el deporte como herramienta de salud, inclusión y cohesión social, articulando un sistema que favorece el acceso a la práctica deportiva desde la infancia hasta los colectivos con mayores barreras de participación.

Recursos comunitarios y estrategias participativas

A nivel estatal, Extremadura participa en la plataforma **LOCALIZA Salud**, dentro de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, donde se han registrado más de **300 activos comunitarios** en salud física, emocional o social. Esta herramienta permite visualizar los recursos disponibles en cada localidad, facilitando tanto la derivación profesional como el empoderamiento ciudadano.

Complementariamente, la región cuenta con una **Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura** orientada a fortalecer la participación, la orientación comunitaria de la Atención Primaria y el trabajo en red entre sectores. También se promueve la formación y capacitación mediante la **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria**, que imparte formación oficial y acreditada a profesionales sanitarios y sociosanitarios; y la **Escuela de Cuidados y Salud de Extremadura**, dirigida a pacientes, cuidadores y ciudadanía, con programas orientados a la mejora de competencias en autocuidado, salud mental positiva y promoción de estilos de vida saludables.

Según análisis previos, la clave no reside únicamente en el número de recursos disponibles, sino en su actualización, calidad y capacidad de articulación con el sistema sanitario y educativo. La Atención Primaria desempeña un papel esencial como nodo de conexión con la comunidad, y la participación ciudadana se refuerza a través de consejos locales de salud y proyectos intersectoriales que consolidan la red. No obstante, persisten desigualdades territoriales, ya que algunos municipios disponen de una amplia red de activos mientras que otros carecen de recursos estables, lo que hace necesario reforzar la equidad en el acceso y sostenibilidad de estas iniciativas.

DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA DIGITAL

La **Estrategia de Transformación Digital de Extremadura 2027 (ETDE27)** constituye el marco de referencia para modernizar la región en clave digital, situando en el centro la accesibilidad universal, la cohesión territorial y la interoperabilidad de sistemas. Con una visión que combina conectividad, inclusión ciudadana, desarrollo de talento y servicios públicos ágiles, la ETDE27 responde a los retos de un territorio marcado por la dispersión geográfica y el envejecimiento poblacional. En este contexto, **el análisis de la infraestructura digital resulta esencial para el despliegue del PEIPEF**, pues la conectividad, el uso de servicios digitales y la capacitación ciudadana condicionan tanto la equidad como la eficacia de un modelo de prescripción de ejercicio físico apoyado en herramientas tecnológicas.

Equipamientos TIC

El equipamiento digital en los hogares extremeños muestra una evolución positiva en los últimos veinte años, con un crecimiento sostenido en el acceso a Internet (95,0 % en 2024) y la banda ancha fija, que se sitúan ya en valores muy próximos a la media nacional (Figura 15). La telefonía móvil alcanza una cobertura prácticamente universal (99,5 %), mientras que el uso del teléfono fijo desciende de forma significativa hasta situarse en el 42,4 % de los hogares. Sin embargo, persiste una brecha en la disponibilidad de ordenadores: solo el 75,7 % de los hogares cuentan con alguno, frente al 83,0 % del conjunto del país, lo que refleja una diferencia estructural que puede condicionar la igualdad de acceso a determinados servicios digitales. Esta evolución resulta esencial para el despliegue del PEIPEF, dado que la prescripción de ejercicio físico apoyada en herramientas tecnológicas requiere de infraestructuras domésticas mínimas que permitan a toda la ciudadanía beneficiarse en igualdad de condiciones de las oportunidades que ofrece la digitalización. Estos datos proceden de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares (INE, 2024), complementados con el diagnóstico de la Estrategia de Transformación Digital de Extremadura 2027 (ETDE27).

Equipamiento digital en los hogares

Diferencias entre España y Extremadura respecto a los equipamientos digitales en 2006 y 2024, con evolución intermedia

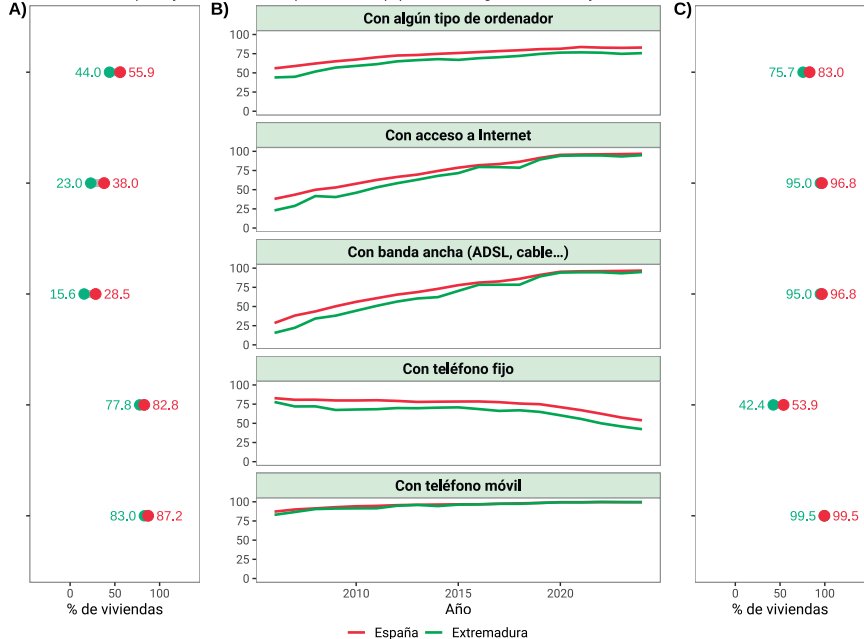


Figura 15. Equipamiento digital en los hogares de España y Extremadura (2006–2024). Porcentaje de viviendas con ordenador, acceso a Internet, banda ancha, teléfono fijo y teléfono móvil. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares (TIC-H). Última actualización: 2024. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735576692

Conectividad y cobertura territorial

Según los datos de la **Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares (INE, 2023)**, el 86,5 % de los hogares de Extremadura dispone de acceso a Internet, un valor incluso ligeramente superior a la media nacional (85,9 %)(Figura 16). La conexión se realiza mayoritariamente a través de banda ancha fija, aunque la proporción de hogares que recurren a conexión móvil es mayor que en el conjunto del país, reflejando la importancia de esta modalidad en un territorio con alta dispersión rural. **No obstante, la ETDE27 advierte que, pese a estos avances, la cobertura de muy alta velocidad (≥ 1 Gbps) alcanza solo al 72 % de los hogares frente al 85 % nacional, lo que evidencia una brecha territorial que puede limitar la igualdad de acceso a servicios digitales avanzados.**

Acceso a Internet en los hogares españoles

Proporción de hogares que declaran acceso a internet y vía de acceso (2024)

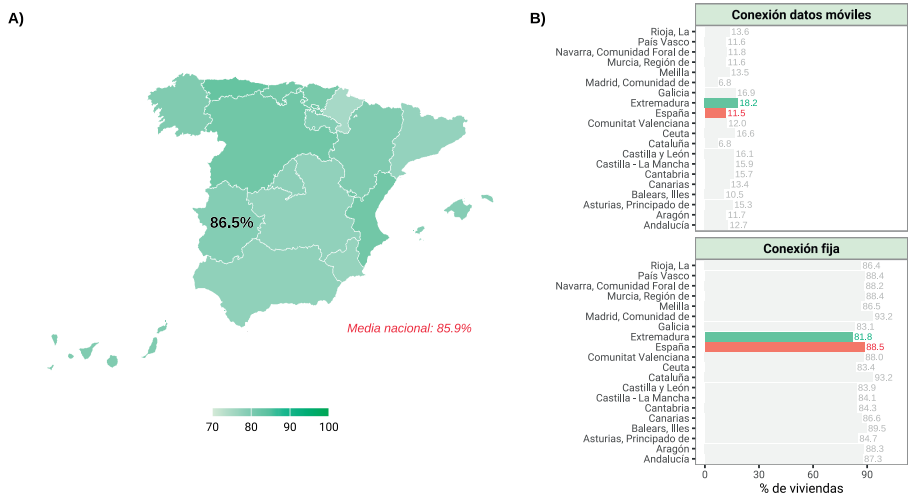


Figura 16. Acceso a Internet en los hogares por comunidades autónomas y tipo de conectividad (España y Extremadura, 2023). A) Porcentaje de viviendas con acceso a Internet. B) Tipo de conexión a Internet en las viviendas. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares (TIC-H). Última actualización de datos: 2024. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735576692

Evolución de la cobertura y servicios de telecomunicaciones

La evolución de los servicios de telecomunicaciones en Extremadura refleja avances notables en las últimas dos décadas, aunque con diferencias respecto al conjunto del país. Tal como muestran los datos de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC, 2006–2024), el número de estaciones base ha crecido de manera sostenida, pero permanece por debajo de la media nacional. En cuanto a la penetración de banda ancha fija y de telefonía móvil, la región presenta valores cercanos a los promedios estatales, si bien de forma sistemática en posiciones ligeramente inferiores. Destaca el retroceso del uso de la telefonía fija y el incremento progresivo de los servicios audiovisuales, aunque con una menor implantación que en el conjunto del país (Figura 17). De acuerdo con la ETDE27, estas diferencias se amplifican en la cobertura de muy alta velocidad: mientras que la conexión de al menos 30 Mbps alcanza al 94,5 % de los hogares frente al 96,2 % nacional, la cobertura ≥ 1 Gbps solo llega al 72 % de la población frente al 85 % en el conjunto de España.

Indicadores de Telecomunicaciones en España y Extremadura

Evolución de la penetración y número de accesos por servicio

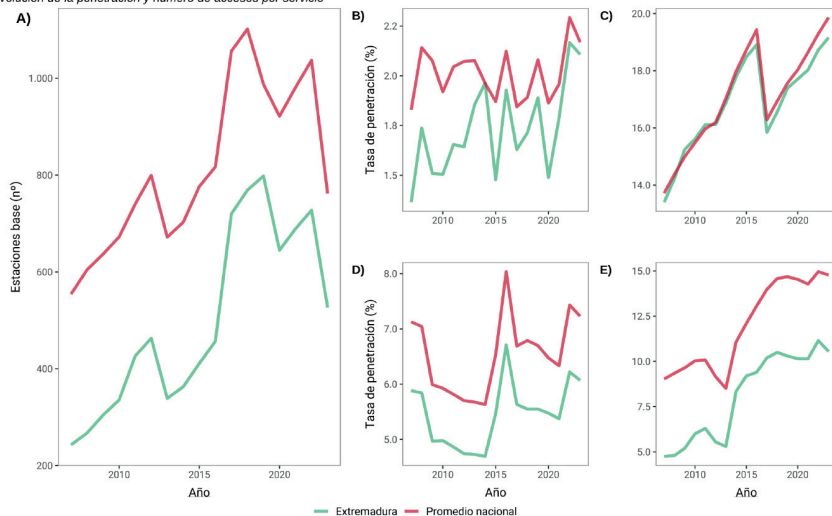


Figura 17. Evolución de la penetración y número de accesos a servicios de telecomunicaciones en España y Extremadura (2006–2024). A) Número de estaciones base. B) Tasas de penetración de banda ancha fija (%). C) Tasas de penetración de telefonía móvil (%). D) Tasas de penetración de telefonía fija (%). E) Tasas de penetración de servicios audiovisuales (%). **Fuente:** elaboración propia a partir de datos de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC), Telecomunicaciones Geográfico. Última actualización: 2024. Disponible en: <https://data.cnmc.es/telecomunicaciones-y-sector-audiovisual/conjuntos-de-datos/datos-provinciales/telecomunicaciones>

Digitalización de los servicios públicos

La digitalización de los servicios públicos constituye uno de los ejes estratégicos de la ETDE27, que sitúa a la Administración extremeña como motor de la transformación digital regional. Según el Informe sobre Administración Electrónica en las Comunidades Autónomas (CAE, 2023), **Extremadura se encuentra entre las comunidades con menor proporción de trámites disponibles en línea (45,5 %)**, pese a que el 52 % de la ciudadanía extremeña utiliza habitualmente servicios públicos digitales, un valor por encima de la media nacional. Esta brecha entre demanda y oferta pone de relieve la necesidad de avanzar en la simplificación de trámites, la interoperabilidad de sistemas y la mejora de la usabilidad de los portales institucionales.

La ETDE27 contempla medidas como la creación de una identidad digital ciudadana, el despliegue de planes sectoriales de digitalización (empleo, servicios sociales, turismo, industria, juventud) y el **desarrollo de un Plan de Gobierno del Dato que permita integrar y gestionar la información de manera eficiente y segura**. También se prevé la modernización de infraestructuras y el uso de tecnologías emergentes —automatización de procesos, inteligencia artificial, chatbots— para mejorar la experiencia de la ciudadanía y reforzar la transparencia. En el marco del PEIPEF, estas iniciativas son especialmente relevantes, ya que posibilitarán integrar la prescripción de ejercicio físico en los circuitos digitales sanitarios y comunitarios, garantizando trazabilidad, accesibilidad y continuidad asistencial.

Capacidades profesionales y ciudadanía digital

El nivel de competencias digitales de la población trabajadora en Extremadura y en España resulta adecuado para el manejo de herramientas básicas, pero aún insuficiente en ámbitos más avanzados como la seguridad, el análisis de datos o el diseño de plataformas colaborativas. **El informe Competencias Digitales 23 del Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI) sitúa a Extremadura con un 82,5 % de personas con competencias digitales básicas, porcentaje que la coloca entre las comunidades con menor nivel en este indicador**. A su vez, el estudio *La Economía Digital en España* (Fundación Cotec, 2024) estima que el empleo digital en la región representa el 15,5 % del total del empleo, lo que refleja una base en crecimiento, pero aún con amplio margen de mejora.

En el ámbito de la ciudadanía, los datos del Observatorio Extremeño de las TIC muestran un uso creciente de servicios digitales en Extremadura, especialmente en administración electrónica y aplicaciones de salud, aunque con diferencias significativas según edad, nivel educativo y entorno de residencia. La Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares del INE (2024) confirma una **alta penetración de Internet entre quienes tienen entre 16 y 74 años (95,8 %)**, pero revela que esta tasa desciende notablemente en los tramos de edad mayores.

Para reducir estas desigualdades, se están impulsando programas específicos de formación y acompañamiento. Entre ellos destaca el proyecto REDigitalEX – Competencias Digitales para la Ciudadanía (2023–2025), impulsado por Redex (Red Extremeña de Desarrollo Rural), que despliega acciones en municipios rurales mediante dinamizadores locales y talleres adaptados al contexto. **El programa incorpora, además, una perspectiva de género para afrontar la menor participación digital de las mujeres en determinadas franjas de edad.**

En conjunto, estos indicadores evidencian que la capacitación digital, tanto de profesionales como de la ciudadanía, es un factor determinante para garantizar la modernización de los servicios públicos. La mejora continua de las competencias digitales y la reducción de las brechas de edad, género y territorio se presentan como condiciones necesarias para lograr unos servicios más eficientes, inclusivos y orientados a la calidad en Extremadura.

Este enfoque se encuentra alineado también con la iniciativa europea HealthyLifestyle4All, lanzada por la Comisión Europea en 2021, que vincula la digitalización con la promoción de estilos de vida activos, inclusivos y sostenibles.

FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DETECTADAS

El análisis territorial, institucional y comunitario de Extremadura permite identificar una serie de factores que configuran un escenario propicio para la implantación de un modelo integrado de indicación y prescripción de ejercicio físico orientado a la salud.

