



Universitat de Lleida

El derecho a la salud en el deporte

Julián Hontangas Carrascosa

<http://hdl.handle.net/10803/386457>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Tesis doctoral

EL DERECHO A LA SALUD EN EL DEPORTE.



Autor/doctorando: D. Julián Hontangas Carrascosa

Director de la tesis: Dr. D. José Luís Carretero Lestón

Tutor: Dr. D. Vicente Javaloyes Sanchís.

Universidad de Lleida.

Abril de 2016.

INDICE

Abreviaturas más frecuentes.

Resumen (*Abstract*).

CAPITULO I. EL ESTADO GENERAL DE LA CUESTIÓN.

1. Problemática inicialmente observada.....	5
2. Delimitación del estudio.....	8
3. Propuesta de investigación y presentación de un diagnóstico.....	9
4. Metodología de trabajo.....	11

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

1. Concepto y concepción legal del deporte.....	13
1.1. Actividad física, ejercicio físico y deporte.....	14
1.1. Deporte competitivo y deporte no competitivo.....	22
2. Deporte y salud.	
2.1. El deporte como actividad potencialmente beneficiosa para la salud.....	36
2.2. El deporte como actividad potencialmente perjudicial para la salud.....	47
3. La formulación internacional del concepto de salud como derecho colectivo y los conceptos vinculados.....	55
4. La regulación legal del derecho a la salud en España.....	79
5. El derecho constitucional a la protección de la salud en España: Desarrollo legal y jurisprudencial.....	92
6. El ámbito competencial del derecho a la salud en España.....	103
7. Análisis del modelo competencial en el ordenamiento jurídico deportivo español. El modelo piramidal frente al modelo transversal.....	111

CAPITULO III. LA PELIGROSIDAD DE LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y SU TRATAMIENTO LEGAL.

1. Concepto de peligrosidad. La peligrosidad intrínseca u objetiva en las actividades deportivas.....	121
2. La peligrosidad extrínseca de las actividades deportivas. Especial referencia al fenómeno de la violencia.....	131
3. El reconocimiento legal y jurisprudencial del deporte como actividad potencialmente peligrosa.....	142

CAPITULO IV. EL TRATAMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA REALIZACION DE LAS COMPETENCIAS PÚBLICAS EN MATERIA DE DEPORTE.

1. Análisis del derecho a la salud en las competencias europeas en materia de deporte.	147
1.1. La lucha contra el dopaje.....	157
1.2. El marco europeo de las cualificaciones profesionales.....	159
1.3. La exploración de las vías para fomentar la salud aumentando la actividad física y la participación en el deporte popular.....	163
2. Análisis del derecho a la salud en las competencias estatales en materia de deporte....	170
2.1. Acciones preventivas en materia de salud del deportista en la legislación estatal.....	171
2.1.1. Los reconocimientos médicos previos al deportista y los planes de apoyo a la salud.....	174
2.1.2. La actividad realizada en materia de prevención de riesgos en el ámbito del deporte profesional.....	183
2.1.3. La normativa técnica sobre seguridad de las instalaciones deportivas.....	186
2.1.4. La regulación de las titulaciones deportivas y certificaciones profesionales como factor preventivo de la seguridad y salud de los usuarios.....	187
2.1.5. La regulación de las profesiones del deporte como factor preventivo de la seguridad y salud de los usuarios.....	198
2.1.6. La condición y cualificación del profesional del deporte en la prevención de la seguridad y salud del usuario.....	204

2.1.6.1. La precariedad y polifuncionalidad laboral como factores de riesgo para la salud de profesionales y usuarios.....	206
2.1.6.2. El profesional del deporte como recurso preventivo en la salud del usuario.....	209
2.1.7. Las acciones preventivas de naturaleza indirecta.....	214
2.2. Las acciones protectoras de la salud en la legislación deportiva estatal.....	215
2.2.1. La acción protectora al deportista federado.....	215
2.2.2. La acción protectora al deportista no competitivo y al no federado.....	218
2.2.3. La acción protectora al deportista profesional.....	219
2.3. Las acciones de fomento o promoción de la actividad física beneficiosa para la salud.....	222
2.4. Especial consideración a la lucha contra el dopaje.....	228
2.5. Análisis del derecho a la salud en las competencias autonómicas y locales en materia de deporte.....	237
2.5.1. Andalucía.....	238
2.5.2. Aragón.....	242
2.5.3. Asturias.....	244
2.5.4. Baleares.....	246
2.5.5. Canarias.....	249
2.5.6. Cantabria.....	250
2.5.7. Castilla La Mancha.....	251
2.5.8. Castilla León.....	253
2.5.9. Cataluña.....	255
2.5.10. Comunidad foral de Navarra.....	258
2.5.11. Comunidad Valenciana.....	259
2.5.12. Extremadura.....	263
2.5.13. Galicia.....	266
2.5.14. La Rioja.....	268
2.5.15. Madrid.....	271
2.5.16. Murcia.....	273

2.5.17. País Vasco.....	276
2.6. La concurrencia de otras competencias municipales en el fomento del deporte.....	281
2.7. Experiencias de transversalidad en la promoción y protección de la salud a través del deporte.....	287
2.7.1. La Estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005).....	292
2.7.2. El Plan integral para a la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable (PAAS), del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2008).....	295
2.7.3. El Programa de Actividad Física, deporte y Salud (PAFES), impulsado conjuntamente por el Departament de Salut y la Secretaria General de l'Esport del Govern de Catalunya (2008).....	297
2.7.4. El Plan A+D, integral para la actividad física y el deporte del Consejo Superior de Deportes (2010).....	298
2.7.5. El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación equilibrada de la Junta de Andalucía (2004-2008).....	300
2.7.6. Otros programas e iniciativas de intervención en la salud mediante la AFD.....	300
2.8. El deporte como recurso preventivo en las estrategias de salud.....	308

CAPITULO V. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD EN LOS DEPORTES ELEGIDOS COMO PRACTICAS DE CONTRASTE.

