



## ARTÍCULO ESPECIAL

## De la estrategia mundial a la consulta local: una visión de futuro sobre la actividad física en atención primaria



Montserrat Romaguera<sup>a,b,c</sup>, Antonio Heras<sup>d,e</sup>, Mercè Solà Gonfaus<sup>f</sup>, Bernat de Pablo Márquez<sup>g,h</sup>, Mireia Guarner<sup>f</sup> y Francesc Alòs<sup>c,e,i,\*</sup>

<sup>a</sup> Centre d'Atenció Primaria de Sort, Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, Institut Català de la Salut, Sort, Lleida, España

<sup>b</sup> Grup d'Exercisi Físic i Salut, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), Barcelona, España

<sup>c</sup> Grupo de Trabajo en Actividad Física y Salud, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC), Barcelona, España

<sup>d</sup> Centre d'Atenció Primària Centre Riu Nord-Riu Sud, Gerència Barcelonès Nord i Maresme, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

<sup>e</sup> Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España

<sup>f</sup> Centre d'Atenció Primària Las Planes, Sant Joan Despí, Barcelona, España

<sup>g</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>h</sup> Grupo de Trabajo Sport, Exercise, and Human Movement (SEahM), Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic, Barcelona, España

<sup>i</sup> Centre d'Atenció Primària Passeig de Sant Joan. Gerència Territorial de Barcelona Muntanya-Dreta, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

Recibido el 6 de mayo de 2025; aceptado el 12 de mayo de 2025

Disponible en Internet el 30 de junio de 2025

**PALABRAS CLAVE**

Atención primaria;  
Actividad física;  
Prescripción de  
ejercicio;  
Salud digital;  
Equidad en salud

**Resumen** Este artículo reflexiona sobre el papel clave que debe asumir la atención primaria en el fomento de la actividad física como herramienta central de salud. A pesar de décadas de estrategias internacionales, los niveles de inactividad física y sedentarismo siguen creciendo. La atención primaria del futuro debe superar el consejo genérico y avanzar hacia una prescripción efectiva, personalizada, basada en evidencia y con seguimiento clínico. Se propone una atención primaria proactiva, digitalmente integrada, conectada con recursos comunitarios y centrada en la equidad. Además, se plantea un enfoque futurista con tecnologías como la inteligencia artificial, plataformas híbridas de seguimiento y la prescripción de espacios urbanos activos. Superar las barreras actuales –como la presión asistencial, la escasa formación o la brecha digital– es esencial. La actividad física debe dejar de ser un consejo aislado para convertirse en una intervención estructural y sostenible. Porque el futuro de la salud empieza hoy, en cada consulta, con cada paso.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fralos.bcn.ics@gencat.cat](mailto:fralos.bcn.ics@gencat.cat) (F. Alòs).

**KEYWORDS**

Primary care;  
Physical activity;  
Exercise prescription;  
Digital health;  
Health equity

**From global strategy to local consultation: A future vision of physical activity in primary care**

**Abstract** This article reflects on the key role that primary care must play in promoting physical activity as a central tool for health. Despite decades of international strategies, levels of physical inactivity and sedentary behavior continue to rise. The primary care of the future must move beyond generic advice and advance toward effective, personalized, evidence-based prescription with clinical follow-up. A proactive, digitally integrated, community-connected, and equity-focused model is proposed. Furthermore, a forward-looking approach is outlined, involving technologies such as artificial intelligence, hybrid monitoring platforms, and the prescription of active urban spaces. Overcoming current barriers—such as healthcare workload, insufficient training, or the digital divide—is essential. Physical activity must no longer be an isolated recommendation but a structural, sustainable intervention. Because the future of health begins today, in every consultation, with every step.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Desde los estudios pioneros de Morris et al. en los años 50, con los trabajadores de autobuses de Londres, hasta la actualidad, la evidencia sobre los beneficios de la actividad física (AF) en salud ha crecido exponencialmente<sup>1</sup>. Más de 100 beneficios han sido descritos en personas de todas las edades, sexos y estados de salud. Sin embargo, la realidad asistencial muestra una brecha: más de un tercio de la población sigue siendo inactiva (tabla 1), y muchos profesionales no prescriben AF con el mismo rigor con el que recomendarían un fármaco<sup>2</sup>.

