

En Consejo Profesional de la REDAF, Presidencia de la Nación y Consejo Nacional de Políticas Sociales, *APORTES PARA RECREAR UNA CULTURA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ARGENTINA*. Ciudad de Buenos Aires (Argentina): Ministerio de Desarrollo Social.

DEL HOMO VIDENS AL HOMO SEDENTARIUS ¿Transformación antropogénica?.

JORGE ANTONIO NAVARRO y único autor.

Cita:

JORGE ANTONIO NAVARRO y único autor (2014). *DEL HOMO VIDENS AL HOMO SEDENTARIUS ¿Transformación antropogénica?*. En Consejo Profesional de la REDAF, Presidencia de la Nación y Consejo Nacional de Políticas Sociales *APORTES PARA RECREAR UNA CULTURA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ARGENTINA*. Ciudad de Buenos Aires (Argentina): Ministerio de Desarrollo Social.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jorge.antonio.navarro/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pbbF/hx4>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Del Homo VIDENS al Homo SEDENTARIUS

¿Transición antropogénica?

(Publicado originariamente por el Consejo Coordinador de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación. Septiembre 2014 –

<http://www.redaf.gob.ar/pdf/aportes-para-crear-una-cultura-de-la-act-fisica-en-argentina.pdf>)

Consumismo, sedentarismo, adicción...
Amenazas a una calidad de vida sustentable.

Prof. Jorge NAVARRO (*)

La doble carga: un riesgo grave

Muchos países de bajos y medianos ingresos se enfrentan en la actualidad a una "doble carga" de morbilidad: siguen debatiéndose con el problema de las enfermedades infecciosas y la subnutrición, y al mismo tiempo están sufriendo un rápido aumento de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, especialmente en el medio urbano. No es raro que en un mismo país, comunidad u hogar coexistan lado a lado la subnutrición y la obesidad.

Esta doble carga es causada por una nutrición inadecuada durante el periodo prenatal, la lactancia y la infancia, seguida de una exposición a alimentos ricos en grasas y calorías y pobres en micronutrientes, así como de una falta de actividad física a medida que el niño va creciendo.

Aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.¹

OMS: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud

Palabras clave: Antropogénesis sedentaria. Obesidad infantil. Políticas públicas.

La obesidad infantil es sólo la punta del iceberg. La Sociedad Argentina de Lucha Contra el Sedentarismo, SALCES, nació dentro del curso de la UBA *Prevención cardiovascular para la comunidad*, en el año 2000, en procura de hallar respuestas a esta problemática creciente. Hace quince años reflexionábamos, como fundamento de esta gestación, que "los argentinos estamos un promedio de 4,5 horas diarias frente a una pantalla". Como bien señala Jaim Etcheverri en *La tragedia educativa*, el niño llega a los 12 años habiendo mirado 16.000 horas de televisión.²

(*) Docente Especialista en Medicina del ejercicio y salud. Presidente de SALCES. Docente de la UBA. Miembro del Consejo Profesional de la REDAF

¹ <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

² JAIM ETCHEVERRY, Guillermo. La Tragedia Educativa. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1999,231 p

Hoy, esta tendencia se fortalece con los videos juegos y el uso abusivo de Internet, las redes sociales y el celular, cada vez con más aplicaciones, que se ha convertido en muchos casos en una verdadera *prótesis* de los humanos. Al mundo observado desde una pantalla se lo **ve pasivamente**. No se lo **participa activamente**.

Ese niño, que pasó miles de horas frente a un televisor antes de aprender a leer y escribir, es definido por Sartori como **video-niño**. El autor de *Homo videns* se preguntaba: “¿Este niño se convierte algún día en adulto?” Y respondía: “Naturalmente que sí, a la fuerza. Pero se trata siempre de un adulto sordo de por vida a estímulos de la cultura escrita. Los estímulos ante los cuales responde cuando adulto son casi exclusivamente audiovisuales. Por lo tanto el video-niño no crece mucho más. A los treinta años es un adulto empobrecido... un adulto marcado durante toda su vida por una atrofia cultural”³ y agregamos nosotros que, a esa marca, se le sumaría una atrofia corporal, física. Una merma en el potencial desarrollo de habilidades y capacidades motrices. Un niño entretenido a perpetuidad, al que le resultará “aburrida” la escuela y ajena la actividad física, con baja tolerancia al esfuerzo, al juego que no sea virtual, **contemplado**. Socializado como espectador consumista.

Los estudios y comprobaciones que se han sucedido en los últimos tres lustros refuerzan aquella comprensión de que estamos en presencia de una **transformación antropogénica, la transición del homo videns en homo sedentarius**. Una transformación en que están implicados fenómenos histórico/culturales, sociales, ecológico/ambientales y políticos/económicos, reflejados en la superestructura social. Fenómenos que provocan enfermedades crónicas, prevenibles, en gran medida, que nos ponen ante desafíos nuevos, bajo la amenaza de que si no encontramos respuestas adecuadas, por primera vez desde la existencia humana las nuevas generaciones verán disminuir la esperanza de vida o de vida plena y saludable.

El abordaje del estudio de los problemas de complejidad dinámica requiere una mirada sistémica que supere la fragmentación y el análisis parcial, tratando de ver la totalidad de los fenómenos implicados. ¿Por dónde empezar? Si ponemos la mirada en los actores primarios del cambio, ¿no estaríamos encontrando un punto clave, de alto apalancamiento? Fuimos en esa dirección.