1. Explicación metodológica y justificación en la elección de las prácticas de contraste.....	311
2. Análisis del tratamiento del derecho a la salud en un deporte oficial y	

competitivo. El caso del fútbol.....	319
2.1. El tratamiento de la salud en el fútbol profesional.....	319
2.2. El tratamiento de la salud en el fútbol amateur federado.....	338
2.3. El tratamiento de la salud en el fútbol organizado no federado.....	347
3. Análisis del derecho a la salud en un deporte federado y no competitivo.	
El caso del aikido.....	352
3.1. El principio de la mutua preservación y del riesgo excluido en el aikido.....	357
3.2. Los aspectos preventivos y protectores en la salud del aikidoka federado y del no federado.....	361
3.3. Los aspectos preventivos y protectores de la salud en el profesional del aikido.....	369
4. Análisis del tratamiento del derecho a la salud en una actividad física no calificada como deporte. El caso del yoga.....	374
4.1. Concepto inicial y visión occidental del yoga como actividad física saludable.....	375
4.2. La dimensión social y económica del yoga.....	380
4.3. Calificación y posición jurídica del yoga.....	382
4.4. El yoga como actividad potencialmente beneficiosa o perjudicial para la salud.....	385
4.5. La prevención y protección de la salud del profesional y el practicante de yoga.....	388
CAPITULO VI. CONCLUSIONES.	400
BIBLIOGRAFIA	416
ANEXO I. ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	429
ANEXO II. GLOSARIO DE TÉRMINOS VINCULADOS AL CONCEPTO DE SALUD	431

ABREVIATURAS MÁS FRECUENTES.

AEPSAD	Agencia Estatal de Protección de la Salud en el Deporte.
AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
AF	Actividad física
AFBS	Actividad física beneficiosa para la salud
AFD	Actividad físico-deportiva
AMA	Agencia Mundial Antidopaje
APS	Atención primaria a la salud (centros de).
AT	Accidente de trabajo.
BOE	Boletín Oficial del Estado.
CC.AA.	Comunidades Autónomas.
CC.LL.	Corporaciones locales.
CE	Constitución Española.
CEAR	Centro especializado de alto rendimiento.
CEDEFOP	Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional.
CETD	Centro especializado de tecnificación deportiva.
CNCP	Centro Nacional de Cualificaciones Profesionales.
CODESC	Comité de derechos económicos sociales y culturales.
COI	Comité Olímpico Internacional.
CP	Código Penal.
CSD	Consejo Superior de Deportes
CTD	Centro de tecnificación deportiva.
DADO	Detección de accidentes domésticos y de ocio (informe).
DOUE	Diario oficial de la Unión Europea.
ECEH	Centro Europeo de Medio Ambiente y Salud.
EE.FF.	Educación física.
ENS	Encuesta nacional de salud.
ENT	Enfermedades no transmisibles.
ENYA	Programa de educación nutricional y actividad física.
EP	Enfermedad profesional.
EPI	Equipo de protección individual (de trabajo).
EQF	European Qualifications Framework
ERL	Evaluación de riesgos laborales.
HEPA	Red Europea de promoción de la actividad física y salud.
IAE	Impuesto de Actividades Económicas
ICOLEF	Ilustre Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física.
INC	Instituto Nacional de Consumo.
INCUAL	Instituto Nacional de Cualificación Profesional.
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
IT o ILT	Incapacidad transitoria / Incapacidad laboral transitoria.
ITCC	Incapacidad temporal por contingencias comunes.
JJ.OO.	Juegos Olímpicos.
LGS	Ley General de Sanidad
LO	Ley Orgánica.
LOPSD	Ley Orgánica de Protección de la Salud en el Deporte.
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

MCSS	Mutua Colaboradora de la Seguridad Social.
MEC	Marco Europeo de Cualificaciones.
MNC	Marco Nacional de Cualificación
NAOS	Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de Naciones Unidas.
PAFES	Programa de actividad física, deporte y salud.
PAAS	Plan de promoción de actividad física y alimentación saludable.
PIDCPC	Pacto internacional de derechos civiles, políticos y culturales.
PIDESC	Pacto internacional de derechos sociales, económicos y culturales.
RAE	Real Academia Española de la Lengua
RAPPS	Red Aragonesa de promoción de propuestas para la salud.
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Ley
SAD	Sociedad Anónima Deportiva.
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial.
SEMYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SPA	Servicio de prevención ajeno (de riesgos laborales).
SS	Seguridad Social.
STP	Salud en todas las políticas.
STS	Sentencia del Tribunal Supremo.
STSJ	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia.
TAFAD	Técnico en actividades físicas y actividades deportivas.
UE	Unión Europea.

RESUMEN

En el presente trabajo se propone verificar cómo se ha satisfecho el derecho a la salud de los ciudadanos que practican deporte. Atendiendo tanto a la dimensión subjetiva de este derecho como a su vertiente como derecho social o colectivo. Y en ambos casos, considerando la triple faceta que el derecho a la salud presenta y que está relacionada con las acciones de prevención, de protección y de fomento. Con tal propósito la realidad del deporte, entendido en un sentido amplio y comprensivo de todas sus posibles manifestaciones, debe enfrentarse con la regulación jurídico-deportiva y sanitaria de nuestro país cuyo examen desvelará si las actuales competencias de las Administraciones Públicas permiten garantizar una satisfacción plena de este derecho, adecuada y coherente con los principios del propio sistema, en todas las manifestaciones deportivas.

Palabras clave: Salud y deporte. Actividades físicas beneficiosas para la salud. Prevención de riesgos en el deporte. Garantías de protección de la salud en el deporte. Promoción de la salud en el deporte.

ABSTRACT

In this paper it is proposed to verify how it has satisfied the right to health of citizens who practice sport. Serving both the subjective dimension of this right as his side as social or collective right. And in both cases, considering the triple aspect that the right to health presents and that is related to the actions of prevention, protection and promotion. To this end the reality of sport, understood in a broad sense and understanding of all its possible manifestations, must face the legal and sports and health regulations of our country whose examination will reveal if current powers allow the government to ensure full satisfaction this right, proper and consistent with the principles of the system itself, in all sports events.