Fortalezas del contexto regional

- ✓ **Una red consolidada de infraestructuras deportivas municipales**, con más del 80 % de los municipios extremeños dotados de al menos un polideportivo, pabellón cubierto o campo de fútbol, según el IV Censo Nacional de Instalaciones Deportivas (2010).
- ✓ **La existencia de programas autonómicos de referencia** ya implantados y evaluados, como *El Ejercicio Te Cuida* —Premio Estrategia NAOS en 2009 y reconocido como Buena Práctica del SNS—, el Programa de Dinamización Deportiva de Extremadura, el Programa de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil (Premio NAOS 2012) y los programas JUDEX, PROADES y JEDES.
- ✓ **Un marco normativo favorable**, sustentado en la Ley 15/2015 de ordenación del ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura, que garantiza la cualificación de los profesionales implicados.
- ✓ **Un apoyo institucional intersectorial creciente**, con voluntad de cooperación efectiva entre sanidad, deporte, servicios sociales y educación.
- ✓ **Una cultura comunitaria activa**, reforzada por iniciativas como la Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura y la plataforma LOCALIZA Salud, con más de 300 activos registrados en la región.

- ✓ **El potencial de la infraestructura sanitaria y social como red complementaria**, a través de la Atención Primaria del SES y de los centros gestionados por el SEPAD, que ofrecen un marco idóneo para la derivación y seguimiento de personas con necesidades de ejercicio físico.
- ✓ **Un contexto digital en proceso de modernización**, gracias a la Estrategia de Transformación Digital de Extremadura 2027 (ETDE27), que impulsa la conectividad, la digitalización de servicios públicos y el desarrollo de competencias digitales, alineándose con el despliegue del PEIPEF.

Oportunidades de desarrollo

- ✓ **Mejorar la integración operativa entre sanidad y deporte**, estableciendo circuitos de derivación, retorno de información y seguimiento compartido.
- ✓ **Aprovechar la digitalización y las nuevas herramientas TIC**, con soluciones interoperables que permitan registrar derivaciones, evaluar adherencia y medir impacto en salud en tiempo real.
- ✓ **Impulsar la colaboración público-privada** con el sector del fitness, el entrenamiento personal y el asociacionismo deportivo, ampliando el alcance del modelo.
- ✓ **Alinear el PEIPEF con planes y recomendaciones nacionales e internacionales**, como el Plan de Salud de Extremadura 2021–2028, la Estrategia de Cronicidad del SNS, el PRTR, el Plan Mundial sobre Actividad Física de la OMS y la iniciativa europea HealthyLifestyle4All.
- ✓ **Dar respuesta a una demanda social creciente en salud y bienestar activo**, reforzada tras la pandemia de COVID-19.
- ✓ **Reducir desigualdades territoriales y sociales en la práctica de actividad física**, especialmente en zonas rurales, en mujeres y en colectivos con menor nivel socioeconómico, aprovechando la experiencia acumulada en programas comunitarios y las redes locales de salud.
- ✓ **Reforzar la equidad en competencias digitales y acceso a la conectividad**, condición indispensable para el uso universal de las herramientas digitales del PEIPEF.

En conjunto, Extremadura afronta una doble transición: demográfica, con una población más envejecida y dependiente, y epidemiológica, marcada por el peso creciente de las enfermedades crónicas prevenibles. Esta realidad, unida a los niveles insuficientes de actividad física y condición física detectados en distintos grupos de edad, plantea un reto de gran calado para la salud, la equidad y la sostenibilidad del sistema sociosanitario. Frente a ello, la región dispone de recursos sólidos y oportunidades claras que hacen posible avanzar hacia un modelo de prescripción de ejercicio físico estructurado, intersectorial y digitalizado. Apostar por este modelo no solo permitirá mejorar la salud de la población, sino también reforzar la cohesión territorial y construir una Extremadura más activa y saludable.

09

OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS



09

OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN

Impulsar un modelo regional, estructurado y sostenible de indicación y prescripción del ejercicio físico orientado a la salud, con especial atención a la población no activa, mediante la colaboración efectiva entre los sistemas socio-sanitario, sanitario, deportivo y comunitario, para mejorar la salud, la calidad de vida y la equidad en la ciudadanía extremeña.

El desarrollo de **este modelo se apoya en la constitución de las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF), concebidas como estructuras colaborativas entre profesionales sanitarios de los EAP del SES y educadores físico-deportivos**, con la finalidad de facilitar la valoración, orientación y acompañamiento de las personas derivadas hacia la práctica regular de ejercicio físico. La información más detallada sobre su configuración y funcionamiento se recoge en el Plan de Acción.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS



Integrar la indicación y prescripción del ejercicio físico en el sistema sanitario como intervención sistemática desde Atención Primaria

- ✓ **Objetivo 1.1.** Incorporar de forma estructurada la indicación y prescripción del ejercicio físico en los procesos asistenciales de Atención Primaria, como intervención coste-efectiva orientada a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el manejo de condiciones crónicas y la mejora funcional sostenida en personas físicamente inactivas y/o sedentarias.
- ✓ **Objetivo 1.2.** Potenciar el funcionamiento de las Unidades Activas de Ejercicio físico (UAEF) como dispositivos de apoyo a la derivación, planificación y continuidad de las intervenciones, en colaboración con los recursos municipales y comunitarios.

- ✓ **Objetivo 1.3.** Establecer circuitos operativos de comunicación y seguimiento entre los EAP y los profesionales del ejercicio físico, basados en herramientas digitales interoperables, indicadores compartidos y mecanismos de retroalimentación.



Adaptar la indicación y prescripción del ejercicio físico a grupos poblacionales prioritarios, en función de niveles de actividad física, perfil funcional y contexto personal

- ✓ **Objetivo 2.1.** Diseñar intervenciones específicas, y apoyar las ya existentes, orientadas a la población infantil y adolescente en coordinación con los entornos educativo, familiar y comunitario, promoviendo el desarrollo de hábitos activos desde edades tempranas.
- ✓ **Objetivo 2.2.** Incorporar la perspectiva de género de forma transversal en todos los niveles del plan, prestando especial atención a la menor práctica de ejercicio físico entre mujeres jóvenes y adultas.
- ✓ **Objetivo 2.3.** Establecer directrices para la indicación y prescripción de ejercicio físico en personas con niveles insuficientes de actividad física, sedentarismo elevado o perfil funcional limitado, promoviendo el desarrollo de programas adaptados a las características individuales — incluyendo edad, condición de salud, discapacidad, trastornos de salud mental y situación de envejecimiento— que garanticen su accesibilidad, seguridad y continuidad en el tiempo.



Fomentar estilos de vida activos en la población general mediante estrategias comunitarias y entornos generadores de salud

- ✓ **Objetivo 3.1.** Desarrollar **acciones y campañas de sensibilización, educación y comunicación de carácter específico**, orientadas a promover estilos de vida activos, visibilizar el valor social del ejercicio físico y reducir el sedentarismo, adaptadas a públicos y contextos concretos.

- ✓ **Objetivo 3.2.** Fortalecer la participación de la ciudadanía mediante redes locales, alianzas intersectoriales y la creación de entornos comunitarios que favorezcan la movilidad activa, la accesibilidad y la integración de la actividad física en la vida diaria.
- ✓ **Objetivo 3.3.** Promover intervenciones comunitarias de actividad física accesibles y sostenibles, con especial atención a zonas rurales, barrios con menores oportunidades y colectivos con baja adherencia histórica a la práctica físico-saludable.
- ✓ **Objetivo 3.4.** Impulsar una estrategia regional de comunicación sostenida y multicanal, que complemente a las acciones y campañas específicas, refuerce la sensibilización ciudadana en el largo plazo, integre mensajes coherentes en toda la región, visibilice los recursos comunitarios y reconozca las buenas prácticas locales.



Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud

- ✓ **Objetivo 4.1.** Diseñar un itinerario formativo específico en indicación y prescripción de ejercicio físico en el ámbito sociosanitario, educativo y comunitario, dirigido a los perfiles profesionales implicados.
- ✓ **Objetivo 4.2.** Promover la elaboración de recursos didácticos, materiales de apoyo y acciones de actualización continua para profesionales del ámbito sanitario, del ejercicio físico, de la educación y de la intervención social.
- ✓ **Objetivo 4.3.** Fomentar la investigación aplicada, el intercambio de buenas prácticas y la innovación metodológica en programas de ejercicio físico para la salud, en coordinación con universidades, entidades profesionales y centros de conocimiento.
- ✓ **Objetivo 4.4.** Promover la transferencia de conocimiento y la divulgación científica en ejercicio físico y salud, facilitando que los avances de investigación, innovación y buenas prácticas lleguen a profesionales, gestores y ciudadanía.



Facilitar la implementación operativa de la indicación y prescripción del ejercicio físico mediante herramientas digitales y comunitarias

- ✓ **Objetivo 5.1.** Establecer protocolos y herramientas comunes para la indicación, prescripción, derivación, planificación y seguimiento de personas usuarias en los distintos niveles de atención y contextos de intervención.
- ✓ **Objetivo 5.2.** Promover soluciones digitales interoperables que faciliten el registro de la actividad, la coordinación entre profesionales y el seguimiento longitudinal de las intervenciones.
- ✓ **Objetivo 5.3.** Identificar, organizar y dinamizar los activos comunitarios existentes, conectándolos con el sistema de indicación y prescripción del ejercicio físico para facilitar su utilización por parte de los profesionales y la ciudadanía.

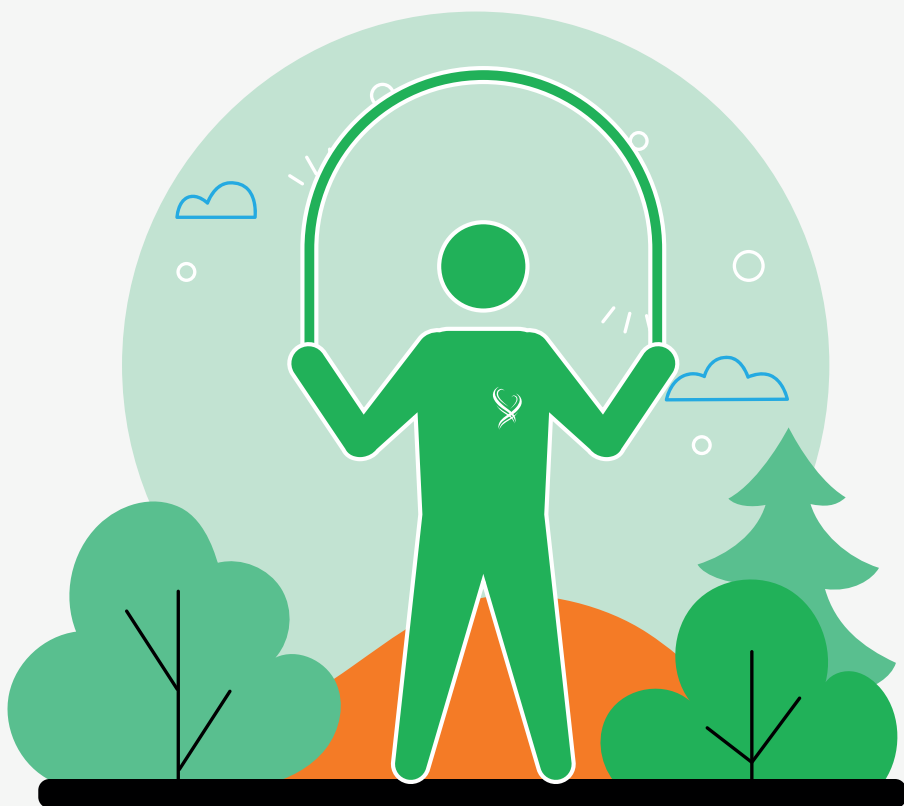


Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas

- ✓ **Objetivo 6.1.** Diseñar un sistema de indicadores alineado con los objetivos estratégicos del plan, que permita evaluar su desarrollo, resultados e impacto.
- ✓ **Objetivo 6.2.** Establecer procedimientos de seguimiento y evaluación periódica que integren tanto la revisión técnica como la participación de los actores implicados.
- ✓ **Objetivo 6.3.** Fomentar la transparencia, la comunicación de resultados y la mejora continua mediante informes públicos y mecanismos de retroalimentación institucional.

10

PLAN DE ACCIÓN



10

PLAN DE ACCIÓN

ESTRUCTURA DE LAS ACCIONES

El presente Plan de Acción desarrolla las actuaciones concretas que permitirán llevar a cabo las distintas líneas estratégicas y alcanzar los objetivos definidos en el PEIPEF. Cada acción se presenta en formato de ficha, lo que garantiza homogeneidad en la redacción, facilita su comprensión y permite el seguimiento y la evaluación de manera sistemática.

Las fichas de acción se estructuran en los siguientes apartados:

- ✓ **Título de la acción:** identifica de forma clara y concisa el contenido principal de la actuación.
- ✓ **Línea estratégica y objetivos vinculados:** especifica la relación directa de la acción con los objetivos generales del plan.
- ✓ **Descripción de la acción:** expone el contenido, fases principales y alcance de la actuación, así como los elementos que la diferencian y justifican su aportación al conjunto del plan.
- ✓ **Indicadores de evaluación:** permiten medir de forma objetiva el grado de desarrollo y los resultados de cada acción. Se estructuran en tres niveles complementarios:
 - *Indicadores de proceso:* miden la puesta en marcha y el desarrollo de la acción (ej. nº de recursos creados, nº de profesionales implicados, % de cobertura inicial).
 - *Indicadores de resultado:* reflejan los efectos inmediatos en los usuarios o colectivos destinatarios (ej. % de participantes que inician o completan el programa, grado de satisfacción, mejora en adherencia).
 - *Indicadores de impacto:* valoran los cambios más amplios y sostenibles en el sistema o en la población (ej. evolución de parámetros de salud y calidad de vida, reducción de inequidades territoriales, eficiencia en el uso de servicios sanitarios).

- ✓ **Responsables de ejecución:** entidades, instituciones o equipos directamente implicados en la puesta en marcha de la acción.
- ✓ **Temporalización prevista:** horizonte temporal de implantación, distinguiendo fases de inicio, despliegue y consolidación.

Este esquema garantiza que todas las acciones se presenten de forma clara, sistemática y comparable, reforzando la coherencia entre las distintas líneas estratégicas y facilitando la rendición de cuentas del Plan.

METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN

Las Unidades Activas de Ejercicio Físico serán el núcleo estable del PEIPEF, concebidas como espacios de colaboración entre el sistema sociosanitario y el sistema físico-deportivo. Desde ellas se impulsará una red intersectorial de profesionales y recursos comunitarios, centrada en la persona y orientada a garantizar derivaciones equitativas y sostenibles en todo el territorio.

La implementación del PEIPEF se apoya en una infraestructura ya consolidada en Extremadura: el programa **El Ejercicio Te Cuida (ETC)**, con una trayectoria de casi dos décadas y actualmente gestionado por la Fundación Jóvenes y Deporte. Este programa cuenta con **27 educadores/as físico-deportivos/as distribuidos en 27 zonas de la región**, que abarcan 58 municipios y cuya delimitación territorial se ha diseñado de forma coherente con las ocho áreas de salud del Servicio Extremeño de Salud y con el mapa de centros de mayores gestionados por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El despliegue del PEIPEF no parte, por tanto, de experiencias aisladas o proyectos piloto, sino de un modelo con trayectoria, experiencia acumulada y capacidad operativa demostrada. Sobre esta base, **las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF) se configurarán como espacios estables de colaboración entre el sistema sociosanitario y el sistema físico-deportivo, en los que los técnicos del programa ETC constituyen el núcleo de referencia** y cooperación con los equipos de Atención Primaria de las distintas zonas de salud. A través de este marco de trabajo compartido, se facilita que la indicación o prescripción realizada desde el ámbito sanitario tenga continuidad en la valoración funcional, la derivación a recursos comunitarios y el seguimiento de la persona usuaria, con retorno de información al sistema de salud.