La efectividad de los sujetos impulsores del cambio. Educación para la salud

Tanto en la calidad de vida como en nuestra gestión de hábitos y en las políticas públicas, la cuestión de la efectividad relaciona las acciones a corto, mediano y largo plazo. Desde una perspectiva sistémica, las soluciones de hoy no deberían ser causa de nuevos problemas, más graves, mañana. ¿Ponemos los mayores esfuerzos en resolver las consecuencias o atendemos al mismo tiempo la resolución de las causas que subyacen, y crecen? ¿Comprendemos adecuadamente la situación, o la “naturalizamos”?

Esto pone en primer plano la cuestión de la integración y sustentabilidad de las acciones que se pongan en ejecución para generar los entornos favorecedores en el medio urbano, en la escuela, en el municipio. Las estructuras y procesos, el liderazgo organizacional, la administración de recursos, las fuentes genuinas de financiamiento, las regulaciones estatales, el control de gestión eficiente orientada en objetivos, la focalización y generalización adecuados para aplicar políticas públicas sustentables

³ SARTORI, Giovanni. *Homo videns*. La sociedad teledirigida, Buenos Aires, Taurus 1998. Pág.38.

de **educación para la salud** y cambio cultural. Resumiendo, efectividad requiere equilibrio entre producción y capacidad de producción, el logro de metas ahora, que se puedan reproducir y sostener, sin contratiempos, en gran escala y a costes prácticos.

Desde el ciudadano común comprometido, participante-conciente en la producción social de salud, pasando por la escuela, el docente y los distintos estamentos de la cadena involucrada, hasta las máximas autoridades gubernamentales, deberían estar envueltas y alineadas en una visión compartida. La generación de un “allá vamos” claro: Políticas de Estado a corto, mediano y largo plazo.

En el tema que nos ocupa, creemos que tenemos un talón de Aquiles. Mirando la realidad de la gestión pública de los últimos treinta años de vida democrática, viéndola en forma global o accediendo al microcosmos de los distintos pliegues de la burocracia, encontramos, por un lado, falta de alineamiento, objetivos difusos y una brecha de ejecución entre las políticas formuladas y las metas alcanzadas. Por otro lado han surgido permanentemente “focos de incendio social”, urgencias que merecieron atención prioritaria.

No es fácil plasmar intenciones en resultados. Como muchos otros países, hemos sufrido, desde la dictadura cívico/militar y su prolongación en los '90, una destrucción deliberada del aparato del Estado. Es decir, una destrucción del Estado de Bienestar, una desarticulación de la malla de contención social y de las interrelaciones clave que influyen sobre la conducta organizacional a lo largo del tiempo, en la cimentación de un know-how técnico administrativo fundado en la innovación y el aprendizaje continuo. Durante la última década se han dado pasos significativos para revertir esta realidad, pero queda aún un amplio recorrido por transitar. Sin la presencia activa del Estado, el mercado impone su lógica de consumismo adictivo y éste es un factor clave en el deterioro de la calidad de vida del niño que crece con ese estigma.

¿Cuáles son los hábitos relacionados con la salud de los propios agentes encargados de liderar el cambio de hábitos?

Programa piloto ALAS (ÁMBITOS LABORALES ACTIVOS Y SALUDABLES)

En procura del entendimiento de algunas de las causas del aumento del sedentarismo, el consumismo y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) nos propusimos, en primer término, poner foco en los ámbitos laborales empezando (en carácter de plan piloto) por el estudio del personal de la propia Secretaría de Deporte de la Nación (SDN). Implementamos el programa en etapas y sub-etapas.

Después, el objeto fue el estudio de los hábitos relacionados con la salud de los trabajadores de la educación física en municipios del conurbano bonaerense. El propósito era la experimentación inicial para comprender este aspecto clave de la problemática y generar el programa ALAS, aún no puesto en marcha.

Elaboradas las conclusiones de estos primeros pasos hacia el programa piloto ALAS, en tercer término, el foco se detuvo en la realidad cotidiana de los niños y los ancianos, **los dos extremos del recorrido vital.**

A continuación exponemos las conclusiones de esta observación.

Fue así que a fines de agosto del 2008 -mientras en Beijing unos bajaban algún récord, otros subían al podio y muchos otros postergaban sus sueños para las

próximas competencias olímpicas- se llevó a cabo la primera etapa del programa piloto ALAS, a través del cual la Secretaría de Deporte de la Nación (SDN) en convenio con SALCES se propuso evaluar los hábitos relacionados con la salud y el perfil de la condición física del propio personal de la Secretaría, con el propósito ulterior de replicarlo en otros ámbitos públicos y privados.

Primera etapa. Entonces, durante 10 días se distribuyeron 200 cuestionarios, 126 empleados accedieron a contestarlos en forma anónima. Se indagaron hábitos alimenticios, como el número de comidas diarias, la ingesta de verduras, frutas, pescados, grasas y aceites, gaseosas, galletitas, productos de copetín, entre otros. También se encuestaron los hábitos de actividad física, horas de televisión diaria, consumo del alcohol y tabaco.

El instrumento de medición fue un cuestionario (adaptación de “*Nutrición para toda la vida*” de la Dra, Lisa Hark y Dr. Darwin Deen)⁴ de 14 preguntas de respuestas cerradas con opciones múltiples. Se estableció un sistema de puntaje según el cual los que obtenían entre 14 y 20 puntos fueron considerados con buenos hábitos de vida; regulares los que obtuvieron entre 21 y 29 puntos y, con malos hábitos relacionados con la salud los que obtuvieron más de 30 puntos. También se indagó si conocían datos relacionados con su salud, como la tensión arterial, el colesterol y los triglicéridos en sangre y la glucemia en ayunas. Por último se preguntó la fecha del último chequeo médico.