A pesar de la existencia de estrategias consolidadas como la Guía de Prescripción de Ejercicio Físico para la Salud o la Estrategia NAOS<sup>3,4</sup>, y de que organismos internacionales como la OMS han definido hojas de ruta claras<sup>5,6</sup>, los niveles de inactividad física y sedentarismo no solo no han mejorado, sino que continúan en aumento. Tras más de 2 décadas de intervenciones, la prevalencia de obesidad y comportamientos sedentarios sigue creciendo de forma alarmante<sup>7</sup>. Ya en 2004, la OMS formuló una visión global ambiciosa para revertir esta tendencia, pero los datos actuales evidencian que todavía queda un largo camino por recorrer (tabla 2).

Esta paradoja nos obliga a una reflexión: si lo que hemos hecho hasta ahora no ha sido suficiente, ¿qué debe cambiar? Proponemos que la atención primaria (AP) sea protagonista del cambio, con un enfoque proactivo, personalizado, digital, comunitario y centrado en la equidad.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el papel que debe asumir la AP para liderar el futuro de la AF como herramienta de salud, superando el consejo genérico y avanzando hacia una prescripción efectiva, basada en la evidencia, el seguimiento clínico y la equidad.

## La atención primaria que necesitamos

La AP del futuro debe superar el consejo genérico y avanzar hacia una prescripción efectiva de la AF. Esto implica una práctica proactiva que no espere a la aparición de la enfer-

medad, sino que actúe desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Evaluar sistemáticamente el nivel de actividad física se convierte en una prioridad, y herramientas como el Brief Physical Activity Assessment Tool –BPAAT–, validada en Catalunya<sup>8,9</sup>, ofrecen una vía sencilla y efectiva para ello (tabla 3).

Prescribir ejercicio de forma individualizada implica conocer el estado de salud del paciente, sus barreras y preferencias, y acompañarlo mediante seguimiento y reevaluación. Este proceso exige formación específica por parte de los profesionales, una competencia que debe integrarse en el desarrollo profesional continuo<sup>10</sup>.

En un futuro próximo, la prescripción individualizada podría apoyarse en modelos de medicina de precisión, donde algoritmos de inteligencia artificial analicen datos clínicos, sociales y genéticos para proponer programas de AF personalizados y adaptables en tiempo real mediante dispositivos portátiles. Estas tecnologías no sustituirán al profesional, pero sí aumentarán su capacidad de adaptación, seguimiento y monitorización remota.

La transformación necesaria también es estructural: la AP debe ejercer un liderazgo comunitario, conectando con recursos del entorno –como instalaciones deportivas, centros cívicos o asociaciones vecinales– y promoviendo alianzas con ayuntamientos, escuelas y entidades del tercer sector. A esto se suma el reto de integrar herramientas digitales, como las experiencias reportadas por el paciente –PREM– y los resultados reportados por el paciente –PROM– o solucionar los problemas de interoperabilidad con aplicaciones móviles, que faciliten el seguimiento sin aumentar las desigualdades<sup>11</sup>.

La integración digital deberá ir más allá de apps convencionales: modelos híbridos de seguimiento activo a distancia, consultas mixtas, o el uso de tecnologías emergentes como la realidad aumentada para gamificar la AF podrán complementar las intervenciones clínicas. Asimismo, la AP podría desempeñar un papel activo en la «prescripción ecológica», recomendando tiempo en espacios verdes o rutas saludables como parte de su estrategia terapéutica, influyendo también en políticas de urbanismo activo.

**Tabla 1** Evaluación de los niveles actuales de actividad física

Categoría	Porcentaje (%)	Notas destacadas
<i>Población mundial</i>	31	No alcanza las recomendaciones de la OMS
<i>Diferencias por género</i>		
Mujeres	34	Mayores tasas en Sudeste Asiático (45%), América (41%) y Oriente Medio (48%)
Hombres	28	Menores tasas en Europa (25%)
<i>Diferencias por edad</i>		A partir de los 60 años, la inactividad se incrementa en ambos sexos y a nivel global
<i>Diferencias por región</i>		
América	41	Una de las tasas más altas
Sudeste Asiático	45	Altos niveles de inactividad física
Oriente Medio	48	Región con el mayor porcentaje de inactividad
Europa	28	Relativamente baja
Pacífico Occidental	20	Baja tasa
África	20	Baja tasa, siendo en el África rica del 16%
<i>Diferencias por ingresos</i>		
Países de ingresos bajos	18	Menor inactividad física
Países de ingresos medios	38	Mayor porcentaje de inactividad
Países de ingresos altos	33	Cifras cercanas a las de ingresos medios
<i>Progresión histórica</i>		
En 2010	26	Niveles globales de inactividad física
En 2022	31	Crecimiento notable en 12 años
Proyección para 2030	Mujeres: 38 Hombres: 32	Aumento continuado de la inactividad física según modelos matemáticos