Keywords: Health and Sports Physical activities beneficial to health. Risk

El derecho a la salud en el deporte.

Julián Hontangas Carrascosa.

prevention in sports Guarantees health protection in sport. Health promotion in the sport.

CAPITULO I. EL ESTADO GENERAL DE LA CUESTIÓN.

El ser humano ha desarrollado desde la antigüedad una actividad física de naturaleza lúdica y recreativa que hoy calificamos ampliamente como actividad físico-deportiva. Se trata de un tipo de actividad espontánea y que ha tenido lugar siempre al margen de la existencia de una regulación normativa o de estructuras asociativas. Podemos afirmar que la actividad físico-deportiva es tan antigua como la aparición del ocio en el ser humano que ha orientado el empleo de su tiempo disponible a la gratificante tarea de ser consciente de su propia percepción psico-física, experimentando libremente con el movimiento, la respiración, el cansancio y el estiramiento de músculos y tendones... bien directamente como un fin *per se* o bien mediante juegos reglados dirigidos a obtener un resultado; de un modo individual o colectivo, tanto de forma recreativa, como de un modo competitivo.

Sin perjuicio de esta dimensión lúdica y recreativa ya desde la antigüedad más remota la historia de la humanidad también nos muestra cómo las actividades físicas han tenido un uso terapéutico y profiláctico. La historia en la antigua Roma, Grecia o Egipto, pero también en la India o China, nos hablan de la presencia constante de un saber antiguo que relacionaba la actividad física con la salud de las personas. No se trataba tan solo de una imprecisa intuición o un uso inconsciente de la actividad física, sino de la instrumentalización consciente de la misma para el logro de un objetivo predeterminado: la preservación o el restablecimiento de la salud del ser humano.

En el marco de la cultura europea moderna, el deporte es el producto de la revolución industrial y la construcción de los Estados nacionales. Durante el siglo XX el deporte se extendió y universalizó asociado especialmente al ocio y vinculado a conceptos como el prestigio personal, social o territorial, el rendimiento, el espectáculo y la mercantilización. Ante la magnitud que había alcanzado este fenómeno y la enorme

importancia social y mediática que este empezaba a tener para los Estados, se produjo una natural intervención de estos legislando sobre esta nueva realidad. La intervención pública en este fenómeno, originariamente privado, se produjo con la simultánea recuperación de su dimensión social, entronizando de nuevo la idea del uso de la actividad física como un instrumento para la salud. Tal vez debido a la influencia y aportación de las ciencias de la medicina y la psicología, los poderes públicos supieron recuperar la dimensión social de esta actividad, uniéndola a la misma otros intereses y objetivos conforme las sociedades iban alcanzando un cierto estatus de bienestar.

En los inicios del siglo XXI la Unión Europea (UE) ha reconocido y fomentado la dimensión social del deporte y ha diseñado una estrategia para su paulatina implementación por parte de todos los Estados miembros como un factor determinante de las políticas de promoción de la salud. Es sin duda un concepto imparables y cuya evolución es fácil pronosticar que supondrá una revisión en el modo de intervención que los Estados miembros han tenido hasta la fecha en esta materia y cuáles serán los nuevos modos de hacerlo.

La C.E. de 1978 supo recoger la aludida dimensión social del deporte en el artículo 43.3 ubicando el fenómeno deportivo entre los objetivos de la acción de fomento de los poderes públicos y relacionando dicha acción con los ámbitos educativo y sanitario. El reconocimiento del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43.1 de nuestra carta magna y la necesaria protección y promoción pública del mismo a través del deporte, parece cobrar todo su sentido en relación con el derecho fundamental a la integridad física y moral que reconoce el artículo 15 C.E.

Si bien parece clara la atribución competencial que la C.E. efectúa en favor de las CC.AA. en materia de promoción deportiva (artículo 149.19), y también en materia de sanidad e higiene (artículo 149.20), no es menos clara la decidida intervención del Estado tanto en uno como en otro ámbito, especialmente a la vista de la reserva que se efectúa en relación a las bases y coordinación general de la sanidad (artículo 149.16).

Tanto el diseño jurídico de la C.E. como el marco europeo, parecen ofrecer un referente claro para que el ordenamiento jurídico contemple positivamente la dimensión social del deporte. Y garantice también en este ordenamiento sectorial que no sólo existe

una adecuada promoción y protección de la salud, sino también una eficaz protección de la integridad de la persona.

En este sentido, sería posible contemplar el derecho a la salud desde una triple perspectiva:

- a) **Subjetiva:** En cuanto que derecho subjetivo, vinculado a otros derechos fundamentales como el derecho a la vida o a la integridad física y moral.
- b) **Colectiva:** Como garantía social que los poderes públicos están obligados a proporcionar a los ciudadanos.
- c) **Pública:** En cuanto que un derecho susceptible de la acción pública de fomento tanto en su dimensión subjetiva como colectiva.

Considerando que la salud se erige en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho de realización permanente y protección universal, este debe manifestarse como un vector condicionante en todos los ordenamientos sectoriales existentes y que se materialice en toda intervención de los poderes públicos: así en los ámbitos educativo, laboral, civil o punitivo. Y siendo el objetivo del presente trabajo verificar el modo y el grado de realización que el derecho a la salud tiene en el ordenamiento jurídico español, particularmente en el ordenamiento sectorial deportivo, se impone la necesidad de examinar la realidad legal observada, verificar su orientación o desviación a la protección de tal derecho y analizar las posibles consecuencias. Tarea para la cual resulta imprescindible plantear cuál es la problemática observada y qué metodología de trabajo se propone para acometer esta tarea.