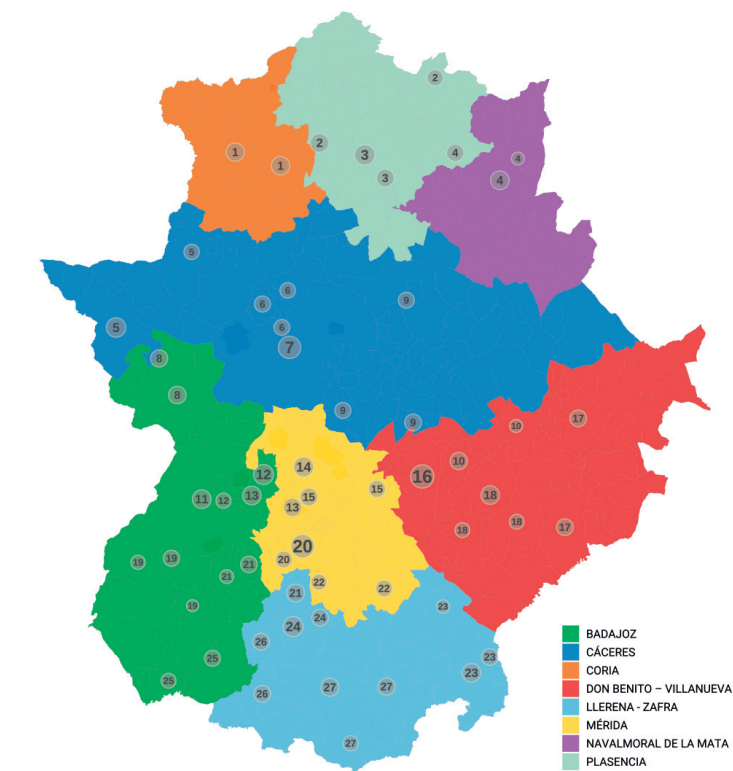
El modelo se concibe de manera abierta y expansiva. **Si bien los técnicos del ETC representan un recurso estratégico clave para la primera fase del despliegue, el funcionamiento de las UAEF no se limitará a este programa.** Por el contrario, se fomentará la constitución de una red intersectorial y diversificada de profesionales y recursos comunitarios,

integrando tanto al ámbito sanitario —más allá de los profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria— como al físico-deportivo y al social, ampliando la capacidad de respuesta y diversificando la oferta de actividad física orientada a la salud.

Los destinatarios finales del Plan se sitúan en el centro del proceso, asegurando que la indicación y prescripción de ejercicio físico se adapten a sus condiciones, necesidades y preferencias, y que la derivación tenga continuidad en su entorno comunitario. En este sentido, el PEIPEF se articula en sinergia con la Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura, que ya cuenta con un registro de recursos comunitarios distribuidos por toda la región y con un equipo central de salud comunitaria —a medio camino entre Atención Primaria y Salud Pública— que actuará, en conjunto con las UAEF, como dinamizador de esta red, reforzando la visión intersectorial del plan.

Cobertura de UAEF por áreas de salud

Distribucion de las UAEF por municipios en las Areas de salud nº de usuarios atendidos en éstas



Distribución de los usuarios atendidos (4700) en los distintos municipios cubiertos por las 27 UAEF a lo largo de las 8 Zonas de Salud del Servicio Extremeño de Salud

Figura 18. Distribución de municipios del programa "El ejercicio te cuida" en sus respectivas zonas con acento del número de usuarios atendidos en 2024 en relación con las ocho áreas de Salud del Servicio Extremeño de Salud.

ACCIONES DEL PLAN





1

1. Modelo regional de indicación y prescripción del ejercicio físico en Atención Primaria

Línea estratégica	Objetivos
Integrar la indicación y prescripción del ejercicio físico en el sistema sanitario como intervención sistemática desde Atención Primaria	1.1, 1.3
Descripción de la acción	

En una fase inicial, se pondrán en marcha **27 Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF)**, concebidas como estructuras de coordinación flexibles que giran en torno a la figura del/de la educador/a físico-deportivo/a. Este perfil actúa como elemento central de conexión entre los **profesionales sanitarios de los Equipos de Atención Primaria (EAP)** de cada zona de salud y los **recursos comunitarios deportivos y sociales disponibles**. De este modo, las UAEF garantizarán homogeneidad en la atención, equidad territorial y una coordinación efectiva, dotando al sistema de un procedimiento estándar, sencillo y operativo que integre la indicación y prescripción de ejercicio físico como parte de la práctica clínica habitual.

Las funciones se distribuirán de la siguiente forma:

- Profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria:**
 - Identificación inicial de usuarios en situación de inactividad y/o sedentarismo.
 - Indicación y prescripción básica de ejercicio físico adaptada a las características individuales, explicitando las recomendaciones y posibles contraindicaciones.
- Educadores/as físico-deportivos/as (núcleo de la UAEF):**
 - Valoración general de la condición física y de las preferencias del usuario, como base para orientar la intervención.
 - Derivación y acompañamiento hacia los recursos comunitarios más adecuados, favoreciendo la continuidad y la adherencia.

Finalmente, se garantizará el **seguimiento de la adherencia y de la evolución clínica-funcional**, con retroalimentación a los equipos de atención primaria. El modelo será difundido en todas las zonas de salud mediante sesiones formativas breves, materiales de apoyo y recursos accesibles en el portal digital del Plan.

Este modelo se concibe como el marco metodológico de referencia, mientras que herramientas específicas como el portal digital o las redes comunitarias se desarrollan en acciones diferenciadas.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de zonas de salud que aplican el modelo. - Nº de usuarios identificados en situación de inactividad y/o sedentarismo. % de usuarios derivados al educador físico-deportivo. % de usuarios con evaluación de la condición física.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado - Nº de derivaciones a recursos comunitarios % de usuarios con seguimiento a 12 semanas.	Temporalización prevista 2025–2026: Diseño del modelo y difusión en todas las zonas de salud. 2027: Actualización periódica y evaluación del modelo.
Impacto % usuarios adheridos a un recurso comunitario durante un año sin efectos adversos. - Cambio promedio en la condición física y en calidad de vida relacionada con la salud.	





1

2. Registro de recursos comunitarios vinculados a la indicación y prescripción del Ejercicio Físico

Línea estratégica	Objetivos
Integrar la indicación y prescripción del ejercicio físico en el sistema sanitario como intervención sistemática desde Atención Primaria	1.2, 1.3
Descripción de la acción	

Constituidas las **27 Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF)**, se pondrá en marcha un **registro de recursos comunitarios** orientado a facilitar la conexión entre los EAP, los educadores/as físico-deportivos/as y los servicios comunitarios y deportivos disponibles en cada zona de salud. Este registro permitirá organizar de forma estructurada la oferta existente, mejorar la derivación de usuarios y garantizar un acceso más equitativo a programas de actividad física orientada a la salud en todo el territorio.

El registro será gestionado bajo la coordinación de las UAEF, en colaboración con los **responsables de salud comunitaria de los equipos de atención primaria**, y se actualizará periódicamente con la participación de las entidades locales y los propios recursos comunitarios implicados. De esta manera, se constituirá una red de colaboración intersectorial que refuerce la continuidad asistencial, optimice el uso de los recursos disponibles y potencie la sostenibilidad de las intervenciones.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de recursos comunitarios vinculados a cada UAEF. - Nº de profesionales vinculados a la UAEF. - Nº de reuniones de coordinación realizadas por año. % de acuerdos o protocolos formales suscritos con recursos comunitarios.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado - Tasa de derivaciones gestionadas a través del registro. % de usuarios que inician intervención en un recurso comunitario.	Temporalización prevista 2026–2027: Despliegue progresivo del registro de recursos comunitarios en todas las zonas de salud. 2027: Consolidación y evaluación de la red de recursos vinculados al PEIPEF.
Impacto - Reducción de derivaciones no resueltas o duplicadas. - Valoración de satisfacción de usuarios y profesionales integrados en la red.	





1

3. Consolidación de la infraestructura digital del PEIPEF: portal y circuito de derivación APS–UAEF–recursos

Línea estratégica	Objetivos
Integrar la indicación y prescripción del ejercicio físico en el sistema sanitario como intervención sistemática desde Atención Primaria	1.2, 1.3
Descripción de la acción	
El PEIPEF contará desde su lanzamiento con una infraestructura digital de base que permita iniciar el circuito de derivación, coordinación y retroalimentación entre Atención Primaria, las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF) y los recursos comunitarios. La presente acción tiene como objetivo consolidar y estandarizar el uso de esta plataforma, de modo que se convierta en la herramienta vertebradora del modelo, asegurando homogeneidad en la práctica, trazabilidad de los procesos y equidad territorial. El portal dispone de un espacio público con recursos informativos y de utilidad general del Plan para la ciudadanía, y un espacio privado destinado a los agentes implicados. En esta parte privada, los educadores físico-deportivos actúan como gestores principales: registran los documentos de indicación/prescripción remitidos por personal médico y de enfermería, realizan evaluaciones de condición física, nivel de actividad y calidad de vida, y canalizan la derivación hacia los recursos comunitarios pertinentes. Los responsables de dichos recursos cuentan también con acceso para mantener actualizada la información sobre servicios disponibles. El sistema digitaliza el circuito operativo, incorporando formularios normalizados de derivación, acuses automáticos de recepción, plazos de acogida ≤15 días en UAEF e informes de retorno a APS ≤30 días con datos de inicio, adherencia e incidencias. Con esta acción se asegura la consolidación inicial de la infraestructura digital de soporte, que se irá escalando de manera progresiva y coordinada con las demás acciones del Plan, incorporando nuevas funcionalidades y reforzando la integración entre los distintos niveles y sectores implicados.	
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso % de derivaciones registradas en el portal con acuse automático. - Nº de profesionales y recursos comunitarios con acceso activo al portal.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de derivaciones iniciadas en UAEF a través del portal. % de usuarios que completan el programa derivado mediante el portal.	Temporalización prevista 2025–2026: Diseño, desarrollo y pilotaje del portal digital del PEIPEF. 2027: Extensión a todas las zonas de salud y primera evaluación de uso.
Impacto - Reducción de derivaciones duplicadas o no resueltas. - Mejora de la satisfacción de profesionales y usuarios respecto a la coordinación digital (encuestas anuales).	





4. Diseño de la interoperabilidad progresiva entre los sistemas de información implicados

Línea estratégica	Objetivos
Integrar la indicación y prescripción del ejercicio físico en el sistema sanitario como intervención sistemática desde Atención Primaria	1.3
Descripción de la acción	
Se pondrá en marcha un proyecto de diseño y pilotaje de interoperabilidad progresiva entre el portal digital del PEIPEF y otros sistemas de información susceptibles de aportar valor al plan, tanto en el ámbito sanitario como en el comunitario y deportivo. El objetivo es garantizar que la información generada en el marco del PEIPEF pueda compartirse y aprovecharse de manera segura, útil y eficiente, favoreciendo la coordinación intersectorial y la mejora de los servicios a la ciudadanía. En esta primera fase, el proyecto definirá un modelo mínimo viable de interoperabilidad, centrado en funciones básicas como: • Identificación y registro único de las personas participantes. • Incorporación y consulta de documentos básicos de indicación y prescripción. • Retroalimentación de información esencial sobre la evolución y adherencia de los usuarios. El diseño priorizará la seguridad, la protección de datos y la compatibilidad con la normativa vigente, y se implementará de forma gradual en diferentes zonas de salud y municipios para recoger aprendizajes que orienten su escalado regional.	
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso • Nº de pruebas piloto de interoperabilidad realizadas. • Nº de zonas de salud y municipios participantes en el pilotaje. • % de procesos de derivación registrados de manera digital en las zonas piloto. Resultado • % de personas usuarias cuya información básica (indicación, prescripción y seguimiento) se comparte de forma interoperable entre los sistemas implicados. • Nº de incidencias técnicas detectadas y resueltas durante el pilotaje. Impacto • Reducción del uso de soportes no digitales en los procesos de derivación y seguimiento. • Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios, educadores físico-deportivos y agentes comunitarios con la integración digital.	Directos • Servicio Extremeño de Salud. • Fundación Jóvenes y Deporte. Temporalización prevista • 2026: Diseño del modelo de interoperabilidad y consenso institucional. • 2027: Pilotaje en áreas seleccionadas y primera evaluación técnica.





5. Cartera de indicación y prescripción de ejercicio físico por poblaciones diana prioritarias

Línea estratégica		Objetivos
Adaptar la indicación y prescripción del ejercicio físico a grupos poblacionales prioritarios, en función de niveles de actividad física, perfil funcional y contexto personal		2.1, 2.2
Descripción de la acción		
Se elaborará una cartera de fichas técnicas normalizadas para la indicación y prescripción de ejercicio físico en distintos grupos de población y condiciones de salud. Estas fichas actuarán como herramientas de apoyo clínico y comunitario, ofreciendo pautas estructuradas de frecuencia, intensidad, tipo y tiempo (método FITT), así como adaptaciones según edad, estado de salud, discapacidad, embarazo, posparto o situaciones de fragilidad. Cada ficha incluirá criterios de seguridad, contraindicaciones y orientaciones para garantizar la continuidad de la práctica en entornos comunitarios. La cartera constituirá un recurso técnico de referencia, complementario a los itinerarios de aplicación práctica recogidos en la Acción 7, y permitirá homogeneizar la prescripción en toda la red de Atención Primaria y en las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF).		
Indicadores de evaluación		Responsables de ejecución
Proceso - Nº de fichas de prescripción elaboradas y validadas por comité técnico-científico. - Nº de profesionales de APS y UAEF con acceso a la cartera a través del portal PEIPEF. Resultado % de prescripciones en APS que utilizan referencias de la cartera. - Nivel de satisfacción de profesionales sanitarios y de UAEF respecto a la utilidad de las fichas (encuestas anuales). Impacto % de usuarios que aumentan su nivel de actividad física tras 3 meses de seguimiento. - Mejora media de parámetros de condición física.		Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista 2026: Constitución del comité técnico y elaboración de las fichas de prescripción. 2027: Validación y pilotaje en diferentes contextos asistenciales y comunitarios. 2028: Difusión regional y disponibilidad en el portal PEIPEF.





6. Itinerarios de referencia por colectivos prioritarios

Línea estratégica	Objetivos
Adaptar la indicación y prescripción del ejercicio físico a grupos poblacionales prioritarios, en función de niveles de actividad física, perfil funcional y contexto personal	2.1, 2.2
Descripción de la acción	

Se diseñarán **itinerarios de referencia por colectivos**, que concreten el recorrido asistencial y comunitario de las personas usuarias en función de su perfil (infancia, adolescencia, mujer adulta, mayores, personas con enfermedad crónica, discapacidad, salud mental, embarazo o posparto, entre otros). Estos itinerarios definirán los pasos de cribado, valoración inicial, prescripción básica o avanzada, derivación a recursos comunitarios, seguimiento y retroalimentación hacia Atención Primaria.

Los itinerarios actuarán como **guías procedimentales de aplicación práctica**, mostrando cómo se utilizan las fichas técnicas de prescripción en los distintos escenarios y facilitando que profesionales sanitarios, educadores físico-deportivos y agentes comunitarios dispongan de un marco homogéneo para la atención coordinada. Con ello se asegura que la respuesta sea equitativa, replicable y ajustada a las necesidades específicas de cada colectivo.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de itinerarios de referencia elaborados y validados por el comité técnico. - Nº de zonas de salud que incorporan los itinerarios en sus protocolos de derivación. Resultado % de profesionales de Atención Primaria que conocen y utilizan los itinerarios (encuestas de seguimiento anual). - Nº de derivaciones realizadas siguiendo itinerarios estandarizados en relación al total de derivaciones en colectivos prioritarios. Impacto - Incremento en la seguridad y confianza profesional en el proceso de derivación (encuestas de satisfacción de APS). - Mejora en la homogeneidad de criterios de derivación entre diferentes áreas de salud (comparación de protocolos aplicados antes y después de la implantación de itinerarios). - Reducción de la variabilidad percibida en los circuitos de derivación por parte de profesionales de APS y UAEF.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista 2026: Diseño de itinerarios de referencia para colectivos prioritarios. 2027: Pilotaje de los itinerarios evaluación inicial.





2

7. Guías de buenas prácticas para colectivos específicos

Línea estratégica

Adaptar la indicación y prescripción del ejercicio físico a grupos poblacionales prioritarios, en función de niveles de actividad física, perfil funcional y contexto personal

Objetivos

2.1, 2.2

Descripción de la acción

Se elaborarán y difundirán **guías de buenas prácticas en indicación y prescripción de ejercicio físico para la salud**, basadas en experiencias contrastadas en el ámbito autonómico, nacional e internacional. Estas guías recogerán modelos de intervención que hayan demostrado eficacia y eficiencia en colectivos específicos o en contextos determinados, incorporando tanto los aspectos técnicos de la intervención como los organizativos y comunitarios que favorecieron su éxito.