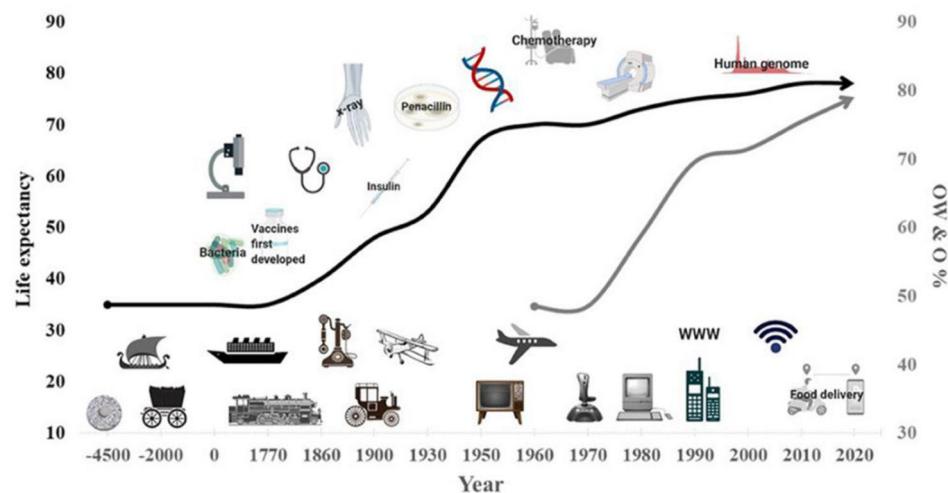
Fuente: World Health Organization<sup>6</sup>.**Tabla 2** Objetivos de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud

Objetivo	Descripción
Reducción de factores de riesgo	Disminuir riesgos asociados a enfermedades no transmisibles mediante la promoción de salud pública y medidas de prevención de morbilidad
Conciencia y conocimiento	Incrementar el conocimiento sobre la influencia de la dieta y la actividad física en la salud y destacar el impacto positivo de las intervenciones
Fomento de políticas y planes de acción	Establecer y fortalecer políticas globales, regionales y nacionales para mejorar dietas y aumentar la actividad física de manera sostenible e inclusiva
Seguimiento e investigación	Supervisar datos científicos, evaluar intervenciones y apoyar la investigación en áreas relevantes para fortalecer recursos humanos y mejorar la salud

Fuente: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (OMS, 2004)<sup>5</sup>.**Tabla 3** Cuestionario Brief Physical Activity Assessment Tool (BPAAT)

Pregunta	Puntuación
<i>A. Actividad física intensa (respirar rápido y con dificultad: footing, levantar pesos, bicicleta rápida, etc.)</i>	
3 o más veces por semana	4 puntos
1-2 veces por semana	2 puntos
Nunca	0 puntos
<i>B. Actividad física moderada (frecuencia cardíaca aumentada: tareas domésticas, jugar con niños, petanca, etc.)</i>	
5 o más veces por semana	4 puntos
3-4 veces por semana	2 puntos
1-2 veces por semana	1 punto
Nunca	0 puntos
<i>Interpretación de la puntuación total (A+B):</i>	
≥ 4 puntos: suficientemente activo. Anime a continuar con su actividad	
< 4 puntos: insuficientemente activo. Anime a incrementar su actividad física	

Fuente: Puig Ribera et al.<sup>5</sup>.



**Figura 1** Relación temporal entre tecnología, esperanza de vida, obesidad y sobrepeso en la población. Fuente: Woessner et al.<sup>11</sup>.

No podemos obviar una paradoja creciente: mientras que la tecnología ha contribuido a mejorar la esperanza de vida y ha facilitado herramientas para el seguimiento de la actividad física, también ha ido acompañada de un aumento del sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad a nivel global. Este fenómeno pone de relieve la necesidad de integrar el componente digital de forma crítica y equitativa, garantizando que las soluciones tecnológicas realmente empoderen a las personas y no profundicen en las desigualdades existentes (fig. 1).

El modelo brasileño, que ha incluido herramientas breves de evaluación en historia clínica, es un ejemplo inspirador. Del mismo modo, la estrategia ISPAH<sup>12</sup> o los informes de la OMS Europa muestran el impacto de políticas transversales en la mejora de la salud física de la ciudadanía. La AP debe asumir este enfoque integral y contextualizado.