Los resultados fueron los siguientes: Total encuestados: 126 - Total completos: 113 - Edad promedio (N=96): 41,33 años (mín. 20, máx. 73, DS 13,13) - Sexo (N=96) - Femenino: (41,7%) - Masculino: (58,3%). **Puntaje promedio general: 30,54** (DS 6,09): **Malos hábitos relacionados con la salud.**

Puntaje por categorías

Puntaje		N	%
14-20	BUENO	7	5,9
21-29	REGULAR	47	39,8
30-52	MALO	64	54,2
Total válidos		118	100,0
Faltantes		8	
Total muestra		126	

Resumen

1. Cuando se indagó sobre el número de comidas diarias, menos de la mitad (46 %) efectúa un desayuno completo, dos comidas y una merienda, un 14,3% no desayuna y un 4% realiza sólo una comida al día, el resto “picotea”.
2. Respecto a la calidad del desayuno y merienda, solo el 23% incluye frutas, o cereales o lácteos descremados. El 35,8% ingiere dulces, alfajores y galletitas.
3. Solo el 4,8% de los encuestados manifestó ingerir cinco o más raciones diarias de frutas y verduras, recomendadas por los organismos que promueven la salud. El 69,9% ingiere “a veces” o “una sola” ración de frutas y verduras diarias.
4. De los que consumen lácteos, si bien el 19% lo hace con productos descremados, el 45,4% consume leche, helados y lácteos con la cantidad normal de grasas.

⁴ NUTRICION PARA TODA LA VIDA Dra Lisa Hark y Dr Darwin Deen 2005 Grupo La República 336

5. Solo el 5% manifestó comer pescados y/o mariscos dos veces por semana y el 62,7% solo lo consume “alguna vez” al mes o “nunca”.
6. El 42.9% ingiere aves con piel, ocasionalmente fritas o directamente fritas.
7. El 42% manifestó comer carne roja diariamente o varias veces por semana.
8. Sólo el 6,4% de los encuestados ingiere habitualmente grasas, manteca y margarina.
9. Aparte de té, café o mate, el 61,1% de los encuestados se hidrata con jugos, gaseosas y bebidas para deportistas y sólo el 38,9% toma agua.
10. De los que comen afuera, el 40,4% no se cuida, ya que acostumbra comer carnes con grasa, pastas con salsas a base de crema, pizzas, embutidos, hamburguesas y frituras.
11. Pese a pertenecer a una repartición oficial que promueve el deporte y la actividad física, menos de la cuarta parte (24,6%) realiza al menos 30 minutos de actividad física casi todos los días, como recomiendan los organismos de promoción de la salud. El 39,7% es sedentario absoluto, ya que rara vez realiza actividad física.
12. El 79,4% destina desde unas cuantas horas semanales hasta más de tres horas diarias a ver televisión.
13. La mayoría de los encuestados manifestó cuidarse del alcohol. Sólo el 11,9% reconoció beber entre 1 y 3 o más vasos diarios.
14. El 31% del personal que contestó la encuesta, fuma. El 11% de los encuestados (36,9% de los fumadores) fuma más de 10 cigarrillos diarios.
15. Muy pocas personas (el 19,1%) conocen los datos sobre su salud, como la tensión arterial. Menos personas aún conocen su frecuencia cardíaca en reposo; los valores de colesterol, triglicéridos y glucemia en ayunas. La mayoría de los encuestados (N=97, 85,8%) no pudieron precisar la fecha (mes y año) de su último chequeo médico.

Entrando en detalle sobre el apartado 15, encontramos que: Sólo 14 (11%) personas manifestaron conocer su frecuencia cardíaca en reposo. Sólo 22 personas (17,4%) manifestaron conocer los valores de su Tensión Arterial, 18 manifestaron tener hasta 130/80 (78,3%) y las 5 restantes, superior a 130/80 (4,0%). Sólo 11 personas (8,7%) manifestaron conocer sus valores de colesterol en sangre. Sólo 8 personas (6,3%) manifestaron conocer sus valores de triglicéridos en sangre. Sólo 9 personas (7,1%) manifestaron conocer sus valores de glucemia en ayunas. De los encuestados, 16 personas (12,6%) pudieron indicar la fecha (mes y año) de su último chequeo médico. Las fechas oscilan entre febrero de 2007 y agosto de 2008.

En síntesis, el 94,1 % de los encuestados tuvieron ENTRE REGULARES Y MALOS RELACIONADOS CON SU SALUD.

Segunda Etapa. Perfil de la condición física del personal de la SDN

Una vez concluida la encuesta sobre hábitos relacionados con la salud, procedimos a la difusión entre el personal de los datos parciales de la marcha del programa piloto ALAS con el propósito de generar expectativas, familiarizarlos con el mismo y convocarlos a seguir colaborando con el proyecto. Además pretendíamos que contribuyeran participativamente de la puesta en práctica de un programa fiable de actividad física que pueda ser replicado en otros ámbitos públicos y privados, con el fin de generar entre todos la autoridad moral a este impulso desde la SDN ya que ALAS nacería en un ámbito laboral que lo aplicaría. Buscamos, de este modo, elaborar un diagnóstico participativo.