Su orientación será práctica y accesible para profesionales sanitarios, educadores físico-deportivos y responsables de recursos comunitarios, de modo que cada perfil encuentre pautas útiles para mejorar su intervención y la coordinación entre ámbitos.

A diferencia de las fichas técnicas y los itinerarios de referencia, las guías de buenas prácticas tendrán un carácter dinámico y evolutivo, constituyéndose como un repositorio vivo de aprendizaje que facilite la transferencia de conocimiento, la replicación de iniciativas y la innovación metodológica en los distintos niveles del sistema sociosanitario y deportivo de Extremadura.

Indicadores de evaluación

Proceso

- nº de guías de buenas prácticas elaboradas y difundidas.

Resultado

- nº de descargas/consultas de las guías en el portal del PEIPEF.

Impacto

- % de profesionales que consideran útiles las guías para adaptar la prescripción.

Responsables de ejecución

Directos

- Fundación Jóvenes y Deporte.
- Servicio Extremeño de Salud.

Temporalización prevista

- **2026:** Identificación de experiencias relevantes y elaboración de las primeras guías de buenas prácticas para colectivos prioritarios.
- **2027:** Validación y difusión de estas guías entre profesionales sanitarios, educadores físico-deportivos y responsables comunitarios.
- **2028:** Actualización y ampliación del repositorio de guías, incorporando nuevas experiencias contrastadas.





8. Sello de buenas prácticas en ejercicio físico y salud

Línea estratégica	Objetivos
Adaptar la indicación y prescripción del ejercicio físico a grupos poblacionales prioritarios, en función de niveles de actividad física, perfil funcional y contexto personal	2.2, 2.3.
Descripción de la acción	
Se desarrollará un sistema de reconocimiento institucional a recursos comunitarios, programas e iniciativas que integren buenas prácticas en la promoción del ejercicio físico orientado a la salud, con impacto positivo en la población y una clara alineación con los principios del PEIPEF. Este sello de buenas prácticas permitirá identificar, de forma diferenciada, el grado de calidad, innovación y seguridad de las intervenciones, así como la población destinataria de las mismas. El sello se estructurará de forma graduable y diversificada, reflejando tanto la excelencia técnica como la pertinencia social de las actuaciones. Los criterios de concesión y las categorías serán definidos por el comité técnico intersectorial en el momento de articular las bases de la convocatoria, garantizando transparencia, objetividad y adaptabilidad a la evolución del Plan. La concesión del sello se realizará mediante convocatoria pública y será gestionada por la administración autonómica, con apoyo del comité técnico intersectorial. Los recursos reconocidos se incorporarán al mapa digital del PEIPEF, de modo que la ciudadanía, los profesionales sanitarios y los educadores físico-deportivos puedan identificar fácilmente su disponibilidad y características. Además de visibilizar las iniciativas más efectivas, el sello tendrá un efecto incentivador, estimulando la mejora continua y favoreciendo que las experiencias reconocidas sirvan de referencia para otros municipios, entidades o colectivos de la región.	
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de convocatorias publicadas. - Nº de candidaturas presentadas. Resultado - Nº de recursos comunitarios acreditados con el sello. % de recursos acreditados que mantienen o renuevan la acreditación. Impacto - Grado de conocimiento y confianza del sello entre profesionales y ciudadanía (encuestas).	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista 2027: Diseño de criterios y bases de convocatoria; primera convocatoria pública. 2028: Segunda convocatoria y consolidación del sello como herramienta de visibilización e incentivo de calidad e innovación.





2

9. Desarrollo de programas piloto en grupos prioritarios

Línea estratégica	Objetivos
Adaptar la indicación y prescripción del ejercicio físico a grupos poblacionales prioritarios, en función de niveles de actividad física, perfil funcional y contexto personal.	2.3
Descripción de la acción	

Se promoverá y se apoyará la puesta en marcha de **programas piloto dirigidos a grupos poblacionales prioritarios**, impulsados por zonas de salud, ayuntamientos, universidades u otras entidades interesadas, con el acompañamiento metodológico del PEIPEF. Estos pilotos tendrán como finalidad **probar y adaptar en la práctica real** las fichas de prescripción (Acción 6) y los itinerarios de referencia (Acción 7), aportando evidencias que orienten su mejora y escalado posterior.

Los programas se orientarán especialmente a colectivos con menor adherencia histórica a la práctica físico-saludable (mujeres jóvenes y adultas, personas mayores, personas con enfermedades crónicas, situaciones de dependencia o trastornos de salud mental), y deberán desarrollarse en entornos representativos de la diversidad territorial de Extremadura (urbano, periurbano y rural).

El PEIPEF actuará como **facilitador y garante metodológico**, proporcionando criterios comunes de diseño, indicadores mínimos de evaluación y mecanismos de coordinación intersectorial, de modo que las entidades que impulsen los pilotos lo hagan bajo un marco compartido.

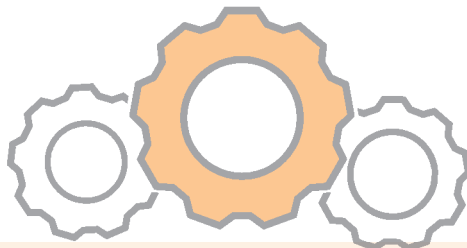
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de programas piloto vinculados al PEIPEF. - Nº de entidades/organizaciones participantes (ayuntamientos, zonas de salud, universidades).	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de pilotos que aplican fichas e itinerarios del PEIPEF. - grado de adherencia de participantes (% que completan el programa o muestran adherencia estable).	Temporalización prevista 2027: Promoción y apoyo metodológico inicial para el desarrollo pilotajes. 2028: Desarrollo, seguimiento y evaluación de experiencias pilotos.
Impacto - promedio de mejoras funcionales en las pruebas esenciales del proyecto. - grado de satisfacción de profesionales y usuarios con el piloto.	





10. Campañas locales de promoción de estilos de vida activos

Línea estratégica	Objetivos
Fomentar estilos de vida activos en la población general mediante estrategias comunitarias y entornos generadores de salud.	3.1, 3.2.
Descripción de la acción	
Se desarrollará un programa autonómico de apoyo a municipios y entidades locales para la puesta en marcha de campañas de sensibilización y dinamización comunitaria orientadas a impulsar hábitos activos en la ciudadanía. La coordinación autonómica garantizará coherencia y disponibilidad de materiales de referencia, mientras que los gobiernos locales adaptarán los mensajes y actividades a su realidad social y territorial. Las iniciativas combinarán recursos comunicativos accesibles y atractivos, sesiones participativas en colaboración con asociaciones locales y la organización de eventos comunitarios que refuercen la importancia de la actividad física como recurso cotidiano para la salud. El objetivo es que la población comprenda los beneficios de moverse más, identifique oportunidades en su entorno inmediato y otorgue sentido y valor a la práctica activa como elemento de bienestar individual y colectivo. De esta manera, las campañas fortalecerán la resiliencia y la capacidad de las comunidades locales para generar entornos más saludables y equitativos.	
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso • nº de municipios adheridos al programa. • nº de campañas locales realizadas. • nº de materiales distribuidos. Resultado • tasa de participación en talleres y eventos comunitarios. • % de población que recuerda los mensajes clave (encuestas post-campaña). Impacto • evolución del conocimiento percibido sobre los beneficios de la actividad física. • % de ciudadanos que refieren cambios positivos en sus rutinas tras participar en las iniciativas.	Directos • Fundación Jóvenes y Deporte. • Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista • 2026-2027: Diseño metodológico y convocatoria autonómica para municipios. • 2027-2028: Consolidación de campañas anuales en el conjunto de áreas de salud.





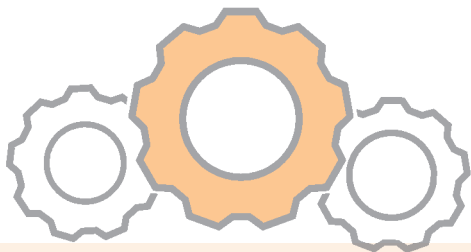
11. Impulso y alineación de programas comunitarios y ejercicio físico

Línea estratégica	Objetivos
Fomentar estilos de vida activos en la población general mediante estrategias comunitarias y entornos generadores de salud	3.2, 3.3.
Descripción de la acción	

Se promoverá el **impulso, consolidación y expansión de programas comunitarios de ejercicio físico orientados a la salud**, especialmente en zonas rurales, barrios con menores oportunidades y colectivos con baja adherencia histórica a la práctica físico-saludable. Estos programas, desarrollados en coordinación entre entidades locales, recursos comunitarios y Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF), tendrán como finalidad **garantizar oportunidades reales de práctica regular y segura**, contribuyendo a reducir desigualdades en el acceso a la actividad física.

La acción pondrá el foco en la **dinamización y sostenibilidad de la oferta**, asegurando que los programas dispongan de personal cualificado, metodologías basadas en la evidencia y sistemas de seguimiento mínimo. Se fomentará la cooperación intersectorial y la implicación del tejido asociativo y comunitario, de manera que los programas se consoliden como activos de salud locales.

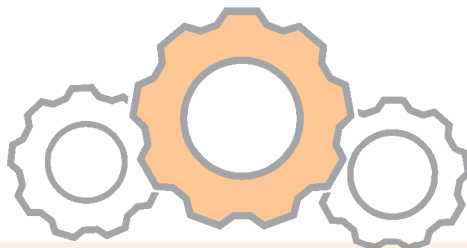
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - nº de programas comunitarios identificados y adheridos al PEIPEF. - nº de convenios o acuerdos de colaboración firmados. Resultado % de programas comunitarios alineados con los criterios del plan. - nº de nuevas iniciativas creadas con apoyo técnico del PEIPEF. Impacto - tasa de participación ciudadana en programas comunitarios vinculados al PEIPEF. % de usuarios derivados desde UAEF que acceden a programas comunitarios.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista 2027-2028: Identificación y mapeo de programas comunitarios; definición de criterios de alineación. 2028-2029: Formalización de acuerdos y apoyo técnico a nuevas iniciativas en municipios prioritarios.





12. Mapa interactivo de recursos comunitarios y activos de salud

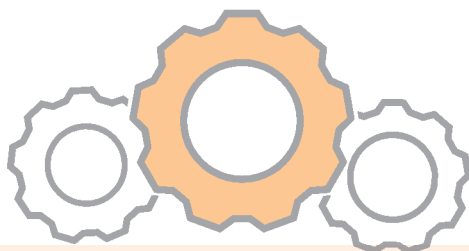
Línea estratégica	Objetivos
Fomentar estilos de vida activos en la población general mediante estrategias comunitarias y entornos generadores de salud	3.2, 3.4.
Descripción de la acción	
Se desarrollará un mapa de recursos y activos comunitarios vinculados al ejercicio físico para la salud, que permita identificar, organizar y mantener actualizada la oferta disponible en cada territorio. El mapa incluirá tanto programas estructurados de ejercicio físico como equipamientos, servicios municipales, asociaciones, iniciativas ciudadanas y otros recursos que actúen como activos de salud. De manera complementaria, se integrará en este instrumento la actualización progresiva del Censo Regional de Instalaciones Deportivas de Extremadura, garantizando que la red de equipamientos deportivos de titularidad pública y comunitaria quede incorporada en el sistema de forma actualizada y accesible. Esto permitirá relacionar las necesidades de práctica de la ciudadanía con los espacios disponibles, reforzando la planificación territorial y la equidad en el acceso. Este instrumento tendrá carácter digital, abierto y dinámico, facilitando el acceso a la información tanto para la ciudadanía como para los profesionales de Atención Primaria, las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF) y los responsables comunitarios. Su actualización periódica será esencial para asegurar la fiabilidad y utilidad de los datos, incorporando la participación de entidades locales y comunitarias. El mapa servirá como herramienta de referencia y transparencia, al visibilizar la diversidad de recursos disponibles y facilitar la toma de decisiones clínicas, comunitarias y personales en relación con la práctica de ejercicio físico.	
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso • nº de recursos comunitarios identificados e incluidos en el mapa. • % de municipios con al menos un recurso registrado. • % de instalaciones deportivas actualizadas en el mapa. Resultado • nº de consultas ciudadanas al mapa. • nº de derivaciones gestionadas a través del mapa digital. Impacto • mejora en la equidad territorial percibida en el acceso a recursos comunitarios. • % de usuarios que refieren haber accedido a un recurso gracias al mapa digital.	Directos • Fundación Jóvenes y Deporte. • Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista • 2026: Diseño técnico y definición de criterios de inclusión de recursos. • 2027: Lanzamiento del mapa digital en versión piloto. • 2028: Consolidación y actualización periódica con participación de entidades locales.





13. Promoción de entornos educativos y laborales activos

Línea estratégica	Objetivos
Fomentar estilos de vida activos en la población general mediante estrategias comunitarias y entornos generadores de salud	3.3, 3.4.
Descripción de la acción	
El PEIPEF contribuirá a la creación de entornos más saludables en los ámbitos educativos y laborales mediante el impulso y apoyo a iniciativas que promuevan la práctica regular de actividad física y la reducción del sedentarismo prolongado. En los centros educativos se fomentará la incorporación de medidas que favorezcan la movilidad cotidiana, la utilización de espacios públicos para la práctica libre y, especialmente, la inclusión de dinámicas que permitan romper el tiempo sedentario a lo largo de la jornada escolar. En el ámbito laboral se impulsará la puesta en marcha de actuaciones que integren pausas activas, movilidad activa en los desplazamientos diarios y programas de bienestar laboral que incorporen la actividad física como recurso de salud. Estas intervenciones se articularán en concordancia con los objetivos y valores del plan, asegurando su coherencia metodológica, facilitando su difusión y promoviendo que se conviertan en referentes de buenas prácticas en el territorio.	
Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - nº de centros educativos y organizaciones laborales que incorporan medidas de promoción activa. - nº de materiales o recursos de apoyo difundidos.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de alumnado y trabajadores que participan en pausas activas u otras dinámicas de reducción del sedentarismo.	Temporalización prevista 2027-2028: Elaboración de orientaciones técnicas y convocatoria inicial de adhesión de centros educativos y laborales. 2028-2029: Consolidación y visibilidad de las iniciativas a través del portal del PEIPEF.
Impacto Evolución en la percepción de bienestar y en el nivel de actividad física en alumnado y trabajadores (encuestas periódicas).	





14. Premios Extremeños a Iniciativas Comunitarias de Vida Activa

Línea estratégica	Objetivos
Fomentar estilos de vida activos en la población general mediante estrategias comunitarias y entornos generadores de salud	3.3, 3.4.
Descripción de la acción	

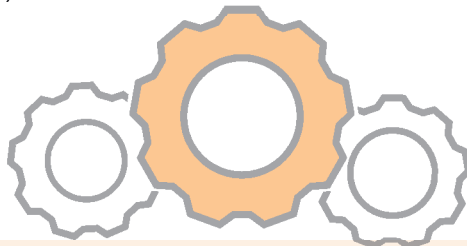
Se convocarán anualmente los **Premios Extremeños a Iniciativas Comunitarias de Vida Activa**, dirigidos a reconocer y visibilizar proyectos locales que fomenten la actividad física y la reducción del sedentarismo en la ciudadanía. Podrán concurrir ayuntamientos, asociaciones vecinales, clubes deportivos, centros educativos, entidades sociales, empresas con impacto comunitario y otras organizaciones que desarrollen iniciativas innovadoras y sostenibles en la promoción de estilos de vida activos.

Los premios tendrán carácter **honorífico y de difusión**, incluyendo:

- Reconocimiento institucional por parte de la Junta de Extremadura.
- Inclusión destacada de las iniciativas galardonadas en el **portal digital del PEIPEF**.
- Difusión en campañas regionales de comunicación y sensibilización.
- Acompañamiento metodológico para la consolidación o réplica de las experiencias en otros municipios.