1. Problemática inicialmente observada.

La ausencia de un concepto legal de deporte y la necesaria construcción de una concepción legal de esta actividad derivada de su formulación positiva, nos conduce a la existencia de una norma de ámbito estatal que ha presupuesto un contenido determinado de la actividad deportiva, de la que se han deducido todo tipo de efectos jurídicos

eludiendo la realización plena del principio de legalidad. Esta misma formulación atípica de la concepción legal del deporte se ha reproducido sistemáticamente en las CC.AA. y ha sido objeto de una reconocida “clonación” en sus respectivas legislaciones autonómicas (GAMERO CASADO, 2005). De tal modo que al menos inicialmente, la construcción autonómica de la competencia de las Administraciones Públicas en materia deportiva ha estado orientada al igual que su referente estatal, hacia el ocio, la competición oficial y la representación territorial.

Los poderes públicos se han apoyado en asociaciones privadas, investidas de poderes delegados (las federaciones deportivas) para la realización de un determinado tipo de actividad deportiva, la denominada oficial, orientada exclusivamente a la competición y al resultado. Las federaciones, tanto españolas como territoriales o autonómicas, se han puesto al servicio de este concepto restrictivo y en cuya elaboración se ha excluido injustificadamente a muchas actividades físicas orientadas de un modo natural y *ab initio* a la salud de las personas, quedando fuera del concepto de “deporte” y, por ende, de la estructura oficial del mismo, de sus instituciones y de los circuitos habituales para todo tipo de ayudas y promoción públicas.

Ante dicha situación surgen dos cuestiones previas de carácter general: por un lado, si con dicha construcción legal los poderes públicos han protegido y promovido de un modo eficiente el derecho a la salud como un derecho permanente y universal de los ciudadanos; y por otro lado, si al dejar fuera del sistema oficial a muchas otras actividades físicas, especialmente aquellas que carecen de competición pese a estar orientadas a la salud, la satisfacción de este derecho a la salud en el ámbito deportivo podría haber nacido de un modo incompleto.

Y a partir de dicho planteamiento inicial y como fruto del mismo, se impondría examinar si sería posible que el actual ordenamiento jurídico pudiera recomponer la actual orientación del sistema deportivo para una mejor y más adecuada protección del derecho ciudadano a la salud, así como una más eficiente acción pública de fomento del mismo.

Por otro lado de un modo particular, respecto de las actividades físicas incluidas en el sistema deportivo oficial se observa una desigual consideración y trato. Las

actividades competitivas que objetivamente exponen de un modo más elevado la integridad de las personas, parecen tener un tratamiento preferente respecto de aquellas otras actividades deportivas oficiales que cursan sin competición y en las que la exposición al riesgo es menor o incluso inexistente. Se impone en esta sede revisar la certeza de tales intuiciones y comprobar las acciones o cautelas que han adoptado los poderes públicos o sus agentes delegados para garantizar el derecho a la integridad/salud en las actividades deportivas. Y asimismo se impone revisar si el ordenamiento jurídico general, sus principios o normas, podrían dar una justificación satisfactoria a la diferenciación de trato entre los diferentes tipos de actividades deportivas oficiales y si existirían opciones para una posible re-orientación jurídica de los planteamientos actuales.

Finalmente se observa que determinadas enfermedades endémicas de nuestro tiempo y modo de vida, como la obesidad, la diabetes o las enfermedades cardiovasculares se benefician en su tratamiento de la intervención preventiva y reparadora del deporte. Igualmente se observa la necesidad de que la tercera edad se incorpore activamente como colectivo deportivo de un modo estable y permanente; siendo el deporte un instrumento idóneo para controlar y asegurar un envejecimiento activo, de manera que las actividades deportivas programadas ayuden a proporcionar los mejores niveles de calidad de vida posibles. La necesidad de una oferta permanente de actividades deportivas para la tercera edad debería completarse con una adecuada orientación de la misma al perfil sanitario de cada paciente. Y esta previsión sería igualmente deseable para toda la ciudadanía, en especial para los grupos de riesgo en aquellas patologías en las que la actividad física se ha demostrado especialmente eficaz.

Pero aunque existe una conexión natural entre los ámbitos sanitario y deportivo, es preciso confirmar si esta relación es todavía incipiente y están todavía por desarrollar los cauces y procedimientos a través de los cuales pueda asegurarse que la misma se produzca de una manera estable y generalizada así como verificar si ha sido objeto de un desarrollo global y estratégico.

La consideración de un sistema deportivo orientado decididamente a la salud nos conduciría inexorablemente a una superación del sistema deportivo actual, orientado al

ocio competitivo. Y exigiría que el mismo se completara mediante una vertebración jurídica que garantizase su realización.

A la vista de la problemática observada se plantea una cuestión general que incluiría todas las preguntas que el presente trabajo plantea, bajo la siguiente formulación: ¿Está el actual ordenamiento jurídico orientado al deporte como actividad de promoción de la salud? ¿Qué principios deberían regir y qué previsiones deberían realizarse para garantizar esta orientación?

2. Delimitación del estudio.

Tomando como referencia los textos internacionales y especialmente los emanados de las instituciones europeas tales como la “Carta Europea del Deporte para Todos” (1975), la “Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte” (UNESCO 1978), “Carta Europea del Deporte” (Rodas 1992) o el “Libro Blanco sobre el Deporte” (2007), las “Directrices para la Actividad Física en la UE” (2008), y considerando las nuevas competencias que el “Tratado de Lisboa” (2007) otorga a la UE en esta materia, de la que emanan Comunicaciones y Comunicados de la Comisión o más recientemente el “Plan de Trabajo Europeo para el Deporte, para 2011-2014” (aprobado mediante Resolución del Consejo en 2011), resulta un concepto europeo de deporte que es muy amplio y global pues comprende tanto al deporte competitivo como al deporte no competitivo. De tal modo que el concepto actividad físico-deportiva debería ser subsumido en un término más global e inclusivo como lo sería el de “deporte”.

Un segundo objeto de estudio serán los principios jurídicos, derechos y competencias públicas que concurren en el ordenamiento deportivo; con especial consideración del derecho a la integridad física y a la salud. El objeto específico lo constituye este último, el derecho a la salud desde la triple perspectiva antes señalada: subjetiva, colectiva y pública.