La segunda etapa del programa piloto ALAS consistió en la evaluación del perfil de la condición física. **Dividimos esta etapa en dos sub-etapas. En la primera, relevamos indicadores antropométricos como peso, talla y perímetro de cintura.** También recogimos datos cuantitativos sobre el hábito de fumar y realizamos una encuesta preparticipativa para evaluar la factibilidad de someter al individuo a unas pruebas físicas o desarrollar actividades de baja intensidad. Dicha encuesta también nos permitió conocer aspectos relevantes relacionados con la salud, como los síntomas y signos de limitaciones cardiovasculares o músculo/óseo/articulares contenidos en el Cuestionario PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire).⁵

No obstante el consenso logrado inicialmente, no fue fácil movilizar a algunos miembros del personal hacia una balanza distante de su puesto de trabajo o lograr que se sometieran a la medición del perímetro de su cintura. Todo esto dejó valiosas enseñanzas que resumimos en el informe final que entregamos a la SDN.

Para no sesgar el estudio con individuos aptos físicamente, la evaluación voluntaria tuvo éxito porque fuimos con la balanza oficina por oficina, lo que facilitó la participación de individuos que, en otras circunstancias, podrían haber eludido la prueba (según expresiones recogidas) alegando dificultades laborales.

La segunda sub-etapa consistió en pruebas de aptitud física que requerían una movilización hacia el campo deportivo. Encontramos mucha dificultad en reclutar a los individuos involucrados en tareas administrativas en oficinas, sedentarios a pesar del privilegio de contar con instalaciones adecuadas en el lugar de trabajo.

Entonces, optamos por seleccionar una muestra aleatoria entre un grupo voluntario heterogéneo, del sector “mantenimiento” (el más activo físicamente) para medir, con pruebas de regresión, distintos componentes de la condición física: fuerza, resistencia del tren superior, flexibilidad del tronco, resistencia de la zona abdominal y capacidad aeróbica.

I - Resultados de las pruebas de la primer sub-etapa: Perfil Condición Física

Participación por sexo	N	%
Mujeres	53	42,1
Hombres	73	57,9
Total	126	100,0

Edad promedio: 39, 87 - Rango: 19 a 74. (N = 126) .

Peso Promedio: 72,45 - Rango: 44 – 154 – (N = 126)

IMC promedio: 25,850674 (**SOBREPESO, según clasificación OMS**) Rango: min. 17,6254- máx. 53,2872 (N = 126)

Clasificación IMC según OMS – Resultados: Menos de la mitad de los evaluados (47,6%) se encuentra en un rango de peso normal para la talla. Un tercio del personal en cuestión tiene sobrepeso (33,3%), un 4% presenta un peso por debajo de lo recomendado y más del 15 % presenta obesidad. Estos números esconden una subestimación del problema, dado que la obesidad se diagnostica visualmente y en una prueba voluntaria, los más excedidos de peso son poco proclives a evaluarse

⁵ <http://deporte-con-moises.blogspot.com.ar/2011/03/par-q-physical-activity-readiness.ht>

debido a la discriminación social que sufren. La prueba siguiente presenta la misma dificultad estadística.

Perímetro de cintura y nivel del riesgo: Los datos recogidos entre los voluntarios que accedieron a la prueba de medición del perímetro de cintura revelan que el 43,6% presenta un riesgo entre moderado y alto de padecer enfermedades como: síndrome metabólico, diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares entre otras, con el dato significativo de que casi una cuarta parte del personal relevado (23,8%) presenta un riesgo alto.

Tabaquismo: Más de un tercio del personal (34,1%) que accedió voluntariamente a la evaluación, fuma. De ellos, el 24% fuma 10 o más cigarrillos diarios.

Cuestionario PAR-Q: Evalúa signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares u óseo/ músculo/ articulares limitantes para la actividad física de baja intensidad. El cuestionario reveló que una cuarta parte del personal padece de enfermedades diagnosticadas o presenta signos o síntomas de afectación de la salud relacionados principalmente con causas cardiovasculares u óseo/músculo/articulares.

En esta primera aproximación al problema, los resultados son significativos, dado que un 7% presenta problemas cardíacos, un 3,2 % sufre dolores de pecho, un 9,2% presenta mareos o fatiga frecuente y uno de cada 10 (9,6%) presenta tensión arterial alta diagnosticada. El 7,9% del personal que accedió a contestar el cuestionario manifestó limitaciones ortopédicas para el ejercicio de baja intensidad.

II - Resultado de la segunda sub-etapa: *las pruebas de campo*

Aplicamos una batería de pruebas físicas, diseñada por la Doctora Patricia Sangenis. Consistieron en pruebas de 1000 metros caminando, flexo-extensión de brazos, resistencia abdominal y flexibilidad. Participaron 9 mujeres (36%) y 16 varones (64%).

Nivel de capacidad aeróbica en prueba de 1000 mts. caminando. Sólo el 48% del personal evaluado presentó una buena capacidad aeróbica. Más de la mitad posee un nivel bajo o muy bajo. El dato es significativo, dado que este grupo es el más familiarizado con la actividad física laboral. Cabe recordar que los oficinistas no participaron de esta evaluación.

Nivel de fuerza resistencia del tren superior. Prueba de flexo-extensiones de brazos ("lagartijas" hombres y "lagartijas" modificadas, mujeres). En esta prueba de fuerza resistencia del tren superior, el 84% del personal evaluado presenta una capacidad entre regular y baja.

Nivel de resistencia abdominal. Contracciones abdominales hasta el agotamiento en posición decúbito dorsal con piernas flexionadas. En esta prueba el resultado revela que el 88% del personal evaluado tiene muy baja resistencia abdominal, capacidad asociada con la salud de la columna vertebral de la zona lumbar.

Nivel de Flexibilidad. Flexión del tronco sentado con piernas extendidas. Sólo uno de los 25 evaluados presentó buena flexibilidad del tronco. El 96% de los evaluados evidenciaron una condición regular o baja, predominando ampliamente (84%) los individuos con baja flexibilidad la cual, asociada a la resistencia abdominal, contribuye a la salud de las articulaciones, de la columna vertebral y específicamente de la región lumbar.