La convocatoria contribuirá a crear una **cultura regional de vida activa**, motivando la participación comunitaria, generando referentes de buenas prácticas y fortaleciendo la equidad territorial mediante el intercambio de experiencias entre áreas rurales y urbanas.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso • Nº de candidaturas recibidas por edición. • Nº de municipios representados en las candidaturas. • % de candidaturas procedentes de entornos rurales. • Nº de convocatorias anuales publicadas. • Nº de categorías establecidas en la convocatoria (ej. municipal, asociativa, educativa, empresarial).	Directos • Fundación Jóvenes y Deporte. • Servicio Extremeño de Salud.
Resultado • Nº de iniciativas premiadas y difundidas en el portal PEIPEF. • % de iniciativas premiadas que mantienen su actividad al año siguiente. • Grado de satisfacción de las entidades participantes (encuestas post-convocatoria).	Temporalización prevista • 2027: Diseño de la convocatoria y difusión inicial. • 2028–2029: Convocatorias anuales con publicación de premiados, difusión en el portal PEIPEF y evento público de entrega.
Impacto • Nº de municipios que replican experiencias premiadas en ediciones anteriores. • Incremento de la visibilidad pública de las iniciativas (medición en medios y redes sociales). • Percepción ciudadana de mayor acceso a oportunidades de actividad física comunitaria (encuestas de salud).	





4

15. Itinerario formativo para profesionales sanitarios

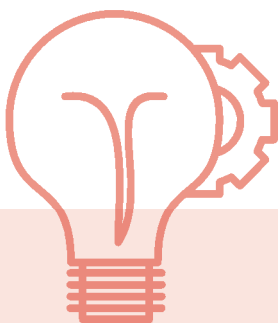
Línea estratégica	Objetivos
Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud	4.1, 4.2
Descripción de la acción	

Se fomentará la creación de un itinerario formativo dirigido principalmente a profesionales de Atención Primaria (medicina y enfermería), abierto a la participación de otros perfiles en función de su papel en la indicación y seguimiento de la actividad física. Este itinerario permitirá adquirir competencias básicas en la identificación de inactividad, la entrevista motivacional y la indicación segura de ejercicio físico como herramienta preventiva y de promoción de la salud.

La formación se planteará con un formato modular y flexible, combinando recursos online con actividades presenciales, de manera que facilite la participación de profesionales en todo el territorio y se adapte a la disponibilidad de cada área de salud. Se promoverá la colaboración con la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria de Extremadura para facilitar su acreditación y la integración en los programas de formación continuada, siempre que sea posible.

El objetivo es garantizar que los equipos de Atención Primaria dispongan de una capacitación mínima y homogénea que permita incorporar la prescripción de ejercicio físico a la práctica clínica habitual, respetando la equidad territorial y la diversidad de contextos en la región.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de ediciones del itinerario formativo promovidas. - Nº de profesionales inscritos por edición. % de centros de APS con al menos un profesional participante.	Directos - Consejería de Salud y Servicios Sociales. - Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes. - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de profesionales que completan satisfactoriamente la formación. - Grado de satisfacción de los participantes ($\geq 80\%$ valoraciones positivas). % de profesionales que declaran haber integrado la prescripción de ejercicio físico en su práctica.	Temporalización prevista 2026: Diseño metodológico y primera edición piloto. 2027–2028: Consolidación del itinerario como parte de la oferta formativa continuada, con revisiones periódicas y actualizaciones de contenidos.
Impacto - Aumento en el nº de derivaciones a UAEF registradas desde centros con profesionales formados. - Mejora en la calidad de las prescripciones (ajuste al método FITT y seguridad) evaluada mediante auditorías de muestra. - Percepción de mayor equidad territorial en el acceso a la formación y la prescripción (encuesta regional).	





16. Acreditación y actualización de profesionales del ejercicio físico

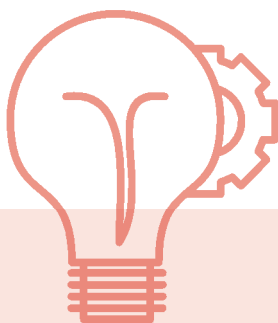
Línea estratégica	Objetivos
Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud	4.1, 4.2
Descripción de la acción	

Se desarrollará un programa de acreditación y actualización dirigido a profesionales de la Educación Física y el Deporte en Extremadura, con el fin de reforzar su capacitación para participar en procesos de indicación, planificación y seguimiento del ejercicio físico con fines de salud. Esta acreditación se articulará conforme a la **Ley 15/2015, de ordenación del ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura**, garantizando la seguridad y la calidad de las intervenciones.

El programa contemplará itinerarios de formación continua centrados en competencias clave: diseño de programas multicomponente, manejo seguro de poblaciones con necesidades especiales (personas mayores, cronicidad, salud mental leve, discapacidad), coordinación con EAP y uso de herramientas digitales del PEIPEF. La actualización se realizará mediante actividades presenciales, recursos digitales y comunidades de práctica, favoreciendo la participación de profesionales de todo el territorio.

El objetivo es disponer de una red acreditada de profesionales del ejercicio físico con formación homogénea, actualizada y reconocida oficialmente, que garantice la confianza del sistema sanitario, la ciudadanía y las instituciones en el despliegue del PEIPEF.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de programas de acreditación desarrollados. - Nº de profesionales inscritos y porcentaje sobre el total de colegiados. - Nº de actividades de actualización ofertadas anualmente.	Directos - Consejería de Salud y Servicios Sociales. - Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes. - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de profesionales que obtienen acreditación específica en ejercicio físico y salud. % de participantes que completan satisfactoriamente actividades de actualización. - Grado de satisfacción de los profesionales acreditados ($\geq 80\%$ positivos).	Temporalización prevista 2026: Diseño metodológico y primera edición piloto. 2027–2028: Consolidación del itinerario como parte de la oferta formativa continuada, con revisiones periódicas y actualizaciones de contenidos.
Impacto - Incremento de la participación de profesionales acreditados en las UAEF y programas comunitarios. - Mejora percibida en la calidad y seguridad de las intervenciones (encuestas a APS y ciudadanía). - Equilibrio territorial en la distribución de profesionales acreditados ($\geq 80\%$ de zonas de salud cubiertas).	





4

17. Comunidades de práctica y repositorio de buenas prácticas

Línea estratégica

Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud

Objetivos

4.2, 4.3

Descripción de la acción

Se impulsará la creación de **comunidades de práctica interprofesionales**, integradas por personal sanitario, profesionales del ejercicio físico, responsables municipales y agentes comunitarios, con el objetivo de favorecer el intercambio de experiencias y la actualización colectiva de conocimientos. Estas comunidades se organizarán en torno a foros virtuales y encuentros presenciales periódicos, facilitando la conexión entre áreas de salud y territorios rurales y urbanos.

De manera complementaria, se desarrollará un **repositorio digital de buenas prácticas en ejercicio físico y salud**, accesible desde el portal PEIPEF. Este repositorio recopilará protocolos, recursos metodológicos, materiales de apoyo y casos de éxito validados, garantizando su calidad mediante un comité científico-técnico. El repositorio actuará como un banco de recursos vivo, que permita a profesionales y entidades replicar intervenciones exitosas en distintos contextos.

El objetivo es consolidar una cultura de **aprendizaje compartido y mejora continua**, que refuerce la calidad, la equidad territorial y la innovación metodológica de las intervenciones en Extremadura.

Indicadores de evaluación

Proceso

- Nº de comunidades de práctica creadas y activas.
- Nº de encuentros interprofesionales realizados por año.
- Nº de recursos subidos y validados en el repositorio.

Resultado

- Nº de profesionales participantes en comunidades de práctica.
- % de usuarios que declaran haber aplicado materiales o protocolos del repositorio en su práctica.
- Grado de satisfacción con el repositorio y las comunidades ($\geq 80\%$ positivos).

Impacto

- Incremento en la homogeneidad de intervenciones entre áreas de salud (medido en auditorías muestrales).
- Replicación de experiencias de éxito en $\geq 50\%$ de las áreas de salud en el horizonte del plan.
- Percepción de mayor equidad territorial y cohesión interprofesional (encuestas regionales).

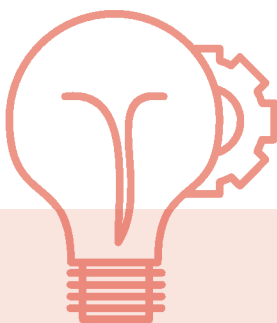
Responsables de ejecución

Directos

- Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes.
- Fundación Jóvenes y Deporte.
- Servicio Extremeño de Salud.

Temporalización prevista

- **2027:** Diseño de la metodología y lanzamiento del repositorio digital; constitución de las primeras comunidades de práctica.
- **2027-2028:** Expansión territorial y consolidación de encuentros anuales.
- **2028-2029:** Actualización periódica del repositorio y mantenimiento de comunidades de práctica como red estable.





4

18. Red extremeña de investigación aplicada en ejercicio físico y salud

Línea estratégica

Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud

Objetivos

4.3

Descripción de la acción

Se constituirá una **Red extremeña de investigación aplicada en ejercicio físico y salud**, integrada por universidades, centros de investigación, sociedades científicas, colegios profesionales y entidades interesadas. La Red tendrá como finalidad **coordinar y fortalecer el conocimiento científico en este ámbito**, promoviendo proyectos colaborativos, publicaciones conjuntas y transferencia de resultados hacia los sistemas sanitario, deportivo y comunitario.

La Red actuará como **plataforma de colaboración estable**, generando sinergias entre grupos de investigación y profesionales, y favoreciendo la captación de financiación competitiva nacional y europea. Entre sus líneas de trabajo se priorizarán: evaluación de la efectividad de los programas del PEIPEF, estudios sobre adherencia y equidad, y desarrollo de metodologías basadas en la evidencia para la prescripción y promoción del ejercicio físico.

Indicadores de evaluación

Proceso

- Nº de entidades/grupos integrados en la red.
- Nº de jornadas científicas o encuentros organizados anualmente.
- Nº de consorcios creados para concurrir a convocatorias externas.

Resultado

- Nº de proyectos alineados con prioridades del PEIPEF.
- % de investigaciones que incluyen participación de APS, UAEF o recursos comunitarios.
- Grado de satisfacción de los miembros de la red con las actividades organizadas (≥ 80 % positivos).

Impacto

- Incremento de la transferencia de resultados hacia programas del PEIPEF.
- Reconocimiento de la red como espacio de referencia regional y nacional.
- Percepción de mayor innovación y coherencia científica en el despliegue del PEIPEF.

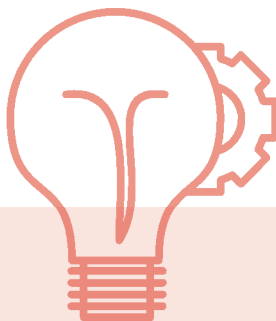
Responsables de ejecución

Directos

- Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes.
- Fundación Jóvenes y Deporte.
- Servicio Extremeño de Salud.

Temporalización prevista

- **2027:** constitución de la red y organización de la primera jornada autonómica.
- **2027-2028:** consolidación de encuentros anuales y lanzamiento de consorcios en convocatorias externas.
- **2028-2029:** funcionamiento estable como espacio de referencia regional, con transferencia sistemática de resultados hacia la práctica del PEIPEF.





4

19. Laboratorio de innovación en ejercicio y salud

Línea estratégica

Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud

Objetivos

4.3

Descripción de la acción

Se pondrá en marcha un **Laboratorio de innovación en ejercicio físico y salud**, concebido como un espacio de experimentación para el diseño, prueba y validación de nuevas metodologías, tecnologías y modelos de intervención vinculados a la prescripción de ejercicio físico.

El Laboratorio permitirá **testar prototipos y programas piloto** en colaboración con zonas de salud, UAEF, ayuntamientos y entidades comunitarias, evaluando su viabilidad técnica, su impacto en la práctica real y su potencial de escalabilidad. Los aprendizajes obtenidos se difundirán entre profesionales sanitarios, educadores físico-deportivos y gestores comunitarios, fomentando la **transferencia de experiencias innovadoras** y la adaptación del PEIPEF a nuevos retos y necesidades sociales.

Indicadores de evaluación

Proceso

- Nº de proyectos de innovación seleccionados y puestos en marcha.
- Nº de entidades participantes en cada piloto.
- Nº de herramientas o metodologías testadas en entornos reales.

Resultado

- % de proyectos que completan fase piloto con evaluación positiva.
- Nº de innovaciones transferidas a las UAEF o al portal PEIPEF.
- Grado de satisfacción de profesionales y usuarios en los pilotos (≥ 80 % positivos).

Impacto

- Mejora en adherencia y accesibilidad en colectivos específicos tras aplicar innovaciones.
- Reconocimiento del PEIPEF como referente en innovación en ejercicio físico y salud a nivel nacional.
- Participación de Extremadura en al menos una red o proyecto europeo de innovación en salud.

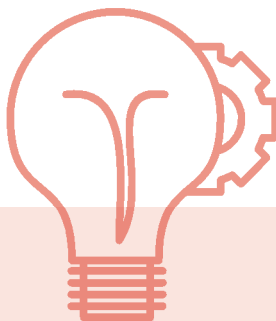
Responsables de ejecución

Directos

- Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes.
- Fundación Jóvenes y Deporte.
- Servicio Extremeño de Salud.

Temporalización prevista

- **2027:** Constitución del laboratorio como red y selección de primeras experiencias piloto.
- **2027-2028:** Desarrollo y evaluación de pilotos en distintos ámbitos (digital, metodológico, inclusivo).
- **2028-2029:** Transferencia de innovaciones validadas a la práctica habitual del PEIPEF y conexión con redes nacionales/europeas.





4

20. Programa de transferencia y divulgación científica

Línea estratégica

Fortalecer la formación, la investigación y la innovación en ejercicio físico para la salud

Objetivos

4.3, 4.4

Descripción de la acción

Se pondrá en marcha un **programa de transferencia y divulgación científica** que garantice que el conocimiento generado en Extremadura en el ámbito del ejercicio físico y la salud llegue de forma efectiva a profesionales, gestores, responsables políticos y ciudadanía. Este programa se articulará a través de varias vías complementarias:

1. **Jornadas y congresos autonómicos** de ejercicio físico y salud, con carácter anual, para difundir resultados de investigación, experiencias innovadoras y buenas prácticas en el territorio.
2. **Publicaciones periódicas** (informes técnicos, guías breves, boletines electrónicos) dirigidas a profesionales del sistema sanitario, físico-deportivo y comunitario.
3. **Portal digital PEIPEF** como espacio de acceso abierto a recursos divulgativos, materiales de apoyo y síntesis de la evidencia disponible.
4. **Acciones de comunicación social** orientadas a ciudadanía y medios de comunicación, en coordinación con las estrategias de promoción de la salud y comunicación institucional de la Junta de Extremadura.

El objetivo es transformar la investigación y la innovación en **recursos útiles y comprensibles**, favoreciendo la mejora continua de la práctica profesional y aumentando la cultura social en torno al valor del ejercicio físico para la salud.

Indicadores de evaluación

Proceso

- Nº de jornadas/congresos autonómicos organizados.
- Nº de publicaciones técnicas y divulgativas producidas al año.
- Nº de recursos subidos al portal PEIPEF con acceso abierto.

Resultado

- Nº de profesionales participantes en jornadas y congresos.
- Nº de descargas/consultas de materiales divulgativos.
- % de profesionales que declaran haber utilizado recursos de transferencia en su práctica.

Impacto

- Incremento de la visibilidad del PEIPEF en medios de comunicación y redes sociales.
- Mejora percibida en la integración de la evidencia científica en la práctica diaria (encuestas a profesionales).
- Reforzamiento de la confianza ciudadana en la prescripción de ejercicio físico como herramienta de salud pública.