Por otro lado se plantea diseccionar el derecho a la salud en su triple dimensión preventiva, protectora y de fomento, de modo que se seguirá esta metodología para verificar la intención de las acciones emprendidas por las Administraciones Públicas

competentes en estos ámbitos diferenciados de actuación.

Con carácter meramente instrumental se elegirán varias actividades deportivas a modo de prácticas de contraste y que servirán para verificar cómo actúan en ellas los principios y derechos del sistema así como las diferentes formas de satisfacción del derecho a la salud en las aludidas dimensiones preventiva, protectora y de fomento.

3. Propuesta de investigación y presentación de un diagnóstico.

La pretensión de este trabajo de investigación es la de abordar la problemática anteriormente expuesta y las cuestiones que la misma suscita, cuya formulación retórica deja paso a una respuesta no demostrada que se presenta como un diagnóstico inicial de la cuestión de naturaleza apriorística, global, preconcebida o si se prefiere intuitiva.

Por tanto el trabajo se dirigirá precisamente a verificar si las hipótesis inicialmente formuladas se confirman, apoyándonos para ello en una metodología de trabajo inductiva que exigirá el análisis de los textos legales y de los efectos jurídicos a partir de los cuales dicha hipótesis de trabajo puedan ser racionalmente inferidas y por último demostradas.

El diagnóstico general del trabajo parte de considerar que el ordenamiento jurídico deportivo español podría haberse erigido de espaldas al derecho de protección de la salud (artículo 42.1. C.E.) y del deber público de fomento del deporte como actividad saludable para la población (artículo 43.3 C.E.) así como del derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 C.E.).

Para la confirmación de este diagnóstico hipotético, será preciso establecer una doble hipótesis previa o general y en segundo término, una hipótesis central.

a) Hipótesis previas Por un lado, la primera de las hipótesis consistirá en considerar que el ordenamiento jurídico deportivo, pudiera haberse erigido de espaldas al principio de legalidad, como principio jurídico fundamental de todo el sistema.

Bajo este planteamiento inicial se considerará la posibilidad de que los efectos

jurídicos que el sistema ha ofrecido a ciertas prácticas deportivas, ha trazado un ámbito de influencia y actuación que no se corresponde con ningún parámetro de legalidad previo que le sirviera de marco u objeto. El modo de incluir o excluir a las prácticas deportivas en las diferentes federaciones españolas parecería de este modo, más bien fruto de una inercia pre-constitucional que de una correcta formulación legal o de un diseño que se atuviese a los principios jurídicos que rigen el sistema.

De otro lado, se plantará si la configuración del ordenamiento jurídico deportivo se ha elaborado considerando el derecho a la salud como un eje competencial básico o si, por el contrario el modelo deportivo piramidal ha tomado en consideración la competición deportiva como eje competencial preferente.

Por último y como resultado de la comprobación de las cuestiones anteriormente citadas, se plantea una tercera hipótesis preliminar, consistente en la posible vulneración del principio constitucional de igualdad. Máxime atendiendo a que los efectos producidos por un escenario donde se podría haber producido una presunta vulneración de los aludidos principios jurídicos, asimismo habría llevado a otorgar un trato preferente a ciertas prácticas deportivas y también a ciertos agentes sociales, postergando el derecho de otros agentes sociales y ciudadanos a obtener similares ventajas y atenciones por parte de los poderes públicos. Circunstancia esta que nos llevaría a calificar la posible desviación con que los poderes públicos habrían ejercido la competencia constitucional en materia de deporte.

b) Hipótesis central. La confluencia de los diagnósticos preliminares nos ofrecerá previsiblemente una nueva y paradójica hipótesis de trabajo: el hecho de que los deportes objeto de exclusión o de discriminación negativa por el sistema pudieran ser precisamente aquellas actividades especialmente orientadas a la salud de sus practicantes y que, por tanto, aparecerían como inicialmente idóneas para satisfacer el ideal de la acción de fomento del deporte que deben asumir por mandato constitucional las Administraciones Públicas. En esta sede tanto los trabajos aportados por la medicina del deporte como el propio marco europeo aportarán la necesaria luz para esclarecer si las denominadas actividades físicas beneficiosas para la salud (AFBS) están o no presentes y

con qué intensidad en nuestro sistema deportivo oficial.

Una vez comprobado el diagnóstico en todas y cada una de las cuestiones analizadas, podrá deducirse el modo en que el ordenamiento jurídico deportivo español ha considerado el derecho a la salud: en la construcción del ordenamiento sectorial deportivo, en el tratamiento del derecho subjetivo del deportista activo, en cuanto que derecho ciudadano general, o en su dimensión pública a través de la acción de fomento. Comprobando si el derecho a la salud en el deporte brilla con la misma intensidad que en otros ámbitos de la actividad ciudadana y cuya protección está amparada por otros ordenamientos jurídicos sectoriales.

4. Metodología de trabajo.

El método de investigación a utilizar se apoyará fundamentalmente en el análisis documental de textos legales, doctrinales y publicaciones científicas y oficiales. Considerando la gran cantidad de información que se debe tener en cuenta, es precisa una estructuración de la misma así como de su uso más adecuado para plantear las hipótesis de trabajo y resolver las cuestiones que se han suscitado.

Por una parte deben tratarse los textos legales relativos al deporte a nivel estatal y autonómico. Asimismo debe ser considerado cualquier ordenamiento sectorial que trate de la salud de las personas en relación al desempeño de cualquier tipo de actividad física.

Por otra parte deben recopilarse y cruzarse los estudios e informes científicamente validados respecto de la relación entre diversas actividades físicas y la salud de las personas, incluidos los deportes oficiales.

Asimismo se recopilarán los datos publicados a través de encuestas o estadísticas en relación a los hábitos de la actividad física de la población; índices de siniestralidad, índices de riesgo y aseguramiento concurrentes en las diferentes actividades deportivas, así como los relativos al abandono deportivo y su relación con las lesiones o accidentes.