Terminada la evaluación del personal de la SDN, nos propusimos trasladar la experiencia a un grupo de municipios cercanos a la Capital Federal, esta vez en formato de taller/jornada orientados a trabajadores de la educación física, la salud y la acción social.

Siguiente paso, hacia el programa ALAS: ¿Qué pasó en los ocho municipios del AMBA evaluados?

Entre el 1 de abril y el 16 de octubre de 2009, tuvieron lugar en diversos ámbitos de ocho municipios del conurbano bonaerense: Marcos Paz, San Martín, Berazategui, Quilmes, Almirante Brown, Florencio Varela, Ituzaingó y San Andrés de Giles, convocados por los organismos estatales de las áreas deportes, acción social y salud de cada municipio. Más de 600 personas se reunieron en polideportivos, un centro cultural, un hospital modelo y una escuela. Los participantes voluntarios fueron docentes de educación física, entrenadores deportivos, trabajadores de la salud (promotores, enfermeros, médicos), estudiantes de estas disciplinas, y vecinos referentes de organizaciones sociales afines.

Las jornadas se orientaron hacia la sensibilización y evaluación de hábitos y sobre el impacto de éstos en la salud. Se organizaron con el objetivo de poner en debate, intercambiar experiencias, enfocar el tema y concientizar a docentes de la educación física, trabajadores de la salud y de desarrollo social para que puedan actuar como multiplicadores de la información entre sus colegas, estudiantes, vecinos, etc. Contribuyeron al segundo paso hacia el aprendizaje y experiencia para el diseño definitivo del Plan ALAS a la vez que incentivarían la implementación de programas o herramientas específicos locales.

Dada la heterogeneidad de los asistentes no es posible generalizar las conclusiones; no obstante, los resultados que se detallan a continuación reflejan un estado de situación que invita a la reflexión.

Método. Las jornadas de capacitación incluyeron una serie de talleres consistentes en una presentación introductoria de variado grado de complejidad según la audiencia sobre aspectos de fisiología de la actividad física, epidemiología del sedentarismo y de enfermedades no transmisibles, liderazgo y herramientas de gestión social sobre prevención y abordaje de los factores de riesgo y la promoción de la salud. Se procedió a sistematizar en cada caso la información primaria para realizar una devolución inmediata en el taller llevado a cabo en la respectiva jornada.

Al inscribirse, los participantes recibían los siguientes instrumentos: (a) una encuesta demográfica, (b) un cuestionario sobre hábitos relacionados con la salud que contiene 14 preguntas cerradas con respuestas de opción múltiple, más algunas preguntas que indagan si conocen sus datos biomédicos y cuándo se realizó el último examen físico, y (c) un Cuestionario de aptitud preparticipativa para el ejercicio (PAR-Q), de 7 preguntas, todas herramientas que los asistentes respondían en forma voluntaria. Éstas permitieron captar información valiosa, línea de base que será útil para la comparación futura. Los datos cuantitativos completos, despersonalizados, recogidos, fueron luego procesados con el sistema SPSS y entregados en devolución a cada municipio.

Antes de comenzar con las presentaciones, se recogieron las encuestas y cuestionarios completados. Los datos más generales (por ej. promedio de edad, sexo, puntaje promedio del cuestionario de hábitos y principales impedimentos para el ejercicio) se procesaron durante la jornada y, hacia el final del encuentro, se compartieron con los participantes. Esto creó una atmósfera de toma de conciencia

(todos estaban implicados) que permitió un debate interesante sobre la necesidad de realizar cambios de estilo de vida. Entregamos en todos los casos los instrumentos de evaluación para que a su vez, pueda ser administrada en distintos espacios y poblaciones meta, que establecieran los docentes o el municipio. Las jornadas concluyeron con una sesión de intercambio de ideas, preguntas y respuestas.

Con excepción del Municipio de Marcos Paz, donde se administró solamente la encuesta demográfica, en los otros siete municipios se administraron el paquete de todos los cuestionarios y a todos los participantes. La SDN recibió los datos procesados de cada municipio a medida que se realizaron las jornadas. En total recolectamos 564 encuestas completas, más 58 cuestionarios de hábitos. Los resultados globales para los 7 municipios donde se recabó la información fueron:

Datos demográficos. En las jornadas de capacitación participó un total de 622 personas, incluyendo 58 del Municipio de Marcos Paz, que representaron organizaciones municipales, provinciales y nacionales, como así también ONGs y sociedades de fomento.

Las áreas representadas durante las actividades fueron: Deporte y Recreación, APS (Promotoras), escuelas provinciales y municipales, Dirección de Cultura y Educación, Salud y Acción Social.

En las encuestas demográficas, trescientos setenta y tres (373) participantes indicaron el alcance de sus organizaciones. Ochenta (80) asistentes indicaron que su organización llega a menos de 100 personas, 136 representaban a organizaciones con alcance a entre 100 y 300 personas, y 157 contestaron que su organización llegaba a más de 300 personas.

De las 564 que respondieron a los cuestionarios, 324 fueron mujeres (57,4%) y 230, hombres (40,8%). Otros 10 (1,8%) no indicaron su sexo. La edad promedio fue 39,14 con un rango de 20 a 79 y una desviación estándar de 12,35.