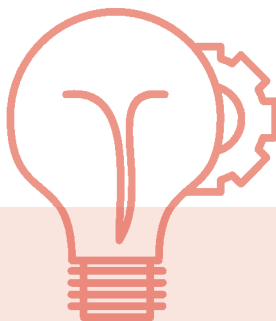
Responsables de ejecución

Directos

- Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes.
- Fundación Jóvenes y Deporte.
- Servicio Extremeño de Salud.

Temporalización prevista

- **2027:** Diseño metodológico y primera jornada autonómica.
- **2027-2028:** Consolidación del programa con publicaciones periódicas y recursos digitales.
- **2028-2029:** integración plena en el portal PEIPEF y mantenimiento como programa estable de divulgación y transferencia.





21. Consolidación y dinamización del portal digital del PEIPEF

Línea estratégica	Objetivos
Facilitar la implementación operativa de la indicación y prescripción del ejercicio físico mediante herramientas digitales y comunitarias	5.1, 5.2, 5.3
Descripción de la acción	

Se desarrollará un **portal digital autónómico** que actúe como núcleo operativo del PEIPEF, integrando la información y las herramientas necesarias para profesionales sanitarios, profesionales del ejercicio físico y ciudadanía. El portal permitirá: (1) la gestión de la indicación, prescripción y derivación de ejercicio físico desde Atención Primaria hacia las Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF) y recursos comunitarios; (2) el registro sistemático de datos de seguimiento y adherencia; (3) la consulta ciudadana de recursos comunitarios a través de un **mapa interactivo de activos de salud**; y (4) la difusión de materiales educativos y de sensibilización sobre vida activa.

El diseño priorizará la **usabilidad, la accesibilidad universal y la seguridad**, garantizando el cumplimiento del RGPD. Será una plataforma viva, actualizable y escalable, capaz de integrar en fases posteriores la app ciudadana y el cuadro de mando operativo para gestores locales.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de recursos digitales subidos y actualizados en el portal. - Nº de usuarios profesionales con acceso activo. - Nº de visitas mensuales ciudadanas al portal. Resultado % de centros de APS y UAEF que utilizan el portal en su operativa diaria. % de derivaciones y seguimientos registrados digitalmente. - Grado de satisfacción de profesionales y ciudadanía (≥ 80 % valoraciones positivas). Impacto - Aumento progresivo de la trazabilidad de las derivaciones y del seguimiento longitudinal. - Mayor visibilidad y uso de los recursos comunitarios identificados en el mapa de activos. - Percepción de transparencia y confianza en el sistema (encuestas ciudadanas y profesionales).	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista 2026: Consolidación del portal y lanzamiento de campañas de difusión y formación inicial. 2026-2027: Ampliación de contenidos y funcionalidades (integración del mapa de activos, repositorio de materiales). 2027-2029: Mantenimiento estable como plataforma de referencia, con actualizaciones periódicas y nuevas integraciones.





22. App ciudadana para seguimiento y educación activa

Línea estratégica	Objetivos
Facilitar la implementación operativa de la indicación y prescripción del ejercicio físico mediante herramientas digitales y comunitarias	5.2, 5.3
Descripción de la acción	

Se desarrollará y mantendrá una **aplicación móvil ciudadana** vinculada al portal PEIPEF, orientada a facilitar el acceso de la población a su plan de ejercicio físico, así como a contenidos educativos y motivacionales para la adopción de estilos de vida activos. La app permitirá a los usuarios: (1) consultar de manera sencilla las recomendaciones y planes de ejercicio físico indicados desde Atención Primaria y/o UAEF; (2) registrar hábitos y progresos de actividad física, integrables con dispositivos portátiles (*wearables*); (3) recibir notificaciones y recordatorios personalizados que favorezcan la adherencia; y (4) acceder a contenidos divulgativos en lectura fácil, adaptados a distintos perfiles poblacionales.

La herramienta se diseñará con criterios de **accesibilidad universal y seguridad de datos**, garantizando su interoperabilidad del portal PEIPEF, de modo que complemente el sistema digital sin generar duplicidades. Su objetivo será reforzar la adherencia individual y acercar el PEIPEF a la ciudadanía, contribuyendo a su visibilidad y legitimidad social.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de descargas de la aplicación. - Nº de usuarios activos mensuales. - Nº de contenidos educativos disponibles.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de usuarios que mantienen registro continuado ≥ 8 semanas. % de participantes que declaran mayor adherencia gracias a la app (encuesta). - Grado de satisfacción de los usuarios (≥ 80 % valoraciones positivas).	Temporalización prevista 2028: Diseño metodológico y lanzamiento de primera versión de la app. 2028-2029: Consolidación de funcionalidades y portal PEIPEF. 2028: Actualización periódica y ampliación de contenidos personalizados por perfiles.
Impacto - Incremento de la adherencia en usuarios derivados desde APS/UAEF que usan la app. - Mayor equidad en el acceso a la información y recursos de ejercicio (medido por cobertura rural/urbana). - Reconocimiento de la app como recurso oficial de salud activa en la región.	





23. Cuadro de mando operativo para gestores locales y áreas de salud

Línea estratégica	Objetivos
Facilitar la implementación operativa de la indicación y prescripción del ejercicio físico mediante herramientas digitales y comunitarias	5.1, 5.2
Descripción de la acción	

Se implementará un **cuadro de mando digital** como herramienta de gestión para responsables de áreas de salud, municipios y entidades implicadas en el PEIPEF. Este cuadro de mando estará integrado en el portal digital del plan y permitirá visualizar en tiempo real los principales **indicadores de actividad, cobertura y resultados** vinculados a la prescripción de ejercicio físico.

Entre sus funciones se incluirán: (1) seguimiento del volumen de derivaciones y prescripciones registradas; (2) monitorización de la adherencia y la participación en programas comunitarios; (3) análisis territorial de cobertura y equidad (zonas rurales/urbanas); (4) acceso a indicadores de impacto en salud poblacional y uso de servicios sanitarios; y (5) generación de informes periódicos exportables para la gestión local y autonómica.

El cuadro de mando tendrá un diseño **intuitivo, accesible y escalable**, que permita tanto la gestión operativa diaria como la planificación estratégica a medio plazo. Su desarrollo reforzará la transparencia, la rendición de cuentas y la capacidad de los gestores para tomar decisiones basadas en datos.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de áreas de salud y municipios con acceso operativo al cuadro de mando. - Nº de usuarios gestores registrados en la herramienta. - Nº de indicadores disponibles y actualizados en la plataforma. Resultado % de gestores que utilizan el cuadro de mando en su práctica habitual. - Nº de informes locales y regionales generados con la herramienta. - Grado de satisfacción de gestores y responsables institucionales (≥ 80 % positivos). Impacto - Mejora en la capacidad de planificación territorial y toma de decisiones basada en datos. - Incremento de la equidad territorial detectado a partir de indicadores (≥ 80% de zonas de salud con datos actualizados). - Percepción de mayor transparencia y rendición de cuentas por parte de ciudadanía y profesionales.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista 2027: Diseño metodológico y primera versión piloto integrada en el portal. 2027-2028: Despliegue progresivo en todas las zonas de salud. 2028-2029: Consolidación como herramienta de referencia para la gestión regional del PEIPEF, con actualización periódica de indicadores.





24. Accesibilidad digital y lectura fácil en los recursos del PEIPEF

Línea estratégica

Facilitar la implementación operativa de la indicación y prescripción del ejercicio físico mediante herramientas digitales y comunitarias

Objetivos

5.3

Descripción de la acción

El PEIPEF garantizará que todos los recursos digitales (portal, app ciudadana, cuadro de mando y materiales asociados) cumplan con **estándares de accesibilidad universal**, asegurando que ninguna persona quede excluida de la información y los servicios del plan por motivos de edad, discapacidad, nivel educativo o situación socioeconómica.

La acción contempla: (1) adaptación del portal y la app a las directrices internacionales de accesibilidad digital (WCAG 2.1 AA); (2) incorporación de la metodología de **lectura fácil** para mejorar la comprensión de los materiales y mensajes clave por parte de la población general; (3) disponibilidad de versiones en diferentes idiomas de uso habitual en Extremadura; y (4) desarrollo de recursos específicos para colectivos con necesidades particulares (personas mayores, discapacidad visual o auditiva, baja alfabetización digital).

Este compromiso reforzará la **equidad territorial y social**, alineándose con los valores del PEIPEF y con las normativas de accesibilidad vigentes a nivel nacional y europeo.

Indicadores de evaluación

Proceso

- % de recursos digitales del PEIPEF adaptados a WCAG 2.1 AA.
- Nº de materiales producidos en lectura fácil y otros formatos accesibles.
- Nº de revisiones de accesibilidad realizadas anualmente.

Resultado

- % de usuarios que declaran poder acceder sin barreras a la información y herramientas digitales del PEIPEF.
- % de colectivos vulnerables que hacen uso del portal/app tras las adaptaciones.
- Grado de satisfacción con la accesibilidad (≥ 80 % valoraciones positivas en encuestas).

Impacto

- Reducción de la brecha digital en colectivos prioritarios (personas mayores, discapacidad, medio rural).
- Incremento en la participación equitativa de la ciudadanía en programas comunitarios derivados del PEIPEF.
- Percepción de Extremadura como comunidad referente en accesibilidad digital aplicada a salud y deporte.

Responsables de ejecución

Directos

- Fundación Jóvenes y Deporte.
- Servicio Extremeño de Salud.

Temporalización prevista

- **2028:** Auditoría inicial de accesibilidad y diseño de materiales en lectura fácil.
- **2028–2029:** Despliegue progresivo de adaptaciones en portal, app y cuadro de mando.
- **2029:** Actualización y mantenimiento periódico de recursos accesibles.





25. Protocolos de interoperabilidad y protección de datos

Línea estratégica	Objetivos
Facilitar la implementación operativa de la indicación y prescripción del ejercicio físico mediante herramientas digitales y comunitarias	5.1, 5.2
Descripción de la acción	

Se desarrollarán e implantarán **protocolos técnicos y jurídicos de interoperabilidad y protección de datos** que permitan la integración del portal digital PEIPEF y sus herramientas asociadas (app ciudadana, cuadro de mando) con los sistemas de información susceptibles de beneficiarse del Plan y con aquellos que puedan aportarle valor al mismo, así como con los sistemas municipales y comunitarios de gestión deportiva.

Estos protocolos garantizarán: (1) la **trazabilidad completa** del proceso de indicación, prescripción y derivación desde Atención Primaria hasta el recurso comunitario; (2) la **retroalimentación de información** sobre adherencia y resultados desde las UAEF y programas comunitarios al sistema sanitario; (3) el cumplimiento estricto del **Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)** y de la normativa nacional y autonómica en materia de historia clínica digital; y (4) la seguridad y equidad en el intercambio de información entre instituciones.

El objetivo es consolidar una infraestructura digital **fiable, segura y compartida**, que facilite la coordinación entre sanidad, deporte y comunidad, evitando duplicidades y asegurando que los datos contribuyan a la evaluación y mejora continua del PEIPEF.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de protocolos técnicos y jurídicos elaborados y aprobados. - Nº de áreas de salud y municipios integrados en el sistema interoperable. - Nº de sesiones de formación sobre uso seguro de la plataforma. Resultado % de derivaciones registradas digitalmente con trazabilidad completa. - Nº de incidentes de seguridad o brechas de datos notificadas. Impacto - Mejora en la coordinación entre niveles sanitario y comunitario (encuestas profesionales). - Mayor confianza institucional y ciudadana en el sistema digital. - Cumplimiento verificable de los hitos de digitalización exigidos en el Plan de Recuperación y Resiliencia.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud. Temporalización prevista 2027: Diseño de protocolos y validación jurídica; pilotajes de interoperabilidad. 2027–2028: Despliegue progresivo de interoperabilidad con municipios y programas comunitarios. 2028–2029: Consolidación del sistema interoperable y auditorías periódicas de seguridad.





26. Comisión Técnica Intersectorial de Seguimiento del PEIPEF

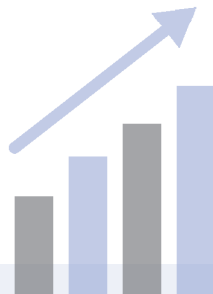
Línea estratégica	Objetivos
Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas	6.1, 6.2
Descripción de la acción	

Se constituirá una **Comisión Técnica Intersectorial de seguimiento del PEIPEF**, como órgano estable de coordinación y evaluación del plan. Estará integrada por representantes de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, la Consejería de Cultura, Turismo, Jóvenes y Deportes, el Servicio Extremeño de Salud, la Fundación Jóvenes y Deporte, la Federación Extremeña de Municipios y Provincias (FEMPEX), la Universidad de Extremadura y los colegios profesionales vinculados.

La Comisión tendrá como funciones: (1) coordinar el seguimiento de la implementación en todas las líneas estratégicas; (2) revisar de forma periódica los avances y resultados del plan; (3) garantizar la coherencia con las metas fijadas a nivel nacional y europeo; (4) promover la participación de profesionales y ciudadanía en los procesos de evaluación; y (5) proponer ajustes y mejoras en base a la evidencia recogida.

Este órgano reforzará la **gobernanza participativa e intersectorial** del PEIPEF, asegurando un mecanismo estable de coordinación entre administraciones y entidades implicadas, así como un canal de rendición de cuentas institucional y social.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Constitución formal de la Comisión y aprobación de su reglamento de funcionamiento. - Nº de reuniones celebradas anualmente. - Nº de entidades e instituciones representadas en la Comisión.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de acciones del PEIPEF revisadas en cada informe anual de la Comisión. - Nº de propuestas de mejora elevadas a los órganos de gobierno. - Grado de satisfacción de las entidades participantes con el funcionamiento de la Comisión (≥ 80 % positivos).	Temporalización prevista 2026: constitución formal de la Comisión y primera reunión ordinaria. 2026–2027: funcionamiento regular con al menos 2 reuniones anuales e informes de seguimiento.
Impacto - Incremento en la coherencia y alineación intersectorial de la implementación del plan. - Percepción de mayor transparencia y gobernanza compartida (encuestas a profesionales y ciudadanía). - Reconocimiento de la Comisión como espacio estable de coordinación regional en prescripción de ejercicio físico.	





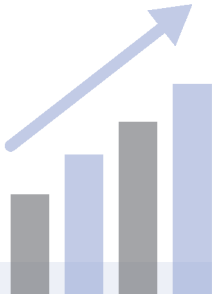
27. Cuadro de indicadores estratégicos del PEIPEF

Línea estratégica	Objetivos
Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas	6.1, 6.2
Descripción de la acción	

Se diseñará un **cuadro de indicadores estratégicos del PEIPEF**, orientado a evaluar su impacto global en términos de salud, equidad y sostenibilidad. Este cuadro se basará en un conjunto limitado de indicadores clave, definidos por el comité técnico intersectorial, que permitan valorar el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos y de los valores rectores del Plan.

Los indicadores incluirán dimensiones de cobertura (población cribada y atendida), resultados clínicos y funcionales, seguridad, equidad territorial y social, así como sostenibilidad y transparencia. Su periodicidad será bienal, y sus resultados serán presentados públicamente como parte de los informes de evaluación del Plan.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de indicadores definidos y validados en fichas técnicas. - Nº de fuentes de datos integradas en el cuadro. - Nº de sesiones de capacitación para responsables de reporte.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de indicadores actualizados conforme a la periodicidad prevista. % de líneas estratégicas con indicadores disponibles y comparables. - Nº de informes anuales elaborados utilizando el cuadro.	Temporalización prevista 2027: Diseño del cuadro de indicadores, validación de fichas técnicas y selección de fuentes de datos. 2027–2028: Implementación del cuadro y generación de los primeros informes de seguimiento. 2028: Consolidación como sistema estable de evaluación estratégica y rendición de cuentas pública.
Impacto - Mejora en la capacidad de evaluación y planificación estratégica del PEIPEF. - Mayor transparencia y confianza de la ciudadanía en los resultados del plan. - Cumplimiento verificable de los hitos de evaluación exigidos en el Plan de Recuperación y Resiliencia.	