Se considerarán las reglamentaciones internas de entidades deportivas o de las actividades por estas desarrolladas, tendentes a la promoción de la salud o a la protección de la integridad de los practicantes.

Deben también considerarse las particularidades de las prácticas de contraste elegidas para el estudio. En cada una de ellas deberá analizarse su origen y situación en el sistema jurídico deportivo, o su situación fuera del mismo, estudiando detallada y comparativamente la problemática que presentan en relación al objeto de estudio.

También será preciso contar con un análisis particularizado de los documentos elaborados por instancias internacionales, como el Consejo de Europa, el Parlamento Europeo, la OMS, la UNESCO, o instituciones u organismos de España (como el CSD) o entidades e instituciones de las CC.AA. (consejerías autonómicas de salud o deporte) recopilando las recomendaciones, principios, planes, programas o proyectos, auspiciados por dichas instancias en relación al objeto de estudio.

Finalmente se acudirá a la consulta doctrinal a través de la referencias bibliográficas y a la búsqueda de información en las bases de datos, tanto jurídicas (Aranzadi, La Ley, etc... en la búsqueda de jurisprudencia sobre el tema) como bases no jurídicas, a través de los buscadores en red para la localización de todo tipo de textos, artículos, ponencias, comunicaciones o publicaciones en la materia.

También será preciso realizar varios accesos investigadores para el análisis del tratamiento de la prevención de riesgos laborales en el deportista profesional y en el profesional del deporte. Esto supondrá la petición de los permisos y autorizaciones pertinentes para acceder a la documentación técnica preventiva de las empresas o sociedades deportivas examinadas y que a su vez ha sido elaborada por servicios o empresas especializadas en la prevención de los riesgos laborales empresariales.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

1. Concepto y concepción legal de deporte.

El título del presente trabajo nos propone un análisis del derecho a la salud en *el deporte*, invitando tal vez a efectuar una identificación singular del objeto de estudio con alguna manifestación deportiva determinada, pero sin duda tal planteamiento limitaría el objeto de estudio a realizaciones muy concretas del deporte. Por lo que es preciso aclarar que cuando nos cuestionamos sobre la hipotética existencia de un derecho a la salud en el deporte pretendemos involucrar en el objeto de estudio el derecho de cualquier persona a mantener su integridad personal, así como el derecho de los ciudadanos a que se proteja y promueva su salud, en todas las actividades deportivas cualquiera que sea su manifestación concreta. Por tanto lo que se plantea es la existencia y el alcance de un pretendido derecho a la salud de todos aquellos que practican lo que agrupamos genérica y convencionalmente bajo la denominación singular de deporte.

Sin embargo el concepto de deporte es muy amplio a lo que se suma el hecho de ser una actividad viva, cambiante y que invita a considerar concepciones muy amplias del mismo, con tal de no excluir de nuestro panorama de estudio aquello que la propia sociedad ha aceptado como actividad deportiva. Las prácticas físico-deportivas han evolucionado a lo largo de la historia satisfaciendo diversas funciones y cubriendo diferentes necesidades sociales de tal modo que en la actualidad podemos hablar de una multiplicidad de objetos o propósitos posibles que surgen desde estas actividades del ocio físico-deportivo y que pueden dirigirse bien a la educación, perfeccionamiento personal, juego o mero divertimento, la salud, la integración social, o bien a la consecución de objetivos o resultados determinados, bien por mera liberalidad o bien desde una propuesta mercantilista. Resultando que alguno de estos objetivos de la actividad físico-deportiva pueden coincidir total o parcialmente con otros y producir simultáneamente actividades educativas y saludables, recreativas y lúdicas. Y del mismo modo habrá

ocasiones en las que los objetivos de una actividad físico-deportiva sean incompatibles con ciertos presupuestos conceptuales en los que prima la expectativa de un resultado para el disfrute de terceros y espectadores.

No existe una definición legal de deporte en la legislación estatal española desde donde tampoco se ha establecido un derecho subjetivo al deporte. Por lo que hablar de un hipotético derecho a la salud en el deporte, o a la educación en el deporte, exige plantear si tales derechos se extienden y afectan a cualquier actividad humana incluso a aquellas cuyo ejercicio no constituye un derecho ciudadano.

La propia concepción legal de deporte y los referentes europeos no dejan lugar a duda respecto del tratamiento conceptual unitario que los Estados de la UE deben proporcionar a las actividades deportivas, con independencia de su nivel de realización y de sus características.

Puesto que constituye el objeto del presente trabajo de investigación analizar cómo ha intervenido (y determinado) en la construcción del deporte el derecho a la salud y qué consecuencias ha tenido o debería tener este hecho, es necesario establecer previamente un marco teórico que contemple las siguientes consideraciones:

1. La determinación de los conceptos de deporte y de salud, puesto que ambos son conceptos muy amplios y resulta necesario fijar su extensión y significado.
2. La determinación de las competencias públicas en la construcción de los ordenamientos jurídicos de la salud y del deporte.
3. La relación entre ambos.

1.1. Actividad física, ejercicio físico y deporte.

Se entiende como actividad física, desde una perspectiva fisiológica, cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tiene como resultado un gasto energético (TERCEDOR SANCHEZ, 2001) mientras que se considera ejercicio físico a aquella actividad planeada, estructurada, repetitiva y dirigida con el objeto de

mejorar o mantener uno o varios componentes de la actividad física¹. Aunque en la práctica, al ejercicio físico, en cuanto que actividad finalista o teleológicamente orientada a un resultado se le denomina actividad físico-deportiva (AFD) o deporte, en su acepción más amplia posible y no limitada en exclusiva a un resultado competitivo.

En el documento denominado “Directrices de la actividad física de la Unión Europea. Acciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud” (DAF-UE, 2008)², se define la actividad física como *cualquier movimiento corporal asociado con la contracción muscular que incrementa el gasto de energía por encima de los niveles de reposo*. Tal definición, por su amplitud, incluye un amplio abanico de posibles contextos en los que la actividad física engloba al ejercicio físico, en cuanto que actividad finalista que precisa involucrar una actividad biológica. Razón por la cual en el uso cotidiano ambos términos pueden llegar a utilizarse de modo indistinto.