Hábitos relacionados con la salud. (Se administró el mismo cuestionario que el aplicado en la SDN). El promedio general del puntaje fue **28,57** (d.s 5,52; rango 15-43), en una escala donde de 14 a 20 puntos significa buenos hábitos; de 21 a 29, regulares y más de 30, malos. Los puntajes parciales fueron:

	N	%
14-20 (Buenos)	36	6,4
21-29 (Regulares)	312	55,3
30-52 (Malos)	216	38,3
Total	564	100,0

Es decir, que un 93,6% de los encuestados reportaron hábitos, relacionados con la salud, entre regulares o malos.

Concluyendo nuestra investigación, hicimos **foco en la vida cotidiana. A modo de ejemplo, las dos puntas del camino de la vida.**

El estudio cualitativo observacional de una serie de hechos sociales aparentemente inconexos nos permite develar la trama subyacente, las causas estructurales del sedentarismo y sus consecuencias. Relatamos a continuación las conclusiones de la

observación participativa a un geriátrico y una escuela primaria de la Ciudad de Buenos Aires.⁶

Lo que señalamos a continuación es responsabilidad exclusiva de SALCES. Guarda relación fundamental con nuestra hipótesis de trabajo y con el objeto de la existencia de nuestra organización. Es muy doloroso y no tiene la intención de menoscabar la labor de control que realizan los organismos públicos que supervisan estos establecimientos. Se trata simplemente de desnaturalizar, críticamente, lo "naturalizado", que no es "natural", es *cultural*. Vale decir, develar una verdad incómoda, como punto de partida para instalar la idea de que es menester un cambio cualitativo importante y perentorio, en la gestión de estos establecimientos. La experiencia nos llevó a las siguientes conclusiones:

En compañía de familiares de internos, analizamos las condiciones de vida en los institutos geriátricos. Estudiando el campo, concluimos que éstos están cada vez más colapsados, cada vez más insuficientes en número, cada vez más caros por imperio absurdo de la ley de la oferta y la demanda que regula las transacciones comerciales.

Al ingresar a cualquiera de ellos por la planta baja, vimos personas mayores, predominantemente mujeres - vale recordar que, en Argentina, la esperanza de vida al nacer es de 79,76 para las mujeres 72,44 para los hombres- todas sentadas, algunas en sillas de ruedas, alrededor de una o varias mesas. Un televisor omnipresente y el parloteo parco, imperativo y presuroso de las atareadas cuidadoras es lo que se escucha. La mayoría de las personas todavía son auto-válidas. Las internas hablan poco o mantienen silencio. Pocas dialogan.

En ambientes posteriores o en los pisos superiores (según el caso) el panorama cambia dramáticamente a medida que pasamos de una planta a otra o nos alejamos la puerta de entrada. En el primer piso, casi todas las personas estaban en sillas de ruedas que no conducen. Algunas atadas a ellas porque pueden caerse. No deambulan, están postradas...para siempre. Otras yacen la mayor parte del día en la cama. Casi ninguna hablan. Los pisos superiores o dormitorios posteriores, son, literalmente, depósito de personas que esperan su hora en la cama, en posición fetal, con poco o nulo registro de su entorno. Algunas llevan años así. El personal limpia, cambia pañales, suministra fármacos y da de comer, casi deshumanizadamente, como tratando con cosas. El capitalismo en su cara más atroz convirtió a estas personas en objetos a mantener con vida mientras el sistema o los familiares paguen su manutención. Los laboratorios siguen facturando. El negocio de la enfermedad crónica se ha consumado. La impotencia de los familiares va consumiendo la esperanza de una vida digna. La resignación invade las almas y solo esperan una muerte digna, piadosa... innecesariamente retrasada. El anhelo de felicidad, frustrado. Dolor por doquier. Desesperanza. Las frías estadísticas mentirán la elevación de la esperanza de vida. ¿Qué vida?

Veamos que ocurre en la otra punta, en la etapa de la aurora de la vida.

⁶ Visitamos 11 establecimientos geriátricos de Capital Federal y uno de Santos Lugares. Para poder acceder a los mismos debimos presentarnos como familiares de un potencial interno. El intento previo de lograr permiso para una investigación social, fracasó. Ninguno tenía vacantes. Había que anotarse en una lista de espera. Los prestadores del PAMI no admitían más inscriptos en espera por la alta demanda. Cuatro institutos permitieron una visita a su interior. Fueron los ubicados: Dos en Flores, uno en los Barrios de Almagro y el cuarto en Santa Rita. A este último hacemos referencia. En cuanto a la escuela primaria, la primera observación la efectuamos en ocasión de las elecciones del 23 de octubre del 2011 en aula que ofició de cuarto oscuro. En días posteriores a las elecciones realizamos visitas observacionales y entrevistas a personal de maestranza y docentes.

Visitamos y observamos una escuela primaria pública del barrio de Mataderos, en la gran metrópoli. Las madres, la mayoría con sobrepeso –la obesidad se diagnostica visualmente- se agolpan a las ocho de la mañana en la puerta.

Ya en el aula, en la primer hora, la maestra instala como tema de la currícula del día “el menú de los argentinos” con el propósito de que los niños participen en clase, aprendan a leer de corrido y puedan luego redactar una “composición”. En un papelógrafo, la docente dibuja una matriz de doble entrada. Escribe las cuatro ingestas diarias de los siete días de la semana. Los niños participan bulliciosamente, le dictan a la maestra. Termina la hora de clase y queda expresado en el papel los gustos y hábitos de los niños.

Se develan y resumen en el cuadro un hecho cultural/social: de qué se alimentan. Los desayunos, cuando existen, consisten en: alfajores, juguitos, chocolatadas, galletitas, chizitos, zucartas. Los almuerzos, en fideos con tuco, milanesa, huevo frito, salchicha, hamburguesa, guiso, papa, tomate, “picante de pollo”, pizza, pastel de papa. Las meriendas y cenas se parecen a los desayunos y almuerzos. En el rubro “bebidas”, marcas de gaseosas y saborizadas. No figura el agua.