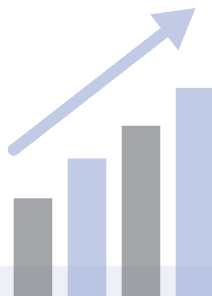
28. Informes bienales de evaluación del PEIPEF

Línea estratégica	Objetivos
Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas	6.2, 6.3
Descripción de la acción	

Se establecerá un sistema de **informes bienales de evaluación del PEIPEF**, elaborados a partir del cuadro de indicadores estratégicos (Acción 6.2) y con la participación de la Comisión Técnica Intersectorial (Acción 6.1). Estos informes recogerán los avances, resultados e impacto del plan en cada periodo de dos años, identificando logros, dificultades y propuestas de mejora.

Cada informe será de carácter público y accesible, con el fin de reforzar la transparencia y la rendición de cuentas hacia profesionales, instituciones y ciudadanía. Además, incluirá un apartado específico de equidad territorial, perspectiva de género y sostenibilidad, garantizando que estos principios orienten la implementación del plan.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de informes bienales publicados en el periodo del plan. - Nº de sesiones de devolución de resultados organizadas tras cada informe.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado % de líneas estratégicas evaluadas en cada informe. - Nº de propuestas de mejora recogidas en los informes. - Grado de satisfacción de los actores implicados con el sistema de informes (≥ 80 % positivos).	Temporalización prevista 2027: Publicación del primer informe bienal (2026-2027). 2029: Publicación del segundo informe bienal (2028-2029).
Impacto - Mayor confianza institucional y ciudadana en la implementación del PEIPEF. - Reconocimiento del plan como modelo de transparencia en Extremadura. - Incremento de la coherencia estratégica en las fases posteriores del PEIPEF.	





29. Sistema interno de gestión de la calidad

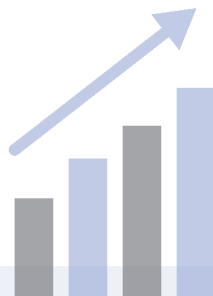
Línea estratégica	Objetivos
Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas	6.2, 6.3
Descripción de la acción	

Se diseñará un **sistema interno de gestión de la calidad del PEIPEF**, concebido como un marco de referencia que defina los principios rectores, los procesos básicos y los criterios mínimos para garantizar la coherencia, eficiencia y transparencia en la ejecución del Plan.

El sistema se basará en la definición clara de responsabilidades, en la estandarización de procedimientos esenciales (diseño de acciones, seguimiento, comunicación de resultados) y en la incorporación de mecanismos sencillos de retroalimentación por parte de profesionales y ciudadanía.

Al tratarse de una primera edición del Plan, el sistema de gestión de la calidad se concibe como flexible y progresivo, con posibilidad de evolucionar hacia herramientas más avanzadas (p. ej., auditorías internas o certificaciones externas) en futuras fases o revisiones del PEIPEF, en función de los recursos y capacidades disponibles.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de principios rectores y procesos básicos definidos y documentados. % de acciones del Plan que aplican los procedimientos comunes establecidos. Resultado - Grado de cumplimiento de los procesos definidos (según revisión periódica interna). - Nº de mejoras incorporadas en el sistema de gestión de la calidad en cada revisión bienal. Impacto - Grado de satisfacción de profesionales implicados respecto a la claridad y utilidad del sistema (>70 % en encuestas). - Incremento de la coherencia percibida entre planificación, ejecución y seguimiento del Plan (medida cualitativamente en los informes de evaluación).	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Temporalización prevista	
2028: Definición de principios rectores y procesos básicos. 2028-29: Primera revisión de la aplicación de procesos comunes. 2029: Incorporación de mejoras al sistema en base a la experiencia y a la retroalimentación recibida.	





30. Participación ciudadana y rendición de cuentas

Línea estratégica	Objetivos
Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas	6.2, 6.3
Descripción de la acción	

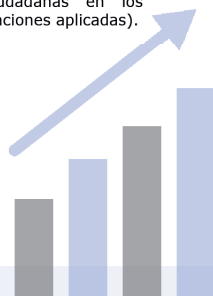
Se pondrán en marcha **mecanismos progresivos de participación ciudadana y rendición de cuentas**, concebidos como un proceso gradual que refuerce la transparencia del PEIPEF y permita incorporar la voz de la ciudadanía en su evaluación y mejora continua.

En una primera fase, se organizará un **foro autonómico anual** sobre ejercicio físico y salud, como espacio de encuentro entre ciudadanía, asociaciones, entidades locales y profesionales. De manera complementaria, se realizarán **encuestas de experiencia ciudadana con periodicidad anual**, aplicadas de forma sencilla (principalmente online y con apoyo de zonas de salud y recursos comunitarios), orientadas a recoger la percepción de accesibilidad, calidad y utilidad del plan.

Asimismo, se habilitará en el portal PEIPEF un tablero básico de datos públicos, que mostrará de forma comprensible los indicadores clave de seguimiento y los principales resultados de los informes bienales. Este tablero se irá ampliando progresivamente con nuevos indicadores y materiales de comunicación adaptados (Incluida lectura fácil).

De este modo, la acción asegura un enfoque realista y escalable, que puede consolidarse y crecer en fases posteriores del PEIPEF, manteniendo como principios fundamentales la transparencia, la participación social y la confianza ciudadana en el sistema.

Indicadores de evaluación	Responsables de ejecución
Proceso - Nº de foros autonómicos anuales organizados. - Nº de encuestas de experiencia ciudadana realizadas anualmente. - Nº de accesos al tablero básico de datos en el portal PEIPEF.	Directos - Fundación Jóvenes y Deporte. - Servicio Extremeño de Salud.
Resultado - Representación territorial y sectorial en los foros (ej. asociaciones, municipios, entidades sanitarias). % de usuarios que declaran sentirse escuchados en el proceso de evaluación. - Grado de satisfacción con los mecanismos de participación (≥ 80 % valoraciones positivas).	Temporalización prevista 2028: Organización del primer foro autonómico y lanzamiento de la primera encuesta de experiencia. 2028-2029: Consolidación del foro autonómico 2029: Ampliación progresiva de mecanismos de participación.
Impacto - Incremento progresivo de la confianza ciudadana en el PEIPEF como política pública. - Mayor percepción de transparencia institucional en salud y deporte. - Incorporación de propuestas ciudadanas en los informes bienales (nº de recomendaciones aplicadas).	



CRONOGRAMA DE ACCIONES PREVISTO



organizadas en sus respectivas líneas estratégicas



SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El sistema de seguimiento y evaluación del Plan Extremeño de Indicación y Prescripción de Ejercicio Físico constituye una herramienta clave para garantizar su eficacia, transparencia y sostenibilidad. Su finalidad es valorar el grado real de implementación de las líneas estratégicas, medir los resultados alcanzados en salud y equidad, e impulsar la mejora continua del modelo.

PRINCIPIOS Y ALCANCE

El seguimiento y la evaluación se regirán por los principios de rigor técnico, participación intersectorial, transparencia pública y mejora continua. El sistema abarcará tanto la ejecución de las acciones previstas como sus resultados inmediatos y el impacto a medio y largo plazo en la salud de la población.

GOBERNANZA DE LA EVALUACIÓN

La coordinación corresponderá a la **Comisión Técnica Intersectorial de Seguimiento del PEIPEF**, creada específicamente para este fin e integrada por representantes de las consejerías competentes en salud, deporte y servicios sociales, junto con entidades colaboradoras y profesionales de referencia. Esta comisión revisará periódicamente los avances, propondrá medidas de mejora y garantizará la coherencia del plan con las políticas regionales de salud pública y promoción de estilos de vida activos. Cada línea estratégica contará con responsables operativos de evaluación, que velarán por el cumplimiento de los objetivos y la calidad de los datos registrados en su ámbito de actuación.

HERRAMIENTAS Y CIRCUITOS DE INFORMACIÓN

El sistema se apoyará en herramientas digitales interoperables que permitan el registro de derivaciones, la monitorización de la adherencia a programas y la consolidación de información procedente de distintos sectores. Estas herramientas asegurarán trazabilidad, retorno de información entre los niveles sanitario y comunitario, y la generación de cuadros de mando que faciliten la toma de decisiones a nivel local y autonómico.

MARCO DE INDICADORES

Todos los indicadores definidos en las acciones del PEIPEF serán objeto de seguimiento y evaluación. Para facilitar su comprensión y clasificación, se estructuran en tres grandes subtipos:

- ✓ **Indicadores de proceso:** recogen el grado de ejecución de las acciones previstas y el despliegue de los recursos planificados. Miden aspectos como la cobertura alcanzada, la formación de profesionales o la implantación de circuitos de derivación. *Ejemplo:* número de Unidades Activas de Ejercicio Físico acreditadas; número de profesionales sanitarios y educadores físico-deportivos que completan la formación prevista.
- ✓ **Indicadores de resultado:** valoran los efectos inmediatos de las intervenciones en la población destinataria, incluyendo cambios en la adherencia, la condición física o la satisfacción de usuarios y profesionales. *Ejemplo:* porcentaje de personas derivadas que completan un programa de ejercicio; grado de satisfacción reportado por los participantes.
- ✓ **Indicadores de impacto:** miden los efectos más amplios y sostenibles del plan sobre la salud pública, la equidad territorial y social, y el funcionamiento del sistema sanitario. Reflejan cambios en la prevalencia de la inactividad, la fragilidad o la utilización de recursos sanitarios. *Ejemplo:* reducción de la prevalencia de sedentarismo en grupos prioritarios; disminución de la polimedicación en población mayor tras su participación en los programas.

Este sistema permitirá valorar de manera integral la implementación del plan, desde la puesta en marcha de las acciones hasta sus efectos finales sobre la salud y la calidad de vida de la ciudadanía extremeña.

PERIODICIDAD Y RESULTADOS DE EVALUACIÓN

El seguimiento operativo se realizará con carácter anual mediante informes técnicos de avance. Además, se elaborarán **informes bienales de evaluación** que integren resultados, impacto y propuestas de mejora. Estos informes tendrán carácter público y se difundirán entre instituciones, profesionales y ciudadanía. El plan contempla asimismo una **evaluación intermedia** a mitad de su vigencia y una **evaluación final** al término del periodo de aplicación, con el objetivo de orientar futuras estrategias regionales.

CALIDAD DEL DATO Y PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se establecerán protocolos comunes para garantizar la fiabilidad de los datos, la homogeneidad en el registro y la posibilidad de comparación entre territorios. La información se gestionará conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos y únicamente para fines de planificación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud y deporte.

RELACIÓN CON LA LÍNEA ESTRATÉGICA 6

El seguimiento y evaluación del plan se desarrollará principalmente a través de las acciones previstas en la **Línea Estratégica 6: Asegurar el seguimiento, la evaluación del impacto y la mejora continua del Plan, garantizando gobernanza intersectorial y rendición de cuentas**. Dichas acciones articulan la creación de la Comisión Técnica Intersectorial, la definición del cuadro de indicadores estratégicos y la elaboración de informes bienales de evaluación, constituyendo el núcleo operativo del sistema de seguimiento.

11

GLOSARIO



A**Actividad física**

Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto energético. Incluye desplazamientos, tareas domésticas, actividades recreativas y laborales.

Adherencia

Grado en que una persona sigue de forma continuada las recomendaciones de ejercicio físico, tanto en frecuencia como en duración e intensidad. Se relaciona también con la motivación, el acompañamiento profesional y las condiciones del entorno.

Activos en salud

Factores, recursos o elementos disponibles en un territorio que contribuyen a generar salud y bienestar en la comunidad. Pueden ser individuales, colectivos o contextuales, de carácter tangible (instalaciones, programas, profesionales) o intangible (redes sociales, capital cultural, participación comunitaria), siempre que sean reconocidos y apropiados por la propia comunidad como valiosos para su salud.

Atención Primaria de Salud (APS)

Primer nivel asistencial del sistema sanitario, donde se realiza la detección, indicación y derivación inicial en el marco del PEIPEF, integrando la orientación comunitaria y la coordinación intersectorial.

C**Condición física relacionada con la salud**

Conjunto de atributos o capacidades que las personas poseen o alcanzan y que se relacionan con la capacidad de realizar actividad física. Incluye resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y resistencia muscular, flexibilidad, composición corporal, equilibrio y capacidad funcional. Se reconoce como un indicador esencial de salud y predictor de longevidad.

Cribado de actividad física

Proceso de detección sistemática en Atención Primaria u otros ámbitos, mediante preguntas o cuestionarios estandarizados, para identificar a personas con niveles insuficientes de actividad física o exceso de sedentarismo.

D**Deporte**

Todas las manifestaciones físicas y deportivas reconocidas en la legislación vigente, incluyendo tanto las modalidades federadas como el deporte escolar, universitario, municipal, recreativo o de ocio. Su finalidad puede ser educativa, competitiva, de rendimiento, de salud o de recreación.

Derivación sanitaria

Procedimiento mediante el cual un/a profesional de la salud remite a una persona a un servicio o programa específico de ejercicio físico, dentro o fuera del sistema clínico habitual, asegurando continuidad y seguimiento.

E**Educador/a físico-deportivo/a**

Profesional con formación universitaria en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, capacitado para diseñar, supervisar y evaluar programas de ejercicio físico orientados a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la mejora de la capacidad funcional.

Ejercicio físico

Subconjunto de la actividad física caracterizado por ser planificado, estructurado, repetitivo y orientado a mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física.

Entorno activo

Espacio urbano o rural diseñado o acondicionado para favorecer la práctica de actividad física y el desplazamiento activo de manera segura, accesible y atractiva.

Equidad en salud

Principio orientado a garantizar que todas las personas tengan las mismas oportunidades de alcanzar el mayor nivel posible de salud, eliminando desigualdades evitables asociadas al género, la edad, el territorio, la situación socioeconómica o la discapacidad.

Exerquinas

Moléculas bioactivas liberadas durante el ejercicio físico, principalmente por el músculo esquelético, que ejercen funciones endocrinas, paracrinas y autocrinas con efectos beneficiosos sobre múltiples órganos y tejidos.

F**Fragilidad**

Estado clínico caracterizado por la disminución de la reserva funcional y la vulnerabilidad aumentada frente a estresores, con mayor riesgo de discapacidad, hospitalización y mortalidad. El ejercicio físico multicomponente es una herramienta eficaz en su prevención y manejo.

I**Indicador de impacto**

Mide los efectos a medio o largo plazo del plan sobre la salud poblacional, la equidad social o la sostenibilidad del sistema sanitario.

Indicador de proceso

Mide el grado de ejecución de una acción o intervención prevista (por ejemplo, número de unidades creadas o profesionales formados).

Indicador de resultado

Mide los cambios observables en los beneficiarios directos de las acciones (por ejemplo, mejora de la condición física o incremento de la adherencia).

Interoperabilidad digital

Capacidad de diferentes sistemas de información de intercambiar datos de manera segura y eficiente, garantizando la trazabilidad del proceso de indicación, prescripción y seguimiento del ejercicio físico entre los ámbitos sanitario, deportivo y comunitario.

Itinerarios de referencia

Circuitos estandarizados que describen el recorrido de atención de las personas usuarias según su perfil (infancia, mayores, cronicidad, salud mental, etc.), desde la detección inicial hasta la derivación a recursos comunitarios y el seguimiento posterior.

P**Prescripción de ejercicio físico**

Intervención clínica mediante la cual se indica a una persona un programa específico de ejercicio físico adaptado a su situación de salud, capacidades y preferencias, con seguimiento y supervisión profesional.

Promoción de la actividad física

Conjunto de políticas y acciones dirigidas a facilitar y fomentar la práctica regular de actividad física y ejercicio físico en todos los grupos de población, con especial atención a los colectivos más vulnerables.

R

Promoción de estilos de vida activos

Enfoque integral que incluye, además de la actividad física, otros hábitos y entornos saludables (alimentación equilibrada, movilidad activa, ocio saludable, salud mental positiva), orientados a la mejora del bienestar individual y colectivo.