### Una atención primaria que se moja: liderazgo, ejemplo y compromiso

Hablar de futuro implica también transformar el presente. La AP debe asumir un papel ejemplar, siendo referente no solo en la consulta, sino también en su proyección comunitaria. Fomentar la AF desde la práctica profesional, adoptar hábitos activos y trasladar estos valores a la relación clínica refuerza la credibilidad del consejo profesional y potencia su impacto.

Asimismo, la AP puede ser clave en la coordinación de redes locales de salud activa. Promover caminatas comunitarias, actividades físicas adaptadas o grupos de acompañamiento puede ayudar a combatir la soledad, fomentar la adherencia y reducir la medicalización. La AF se convierte así en un vehículo de vínculo social, cohesión comunitaria y bienestar.

Desde el punto de vista clínico, prescribir ejercicio debe seguir los mismos principios que otros tratamientos: personalización, indicación basada en evidencia, monitorización de efectos y revisión periódica. Como recuerdan Stamata-

kis y Bull, incorporar la AF en la agenda clínica global no es opcional, es una urgencia<sup>13</sup>.

### Obstáculos reales, soluciones posibles: superar las barreras para avanzar

Pero el camino hacia esta AP más activa no está exento de obstáculos. La presión asistencial, la falta de tiempo y la sobrecarga burocrática dificultan la implementación sistemática de intervenciones en estilo de vida. A esto se suma una escasa formación en AF y ejercicio tanto en el grado como en la formación especializada, que limita la seguridad y competencia profesional.

El infraregistro del nivel de AF en la historia clínica, como muestra la baja implementación del BPAAT, refleja tanto desconocimiento como falta de incentivos o tiempo. Aunque herramientas como esta han sido incorporadas en Brasil o Catalunya, su uso sigue siendo limitado<sup>8,9</sup>.

Por otro lado, la brecha digital es un riesgo real: mientras algunas personas integran tecnologías de seguimiento como relojes inteligentes o apps de entrenamiento, otras carecen del conocimiento, los recursos o la confianza para usarlas. Integrar lo digital con lo humano será clave para no aumentar desigualdades<sup>11</sup>.

Además, se requiere mayor conciencia sobre los riesgos asociados a la práctica de ejercicio físico o deportiva sin supervisión ni evaluación previa. Desde el uso de sustancias dopantes y anabolizantes<sup>14</sup>, hasta la presencia de enfermedades silenciantes que pueden provocar eventos como la muerte súbita<sup>15</sup>, el papel clínico es clave. Los protocolos de cribado, la evaluación previa al programa de ejercicio o a la competición y la formación en lesiones del aparato locomotor<sup>16</sup> deben estar integrados en la práctica habitual (tabla 4).

La solución pasa por reforzar la formación continuada, implementar estrategias institucionales para facilitar el registro y la prescripción de AF, crear equipos interdisciplinares que incluyan a fisioterapeutas o educadores en salud y fomentar una cultura organizativa que valore la promoción de la salud como parte esencial del acto clínico.

**Tabla 4** Lesiones deportivas más prevalentes. Causas y tiempo estimado de recuperación

Tipo de lesión	Deportes asociados	Tiempo aproximado de recuperación
Esguince de tobillo	Baloncesto, fútbol, correr	3-6 semanas
Lesión de los músculos isquiosurales	Baloncesto, fútbol	3-8 semanas
Tendinopatía rotuliana	Baloncesto	4-6 meses
Tendinopatía del manguito rotador del hombro	CrossFit, pádel	2-4 meses
Epicondilopatía	Pádel	2-4 meses
Lumbalgia mecánica	Pádel	1-4 semanas
Lesión en la articulación de la rodilla	Fútbol, pádel	1-2 meses
Tendinopatía de Aquiles	Correr	4-6 meses
Síndrome de estrés de la tibia	Correr	1-4 meses
Síndrome de la banda iliotibial	Correr	1-3 meses
Fascitis plantar	Correr	1-4 meses

Fuente: elaboración propia.

## Conclusión

La AF es una herramienta de salud pública y una intervención clínica coste-efectiva. Si la primera Estrategia Mundial fracasó en sus objetivos, repetir las mismas fórmulas no es una opción. La AP tiene hoy una nueva oportunidad para asumir el liderazgo que necesita este cambio.

Desde los grupos de trabajo de CAMFiC y semFYC, reafirmamos nuestro compromiso con esta transformación. No se trata de buscar campeones, sino de generar ciudadanía activa, informada y comprometida con su salud. La receta no es compleja: evaluación breve, prescripción individualizada, seguimiento clínico y conexión comunitaria.