Llega el recreo. Los niños salen presurosos al patio a jugar con su computadora portátil. La escuela ingresó al plan piloto que incluye la entrega de una *netbook* escolar a cada alumno y una computadora portátil a cada docente de grado, además del equipamiento para directivos, supervisores y salas de docentes. También, contempla el acceso ilimitado a Internet en las escuelas y un servidor para cada establecimiento.

Sin duda política de Estado en materia de inclusión digital constituye uno de los logros más importantes y significativos en materia de igualdad de oportunidades a niños de distintos estratos sociales. Este concepto igualitario debe generalizarse ahora respecto de las oportunidades de acceso a la actividad física. Los niños pertenecientes a hogares de los estratos superiores de ingresos, tienen más oportunidades de acceder a clubes privados en contra-turno, escuelas de iniciación deportiva, recreos ampliados activos en establecimientos escolares. SALCES viene realizando propuestas de políticas públicas referidas a este tema⁷ La escuela tiene un potencial magnífico en materia de educación para la salud y en la adquisición de hábitos significativos en esta materia. De lo contrario, puede estar reproduciendo la cultura dominante. Legitimándola, vale decir aprender en ella a jugar frente a la pantalla.

Sabemos que otra pantalla les esperará en casa, donde recibirán *impactos publicitarios* apenas interrumpidos por algún entretenimiento (Imperio del rating que convierte en dinero nuestro tiempo, y que cada vez, trata de alcanzar más a los niños). “La calle es insegura”... dicen los mayores, replicando la *letanía* martillada por los comunicadores mediáticos. En consecuencia, **cada vez menos niños tienen habilidades para juegos activos y deportivos y por lo tanto no les gustan. Tampoco a sus amiguitos.** Ni les gustarán nunca. No aprendieron a gustar de ellos. No tienen oportunidad para que así sea. El confort del nuevo cliente/consumista, formateado por el sistema, se impone sobre el gusto por el movimiento... para siempre, a menos que reaccionemos a tiempo.

El desafío de enfrentar al futuro con nuestros designios.

⁷ ACTIVIDAD FÍSICA Y DESARROLLO HUMANO. REDAF. 2013. Pags. 137 a 144.
Disponible en <http://www.redaf.gob.ar/pdf/actividad-fisica-desarrollo-humano-aporte-interdisciplinario-para-perspectiva-de-derechos.pdf>

Nacemos para el movimiento. Dotados, además, de imaginación, autoconciencia, voluntad independiente y conciencia moral, **cuatro atributos**, capacidades potenciales que germinarán y se fortalecerán, si nos damos y nos dan la oportunidad de hacerlo. De niños tenemos un potencial ilimitado, grandioso, promisorio. Sin embargo somos absolutamente dependientes. La cultura puede abortar total o parcialmente su desarrollo. Estos atributos, dones de nacimiento, son únicos y específicos de la especie humana. La cultura permitirá o limitará su expansión plena, la educación podrá alimentarlos o truncarlos, el ser humano, su entorno, sus instituciones familiares, económicas, políticas y sociales podrán ser habilitadores o por el contrario cercenadores de este potencial. Los decisores serán gestores y facilitadores o por el contrario, miopes y retardatarios. Complacientes con el statu quo.

Una vez adultos, nuestras elecciones serán determinantes. Somos producto de ellas por acción u omisión, por elección explícita o tácita. O continuamos con la inercia o nos rebelamos. Estas **capacidades innatas**, como nuestra capacidad de movimiento, son la capacidad de **imaginación**, de proyectarnos hacia objetivos deseados. Crearlos primero en nuestras mentes y luego plasmarlos en la realidad. Todo lo que existe primero fue imaginado.

También estamos dotados de la capacidad de examinar y reflexionar sobre nuestras creencias y nuestros pensamientos, sobre nuestros paradigmas o lentes conceptuales, podemos cuestionarlos, explorarlos, ponerlos a prueba, incluso abandonarlos por otros más efectivos y sostenibles, es decir, tenemos **autoconciencia**.

Al mismo tiempo disponemos de **voluntad independiente**, es decir, podemos optar entre reaccionar o actuar, entre ser reactivos o proactivos, elegir si nos sometemos al determinismo o tomamos a éste como *condicionante* pero no como *determinante*. Si actuamos según nuestros guiones o somos "actuados" por el software cultural. Es decir, asumimos o no la capacidad de elegir en última instancia, ejerciendo nuestra libertad interior más allá de las condiciones limitantes.

Por último, de niños venimos dotados de **conciencia moral**. Por encima de los valores sociales, somos portadores de principios como la bondad, la rectitud, la integridad, la amabilidad, la solidaridad, la equidad. Estamos dotados de una brújula interior que nos guía y nos dice qué está bien y qué no, cual es nuestro verdadero norte. Es nuestra voz de la conciencia. Es clara y tenue, fácil de acallar con racionalizaciones y excusas. Pero es audible si estamos dispuestos a escucharla.

Liderazgo personal y organizacional para hacer frente al desafío

Desde la familia hasta los estados nación son organizaciones y desde su seno y desde los individuos deben surgir las respuestas a los cambios culturales necesarios. Además de nuestra capacidad de movimiento y de estas cuatro capacidades innatas que mencionamos, la construcción social de la felicidad humana -que será denegada si no revertimos la tendencia antropogénica en curso- requiere cuatro **atributos de liderazgo**, tanto de las personas como de las organizaciones. Estos actúan juntos, sinérgicamente, complementariamente y se requieren unos a otros. Si falta uno, se debilitan todos, si se fortalece uno, contribuye al mejoramiento de los otros. Estos atributos del liderazgo personal y organizacional son: **visión, disciplina, pasión y conciencia** que ponen en juego las cuatro dimensiones humanas (mente, cuerpo, corazón y espíritu).