Recursos comunitarios

Servicios, programas, instalaciones o infraestructuras disponibles en un territorio que facilitan oportunidades para la práctica de actividad física y la promoción de la salud. Su existencia no garantiza por sí misma que sean utilizados como activos: se convierten en tales únicamente cuando son reconocidos, apropiados y utilizados por la comunidad como elementos de valor para su bienestar.

S

Salud comunitaria

Modelo de acción sanitaria y social centrado en la participación activa de la comunidad en la detección de necesidades, el diseño de soluciones y la movilización de recursos propios para la mejora de la salud colectiva.

Salutogénesis

Modelo teórico centrado en los factores que generan y mantienen la salud más que en las causas de la enfermedad. Introduce el concepto de sentido de coherencia (SOC) como determinante clave para que las personas comprendan, manejen y encuentren sentido a los recursos disponibles.

Sedentarismo

Conducta caracterizada por permanecer sentado, reclinado o acostado durante el tiempo de vigilia, con gasto energético muy bajo ($\leq 1,5$ METs). Incluye tiempo de pantalla, transporte pasivo o trabajo sedentario. Constituye un factor de riesgo independiente incluso en personas que cumplen con las recomendaciones de ejercicio físico.

T

Transición epidemiológica

Cambio en los patrones de enfermedad predominantes en una sociedad, desde las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades crónicas no transmisibles.

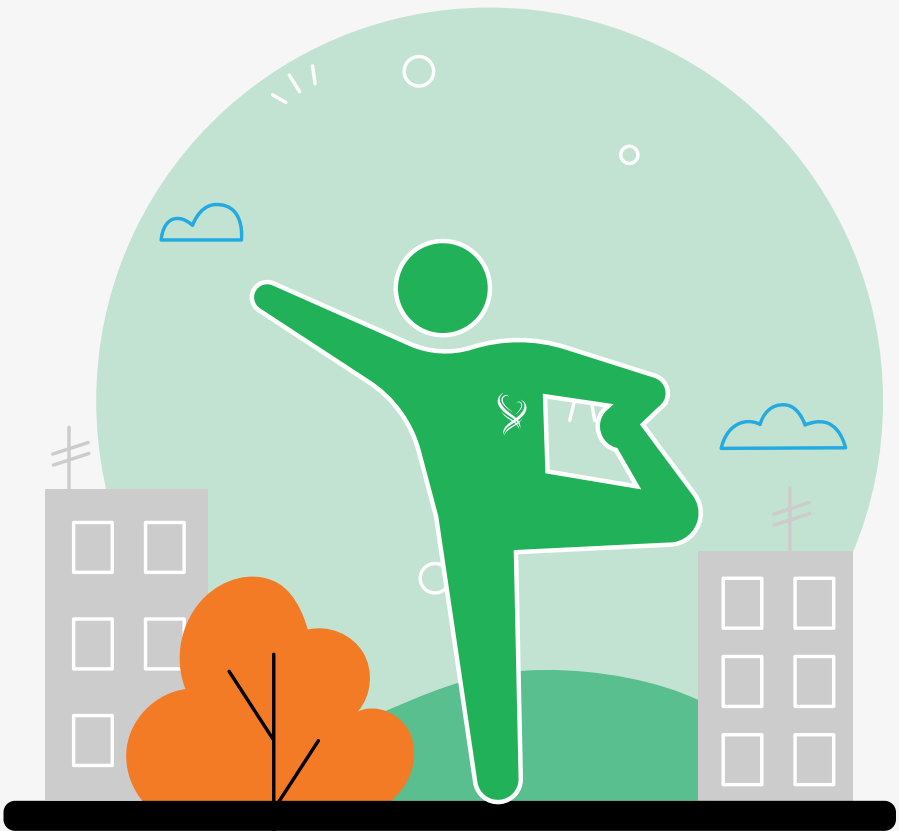
U

Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF)

Estructuras territoriales de coordinación entre Atención Primaria, educadores físico-deportivos y recursos comunitarios, orientadas a la valoración funcional, derivación, acompañamiento y seguimiento de las personas con indicación de ejercicio físico. Constituyen el eje operativo del PEIPEF.

12

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- AESAN. (2020). *Estudio ALADINO 2019: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España*.
- ANTONOVSKY, Aaron. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Publishers.
- BAKRANIA, K., Edwardson, C. L., Bodicoat, D. H., Esliger, D. W., Gill, J. M. R., Kazi, A., Velayudhan, L., Sinclair, A. J., Sattar, N., Biddle, S. J. H., Khunti, K., Davies, M., & Yates, T. (2015). Associations of mutually exclusive categories of physical activity and sedentary time with markers of cardiometabolic health in English adults: a cross-sectional analysis of the Health Survey for England. *BMC Public Health*, 16(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2694-9>
- BAUMAN, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380(9838), 258–271.
- BOOTH, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–1211. <https://doi.org/10.1002/j.2040-4603.2012.tb00425.x>
- BRAWNER, C. A., Ehrman, J. K., Bole, S., Kerrigan, D. J., Parikh, S. S., Lewis, B. K., Gindi, R. M., Keteyian, C., Abdul-Nour, K., & Keteyian, S. J. (2021). Inverse relationship of maximal exercise capacity to hospitalization secondary to coronavirus disease 2019. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(1), 32–39.
- BULL, F. C., Milton, K., & Kahlmeier, S. (2014). National Policy on Physical Activity: The Development of a Policy Audit Tool. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(2), 233–240. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0083>
- CECCHINI, M., & Vuik, S. (2019). *The heavy burden of obesity*.
- CELIS-MORALES, C. A., Welsh, P., Lyall, D. M., Steell, L., Petermann, F., Anderson, J., Iliodromiti, S., Sillars, A., Graham, N., & Mackay, D. F. (2018). Associations of grip strength with cardiovascular, respiratory, and cancer outcomes and all cause mortality: prospective cohort study of half a million UK Biobank participants. *Bmj*, 361.
- CHODZKO-ZAJKO, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510–1530.
- CHOW, L. S., Gerszten, R. E., Taylor, J. M., Pedersen, B. K., van Praag, H., Trappe, S., Febbraio, M. A., Galis, Z. S., Gao, Y., Haus, J. M., Lanza, I. R., Lavie, C. J., Lee, C.-H., Lucia, A., Moro, C., Pandey, A., Robbins, J. M., Stanford, K. I., Thackray, A. E., ... Snyder, M. P. (2022). Exerkines in health, resilience and disease. *Nature Reviews Endocrinology*, 18(5), 273–289. <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00641-2>
- COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. (2013). Council Recommendation of 26 November 2013 on promoting health-enhancing physical activity across sectors. In *Off. J. Eur. Union* (Vol. 56).

- DELEZIE, J., & Handschin, C. (2018). Endocrine crosstalk between skeletal muscle and the brain. *Frontiers in Neurology*, 9, 698.
- DIAZ, K. M., Howard, V. J., Hutto, B., Colabianchi, N., Vena, J. E., Safford, M. M., Blair, S. N., & Hooker, S. P. (2017). Patterns of sedentary behavior and mortality in US middle-aged and older adults: a national cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 167(7), 465–475.
- DING, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., Van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311–1324.
- EKELUND, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A., & Lee, I.-M. (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. *The Lancet*, 388(10051), 1302–1310.
- ERIKSSON, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190–199.
- EUROPEAN COMMISSISON. (2008). *EU Physical Activity Guidelines: Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*.
- FUNDACIÓN GASOL. (2022). *Estudio PASOS 2022: Estudio sobre los hábitos de actividad física, sedentarismo y sueño en población de 8 a 16 años en España*.
- GARCÍA-HERMOSO, A., Cavero-Redondo, I., Ramírez-Vélez, R., Ruiz, J. R., Ortega, F. B., Lee, D.-C., & Martínez-Vizcaíno, V. (2018). Muscular strength as a predictor of all-cause mortality in an apparently healthy population: a systematic review and meta-analysis of data from approximately 2 million men and women. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(10), 2100–2113.
- GRANDE, G., Vanacore, N., Maggiore, L., Cucumo, V., Ghiretti, R., Galimberti, D., Scarpini, E., Mariani, C., & Clerici, F. (2014). Physical Activity Reduces the Risk of Dementia in Mild Cognitive Impairment Subjects: A Cohort Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(4), 833–839. <https://doi.org/10.3233/JAD-131808>
- GREMEAUX, V., Gayda, M., Lepers, R., Sosner, P., Juneau, M., & Nigam, A. (2012). Exercise and longevity. *Maturitas*, 73(4), 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.012>
- HEATH, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S., Montes, F., & Brownson, R. C. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The Lancet*, 380(9838), 272–281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)
- HOFFMANN, C., & Weigert, C. (2017). Skeletal muscle as an endocrine organ: the role of myokines in exercise adaptations. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 7(11), a029793.

- HOJMAN, P., Gehl, J., Christensen, J. F., & Pedersen, B. K. (2018). Molecular mechanisms linking exercise to cancer prevention and treatment. *Cell Metabolism*, 27(1), 10–21.
- KODAMA, S., Saito, K., Tanaka, S., Maki, M., Yachi, Y., Asumi, M., Sugawara, A., Totsuka, K., Shimano, H., & Ohashi, Y. (2009). Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *Jama*, 301(19), 2024–2035.
- LEE, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229.
- LIGUORI, Gary., Feito, Yuri., Fountaine, Charles., & Roy, Brad. (2022). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Wolters Kluwer.
- LÓPEZ-OTÍN, C., & Kroemer, G. (2021). Hallmarks of health. *Cell*, 184(1), 33–63.
- LÓPEZ-OTÍN, C., & Kroemer, G. (2024). The missing hallmark of health: psychosocial adaptation. *Cell Stress*, 8, 21.
- MENDOZA-MUÑOZ, M., Castillo-Paredes, A., Muñoz-Bermejo, L., Pérez-Gómez, J., Adsuar, J. C., Brazo-Sayavera, J., & Pastor-Cisneros, R. (2024). A regional Report Card on physical activity in children and adolescents: The case of Extremadura (Spain) in the Global Matrix 4.0. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 22(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2023.10.005>
- MILTON, K., Bauman, A. E., Faulkner, G., Hastings, G., Bellew, W., Williamson, C., & Kelly, P. (2020). Maximising the impact of global and national physical activity guidelines: the critical role of communication strategies. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1463–1467. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102324>
- MORGAN, F., Battersby, A., Weightman, A. L., Searchfield, L., Turley, R., Morgan, H., Jagroo, J., & Ellis, S. (2016). Adherence to exercise referral schemes by participants – what do providers and commissioners need to know? A systematic review of barriers and facilitators. *BMC Public Health*, 16(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2882-7>
- MORRIS, J. N., & Raffle, P. A. (1954). Coronary heart disease in transport workers; a progress report. *British Journal of Industrial Medicine*, 11(4), 260–264. <https://doi.org/10.1136/oem.11.4.260>
- MURRAY, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., ... Lim, S. S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. (2019). *Physical activity: exercise referral schemes. Public health guideline [PH54]*.
- ORTEGA, F. B., Ruiz, J. R., Castillo, M. J., & Sjöström, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal of Obesity*, 32(1), 1–11.
- PATTERSON, R., McNamara, E., Tainio, M., De Sá, T. H., Smith, A. D., Sharp, S. J., Edwards, P., Woodcock, J., Brage, S., & Wijndaele, K. (2018). Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 33(9), 811–829.
- PAVEY, T. G., Anokye, N., Taylor, A. H., Trueman, P., Moxham, T., Fox, K. R., Hillsdon, M., Green, C., Campbell, J. L., Foster, C., Mutrie, N., Searle, J., & Taylor, R. S. (2011). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 15(44), i–xii, 1–254. <https://doi.org/10.3310/hta15440>
- PEDERSEN, B. K., & Febbraio, M. A. (2008). Muscle as an endocrine organ: focus on muscle-derived interleukin-6. *Physiological Reviews*.
- PEDERSEN, B. K., & Febbraio, M. A. (2012). Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ. *Nature Reviews Endocrinology*, 8(8), 457–465.
- PEDERSEN, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25, 1–72.
- PETERSEN, A. M. W., & Pedersen, B. K. (2005). The anti-inflammatory effect of exercise. *Journal of Applied Physiology*, 98(4), 1154–1162.
- PRATT, M., Sarmiento, O. L., Montes, F., Ogilvie, D., Marcus, B. H., Perez, L. G., & Brownson, R. C. (2012). The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. *The Lancet*, 380(9838), 282–293.
- PRINCE, S. A., Cardilli, L., Reed, J. L., Saunders, T. J., Kite, C., Douillette, K., Fournier, K., & Buckley, J. P. (2020). A comparison of self-reported and device measured sedentary behaviour in adults: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00938-3>
- QIU, Y., Fernandez-Garcia, B., Lehmann, H. I., Li, G., Kroemer, G., López-Otín, C., & Xiao, J. (2023). Exercise sustains the hallmarks of health. *Journal of Sport and Health Science*, 12(1), 8–35.

- ROSS, R., Blair, S. N., Arena, R., Church, T. S., Després, J.-P., Franklin, B. A., Haskell, W. L., Kaminsky, L. A., Levine, B. D., & Lavie, C. J. (2016). Importance of assessing cardiorespiratory fitness in clinical practice: a case for fitness as a clinical vital sign: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 134(24), e653–e699.
- RUEGSEGGER, G. N., & Booth, F. W. (2018a). Health benefits of exercise. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 8(7), a029694.
- SAFDAR, A., Saleem, A., & Tarnopolsky, M. A. (2016). The potential of endurance exercise-derived exosomes to treat metabolic diseases. *Nature Reviews Endocrinology*, 12(9), 504–517. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.76>
- SALLIS, R. (2015). Exercise is medicine: a call to action for physicians to assess and prescribe exercise. *The Physician and Sportsmedicine*, 43(1), 22–26. <https://doi.org/10.1080/00913847.2015.1001938>
- SHERRINGTON, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>
- SMART, N. A., Waldron, M., Ismail, H., Giallauria, F., Vigorito, C., Cornelissen, V., & Dieberg, G. (2015). Validation of a new tool for the assessment of study quality and reporting in exercise training studies. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(1), 9–18. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000020>
- SZUHANY, K. L., Bugatti, M., & Otto, M. W. (2015). A meta-analytic review of the effects of exercise on brain-derived neurotrophic factor. *Journal of Psychiatric Research*, 60, 56–64.
- TREMBLAY, M. S., Barnes, J. D., Demchenko, I., Gonzalez, S. A., Brazo-Sayavera, J., Kalinowski, J., Katzmarzyk, P. T., Manyanga, T., Reilly, J. J., Wong, S. H. S., & Aubert, S. (2022). Active Healthy Kids Global Alliance Global Matrix 4.0—A Resource for Physical Activity Researchers. *Journal of Physical Activity and Health*, 19(11), 693–699. <https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0257>
- VALENZUELA, P. L., Saco-Ledo, G., Morales, J. S., Gallardo-Gómez, D., Morales-Palomo, F., López-Ortiz, S., Rivas-Baeza, B., Castillo-García, A., Jiménez-Pavón, D., Santos-Lozano, A., del Pozo Cruz, B., & Lucia, A. (2023). Effects of physical exercise on physical function in older adults in residential care: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Healthy Longevity*, 4(6), e247–e256. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00057-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00057-0)
- WHITHAM, M., & Febbraio, M. A. (2016). The ever-expanding myokine: discovery challenges and therapeutic implications. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(10), 719–729.

- WHO EUROPE. (2018). Physical activity factsheets for the 28 European Union member states of the WHO European Region. In *Physical activity factsheets for the 28 European Union Member States of the WHO European Region*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1948). Constitution of the world health organization. In *World Health Organization*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2015). Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. In *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2018). *Physical activity factsheets for the 28 European Union Member States of the WHO European Region*.
- ZHOU, N., Gong, L., Zhang, E., & Wang, X. (2024). Exploring exercise-driven exerkines: unraveling the regulation of metabolism and inflammation. *PeerJ*, 12, e17267. <https://doi.org/10.7717/peerj.17267>



Plan Extremeño

de Indicación y Prescripción del Ejercicio Físico

ISBN 978-84-09-80346-0



9 788409 803460