La AP no solo puede, sino que debe liderar este cambio. La AF no debe ser un consejo más: debe ser una intervención central, transversal y sostenida en el tiempo. Porque la salud del futuro se construye en el presente, paso a paso, consulta a consulta.

Pero también debemos mirar más allá del presente inmediato. La AP del futuro debe convertirse en un nodo inteligente dentro de un ecosistema de salud interconectado, donde profesionales, pacientes, tecnología y comunidad actúen en sinergia. La incorporación de inteligencia artificial, la medicina personalizada basada en datos y los entornos urbanos diseñados para moverse activamente no son ciencia ficción, sino oportunidades reales al alcance de decisiones valientes y coordinadas. Solo así podremos hacer de la AF una herramienta transformadora y universal, capaz de reducir desigualdades y ampliar horizontes de salud.

## Financiación

Ninguna.

## Consideraciones éticas

El artículo no ha llevado la participación de personas o animales, motivo por el cual no se ha requerido obtener consentimiento de un comité de ética.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Morris JN, Heady JA, Raffle PA, Roberts CG, Parks JW. Coronary heart-disease and physical activity of work. Lancet. 1953;262:1053-7, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(53\)90665-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(53)90665-5).
- Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semenova E, Cowan M, Riley LM, et al., Country Data Author Group. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: A pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. Lancet Glob Health. 2024;12:e1232-43, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5).
- Generalitat de Catalunya. Guía de prescripción de ejercicio físico para la salud. 2.º ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2022.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estrategia NAOS: Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Madrid: AESAN; 2005 [consultado 20 Abr 2025]. Disponible en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia\\_naos.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm)
- World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004 [consultado 25 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>
- World Health Organization. Global levels of physical inactivity in adults: Off track for 2030. Geneva: WHO; 2024 [consultado 25 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096905>
- Hämäläinen RM, Breda J, da Silva Gomes F, Gongal G, Khan W, Mendes R, et al. New global physical activity guidelines for a more active and healthier world: The WHO Regional Offices perspective. Br J Sports Med. 2020;54:1449-50, <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-103531>.
- Puig Ribera A, Peña Chimenis O, Romaguera Bosch M, Duran Bellido E, Heras Tebar A, Solà Gonfaus M, et al. Cómo identificar la inactividad física en atención primaria: validación de las versiones catalana y española de 2 cuestionarios breves [How to identify physical inactivity in primary care: Validation of the Catalan and Spanish versions of 2 short questionnaires]. Aten Primaria. 2012;44:485-93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.01.005>.

9. Macena ML, Ferro DC, Silva ME, Rocha MVC, Paula DT, Silva Júnior AE. [Translation of the "Brief Physical Activity Assessment Tool" into Brazilian Portuguese] Portuguese. Rev Bras Ativ Fis Saude. 2024;29:1-8, <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.29e0345>.
10. Romaguera Bosch M, Riba Torrecillas D, de Pablo Márquez B, Ramirez Manent JI, Alòs Colomer F. Guía práctica para el abordaje de las enfermedades mediante la prescripción de ejercicio físico. FMC. 2025;32:9-43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2024.07.001>.
11. Woessner MN, Tacey A, Levinger-Limor A, Parker AG, Levinger P, Levinger I. The evolution of technology and physical inactivity: The good, the bad, and the way forward. Front Public Health. 2021;9:655491, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.655491>.
12. International Society for Physical Activity and Health. Ocho inversiones para mejorar la actividad física. London: ISPAH; 2020 [consultado 20 Abr 2025]. Disponible en: <https://ispah.org/wp-content/uploads/2020/11/Spanish-Eight-Investments-That-Work-FINAL.pdf>
13. Stamatakis E, Bull FC. Putting physical activity in the 'must-do' list of the global agenda. Br J Sports Med. 2020;54:1445-6, <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-103509>.
14. World Anti-Doping Agency. 2025 List of prohibited substances and methods. Montreal: WADA; 2024 [consultado 20 Abr 2025]. Disponible en: [https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2024-11/2025list\\_final\\_sp\\_13.nov.2024.pdf](https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2024-11/2025list_final_sp_13.nov.2024.pdf)
15. Morentin B, Suárez-Mier MP, Monzó A, Ballesteros J, Molina P, Lucena J. Muerte súbita relacionada con la actividad deportiva en España. Estudio poblacional multicéntrico forense de 288 casos. Rev Esp Cardiol. 2021;74:225-32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2020.05.035>.
16. Madden C, Putukian M, McCarty E, Young C. Netter's sports medicine E-book. 3.<sup>a</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021.