La **visión** es el ojo de la mente, es la capacidad, *entrenable*, de la imaginación. La visión une necesidad con posibilidad. Cuando la visión es compartida tiene un efecto

potenciador ilimitado. La rebelión de Espartaco, las revoluciones de Gandhi o Martin Luther King son ejemplos de ello.

La **disciplina** es entregarse. *Disciplinarse*, es hacer todo lo necesario, poner el cuerpo, *pagar el precio*, generar las estructuras necesarias, ejecutar, administrar con osadía, tenacidad, guía y paciencia, todas las acciones para hacer realidad la visión.

La **pasión** es el fuego que alimenta al músculo, es el ardor por hacer que la disciplina ejecute. Compromiso. La pasión no es atributo de los que medran en la mediocridad, de los temerosos, de los genuflexos y aduladores del poder. La pasión requiere valentía y consideración. Compasión. Una virtud basada en la empatía y en la acción positiva hacia los demás.

La **conciencia** es el principal atributo. Es la guía, la brújula que nos orienta hacia el verdadero norte. No basta con hacer las cosas bien. Es necesario hacerlas por el camino correcto. No hay liderazgo genuino sin conciencia. Nada duradero se construye con la mentira, el engaño, la duplicidad. Sólo lo construido en base a la verdad, la justicia y la integridad personal y organizacional perdura en el tiempo. Las personas y organizaciones que lideran los cambios enriquecen permanentemente estos atributos y capacidades, independientemente de los puestos y jerarquías formales. La conciencia y el conjunto de estos atributos producen autoridad moral.

Antropogénesis sedentaria. Enseñanzas de la experiencia recogida

Concluida la experiencia relatada, el equipo de trabajo de SALCES comprendió que estamos frente a una problemática de tal magnitud que no se puede abordar ni con campañas ni con programas o planes inconexos. Es como enfrentar a un cáncer con aspirinas. La antropogénesis sedentaria requiere un abordaje inicial desde las ciencias sociales. Estudios cuali y cuantitativos, definiendo objetos de estudio desde contextos conceptuales y marcos teóricos adecuados, recogiendo experiencia exitosa desarrollada en otros países. Y desde ese punto de partida generar los instrumentos de gestión y control de la misma. Definir los actores de entre los campos de la educación, la salud, el desarrollo social e infraestructura urbana. Alinearlos tras un plan estratégico. Estos actores primarios del cambio cultural indispensable, deberán estar imbuidos de visión, disciplina, pasión y conciencia compartidas, como elementos centrales de una tarea consistente.

Creemos que se hace imprescindible la generación de un ente público específico para la coordinación de políticas públicas adecuadas al desafío. Nosotros promovemos un Instituto Nacional de la Actividad Física (INAF), con rango de Secretaría de Estado, que produzca regulaciones y programas bien focalizados, financiados adecuadamente con instrumentos como el impuesto pigouviano⁸ sobre productos adictivos promotores de ECNT, por ejemplo bebidas gaseosas y saborizadas, comidas rápidas y cigarrillos. Los países con mejor nivel de vida lo vienen haciendo desde hace bastante tiempo. Esto además de necesario es justo, porque sería compensar en algo el costo social enorme que producen en virtud del libre albedrío promovido por el neoliberalismo.

⁸ Impuesto Pigouviano es el instrumento de la ciencia económica para usar los impuestos como herramienta para desalentar el consumo de los bienes y servicios por sus consecuencias negativas o "externalidades de la producción", en el caso que nos ocupa, que ayudan a desarrollar la obesidad y la diabetes, así como incentivar el consumo de aquellos bienes y servicios que forman la "dieta saludable". Desde ya conviene señalar que los impuestos serían un instrumento que complementa los otros ya en aplicación (educación, etiquetado, etc.). No se piensa que este por sí solo solucionará el problema.

Como explica Eduardo Punset en el prólogo de ***El viaje a la felicidad***⁹. Éste -el viaje- acaba de empezar y su final es incierto: *“Hace un poco más de un siglo la esperanza de vida seguía siendo de treinta años: lo justo para aprender a sobrevivir, si se contaba con la suerte, y culminar el propósito evolutivo de reproducirse. No había futuro ni, por lo tanto, la posibilidad de plantearse un objetivo tan insospechado como el de ser felices. Esta era una cuestión que se apartaba para después de la muerte y dependía de los dioses. La revolución científica ha desatado el cambio más importante de toda la Historia de la evolución: la prolongación de la esperanza de vida que ha generado más de cuarenta años redundantes -en términos evolutivos-”*.

Por primera vez la humanidad tiene futuro y se plantea, lógicamente, cómo ser feliz aquí y ahora. **Podemos elegir** personal y socialmente. Estamos ante el desafío que presenta el homo sedentarium y sus consecuencias, evitables. La salud, la alegría de vivir, la vitalidad y el optimismo, están dentro nuestro, latentes. Solo hay que despertarlos... y entrenarlos.

La obesidad infantil es “la fiebre” de una enfermedad social que no se cura con fármacos.

⁹ " El viaje a la felicidad". , DESTINO, 2007. Eduardo Punset Casals (Barcelona, 1936) es abogado, economista y comunicador científico. Es licenciado en Derecho por la Universidad de Madrid y máster en Ciencias Económicas por la Universidad de Londres