Por otro lado el concepto de deporte ha sido objeto de una debatida cuestión doctrinal, con repercusiones en el ámbito jurídico. De entre las muchas definiciones que se han aportado para la palabra deporte y cuya relación extensa son recopiladas por CAGIGAL GUTIERREZ (1957:118) solo reproduciremos aquellas que consideramos que podrían encarnar mejor cada una de las diferentes posturas, sin calificarlas o establecer preferencias entre unas y otras. Y adelantando ya que el autor citado consideró que «Deporte no es un término unívoco». Llegando incluso a renunciar a definir el concepto deporte y apartándose con declaraciones explícitas de sus propios intentos en este sentido.

Si aceptamos de entrada que deporte es un concepto polisémico tal vez sea más comprensible entender que no haya debate posible. Muchos autores de la doctrina así lo

¹ La última ley deportiva autonómica aprobada, Ley 1/2015, de 23 de marzo, del ejercicio físico y el deporte de La Rioja, recoge esta diferenciación doctrinal, remarcando que el elemento que distingue ambos conceptos es el volitivo de querer mejorar la condición física y por tanto la salud que actúa en la configuración del ejercicio físico y está ausente en la mera actividad física. Asimismo DEVÍS DEVIS, J. (2000) quien define actividad física como *"cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea"*

² Aprobadas por el Grupo de trabajo de la UE “Deporte y Salud” en su reunión de 25 de septiembre de 2008. Confirmadas por los Ministros de los Estados Miembros de la UE en su reunión de Biarritz de 27-28 de noviembre de 2008. Fuente: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-salud/Directrices-Actividad-Fisica-UE-web>.

han entendido. Entre otros SANCHEZ BAÑUELOS (2011) para quien «El deporte se realiza atendiendo a una diversidad de propósitos y de muchas formas diferentes. No existe un solo tipo de práctica deportiva sino muchos tipos de práctica deportiva relacionados con una diversidad de contextos».

Las definiciones omnicomprensivas postulan para el deporte una actividad que pueda acoger los más altos valores y al mismo tiempo esté exenta de los rigores de lo obligatorio. Así para R. MAHEU: «El deporte es educación, honor, ética, estética y tregua en el tecnicismo».

En esta misma línea pero aportando a la actividad deportiva un valor terapéutico moral se pronuncia GAGIGAL GUTIERREZ (1976:44-48), señalando que: «El deporte es un medio de ayudar a que el hombre encuentre y guarde su equilibrio, un factor de expresión de la personalidad. Atiende, en definitiva a la armonía del ser».

También este valor ético o espiritual del deporte ha sido reconocido por ARNOLD, P (*Sport, Ethhics, and education. London: Casell, 1998*): «El deporte es una práctica moral que se sustenta en los conceptos de justicia y libertad». Comentando GUTIERREZ a la referida cita que: «Por ello de igual modo que los educadores físicos enseñan habilidades deportivas, son responsables de ayudar a los participantes a adquirir los principios morales implicados en la práctica deportiva» (GUTIERREZ SANMARTIN, 2003 *cf.* ARNOLD).

Otros autores ligan el término a conceptos más cercanos a lo físico, «Actividad física intensa, sometida a reglas precisas y preparadas por un entrenamiento metódico» (GUILLET), o en el que unen el concepto ocio con el de actividad física fatigosa «El deporte es ocio. Pero ¿qué especie de ocio representa?. El deporte es expansión, no reposo; exige de sus adeptos una aplicación fatigante, tanto desde el punto de vista intelectual como del muscular» (GILLEMAIN).

O bien al que puede añadirse el elemento de la profesionalidad en una aportación más al concepto por parte de MAGNANE: «Una actividad de ocio cuya dominante es el esfuerzo físico, participante a la vez del juego y del trabajo, practicada en forma competitiva, con reglas e instrucciones específicas y susceptibles de transformarse en actividad profesional.»

Existen autores que ligan el deporte al fenómeno competitivo y por tanto consideran que la competición es un elemento consustancial e irrenunciable para que podamos considerar que existe deporte. Sin embargo hay muchas manifestaciones deportivas no-competitivas. Así para autores como PIÑERO SALGUERO (2009) considera que «La distinción entre deportes y competiciones cada vez es menos clara y, en la actualidad, los dos términos se utilizan habitualmente de forma intercambiable».

En todas las definiciones aparece siempre el ocio como el elemento común en todas las posibles manifestaciones del deporte, entendido por tanto como una realización de ocio, efectuada durante el tiempo en el que no se trabaja y que destinamos a otras actividades que, aun siendo físicas, no son constitutivas de un trabajo propiamente dicho. Precisamente el ocio, es el elemento que el profesor PIERNAVIEJA DEL POZO (1996) investigó en los antiguos textos provenzales y el legado informativo que a través del tiempo a viajado hasta nuestros días con el vocablo «deporte» que, según documenta, proviene del antiguo provenzal *deport* y su forma verbal *deportarse*, tal y como acredita que ha quedado registrado en los documentos de los siglos XI y XII; quedando perfectamente documentado que en castellano antiguo este término nunca perdió su significado (*deportarse* o *depuerto*, esto es, deporte) vinculado a la actividad física propia de la recreación o ejercitada con la diversión propia del ocio³.

Pero la concepción moderna del deporte no surgirá sino hasta finales del siglo XVIII y principios de XIX con la industrialización. Este fenómeno supuso la migración masiva de campesinos a las ciudades, lo que produjo la masificación urbana y el sometimiento de la población a largas jornadas de trabajo en cadenas de producción y montaje. Y que trajo consigo el nacimiento de la burguesía como nueva clase social, así como la aparición del ocio y de sus manifestaciones deportivas. En este contexto señala ORTS DELGADO (2013:65) que: «Los juegos tradicionales ingleses, de origen rural, con un componente violento considerable, van a ser reglamentados, reduciendo las

³ PIERNAVIEJA DEL POZO cita, entre otros, al Cantar del Mio Cid (S.XII) en cuyos versos 1510 y 1514 aparece el vocablo *deportar* como forma verbal. Así, en el fragmento «Cantar de las Bodas» un grupo de jinetes, a orillas del río Jalón, se *deportan*, señalando el autor que *deportarse* es solaz, diversión, regocijo causado, en el caso del poema, por el hecho de entregarse al juego de armas entre los caballeros Aunque en el mismo Cantar del Mio Cid, lo encontramos como expresión genérica de ejercicios o juegos corporales.

formas violentas Esta reglamentación la llevaría a cabo en el s XVIII la aristocracia, que vive a caballo entre el campo y la ciudad, y se manifiesta en deportes como el críquet, el boxeo, la caza del zorro y otros. Ya en el siglo XIX la burguesía reglamentaría el fútbol, el rugby, el tenis, el hockey, etc...».

En este contexto de reglamentación de la actividad, surgirán los primeros clubes deportivos y el vocablo “*sport*” comienza a ser identificado no solo como una actividad de ocio accesible a la ciudadanía sino también como actividad formativa que llega incluso a incluirse en los currículos educativos, pues los deportes se habían integrado en la vida social y en las *public schools*. Las competiciones de remo, cross y el fútbol (de origen rural) fueron integrándose gradualmente a la vida de las escuelas y más tarde, a mediados de siglo, en las universidades (MANDELL, 1986).

La actividad deportiva comienza a ser objeto de estudio científico en nuevos campos de conocimiento y personajes como ARNOLD, COUBERTIN Y DIEM, se convertirán en auténticos pioneros de la pedagogía deportiva, defendiendo el deporte como escuela de la disciplina, del control como hábito de esfuerzo, de la superación de sí mismo, la aceptación de la propia limitación, la colaboración en equipo, el juego limpio, el respeto por el adversario, el aprendizaje de saber perder, del respeto por el vencido, etc. (CAGIGAL GUTIERREZ,1981).

En todas las definiciones revisadas, todos los autores citados y en las diferentes épocas en las que al hombre ha realizado una actividad físico-deportiva, el ocio ha sido un factor que siempre ha estado presente, constituyendo el elemento indispensable e indisolublemente unido al concepto de deporte, concebido así como una actividad destinada de forma natural a la recreación como medio para desalienarse o esparcirse. Pero que no obstante y aún siendo una actividad que reivindica el ocio y se produce desde el mismo, admite integrar otros elementos creando así una palabra de múltiples conceptos, o si se prefiere, de una riqueza de manifestaciones tan amplia que en la misma pueden quedar incluidas, por un lado el deporte profesional⁴, el deporte de competición

⁴ Como señala HONTANGAS «El mayor problema que tiene la aportación del elemento profesional al concepto de deporte es que niega el ocio del que lo practica. Efectivamente, el término trabajo etimológicamente proviene de *tripalium*, instrumento de tortura que nos recuerda que la actividad laboral constituye el sufrimiento y el castigo en contraposición a la libertad y gratuidad con que se asocia la

(en sus diferentes manifestaciones, profesional o amateur, oficial o federada o bien privada, etc...) el deporte no competitivo y el recreativo. Formando parte del denominado sistema deportivo las siguientes vías o manifestaciones de la actividad psico-física del hombre (MESTRE SANCHO,1995).

- a) La vía sanitaria o higiénica. En la que el objetivo de la práctica deportiva es la salud de la población. La rehabilitación e inserción deportiva así como los trabajos de integración mediante la pedagogía deportiva a personas discapacitadas
- b) La vía participativa llamada también municipal. Que se manifiesta en la expresión *deporte para todos* y en el que se representa al deporte escolar y a las escuelas deportivas municipales, en las que no existe la competición exclusiva de rendimiento, constituyendo la integración social y la formación en valores cívico-sociales su objetivo principal.
- c) La vía laboral. Práctica física orientada a la habilitación profesional.
- d) Vía autónoma. Actividad psico-física practicada la margen de instituciones o entidades constituidas y preferentemente no-competitiva. Dentro de la cual podemos asimismo distinguir entre la autónoma libre o absoluta, en la que el sujeto no precisa de ninguna instalación, entidad o asociación y su práctica se produce sin sujeción a normas (p.e. la carrera o ciclismo libre, escalada, piragüismo, patinaje ...) y aquellas que suponen una cierta sujeción a las normas de una instalación pública o privada cuya aportación es necesaria para la práctica (natación libre, tenis, golf, y en general todas las actividades deportivas autodidactas no-federativas incluidas las de turismo u ocio deportivo...) y que implican horarios, una tarifas y en la mayor parte de las ocasiones la existencia de una ordenanza municipal o un reglamento de régimen interior.

actividad ejecutada como liberación o deporte... Sin embargo, paradójicamente, la vinculación deportivo-laboral de quienes lo practican posibilita el ocio de los espectadores, surgiendo así lo que llamamos el *deporte-espectáculo*, inseparablemente unido a la competición como reclamo máximo de dicho espectáculo. Naciendo en nuestro sistema el derecho subjetivo a ser espectador deportivo, procedente del derecho a la información, lo cual también paradójicamente se contrapone a la inexistencia de un derecho al deporte, entendido como formulación positiva del legislador respecto del derecho subjetivo del ciudadano a recibir deporte, como actividad o servicio público.» (HONTANGAS CARRASCOSA, 2012:22)

Por otro lado la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (enero de 1970, 20ª sesión) elabora un documento en que señala que el deporte debe asumir dos funciones: «una biológica y otra socio-cultural», recomendando la creación de una estructura en el Consejo de Europa para promover a escala europea el deporte para todos

- Biológica, porque tiende a preservar y desarrollar las capacidades físicas
- Sociocultural, porque pretende ayudar a satisfacer las necesidades de comunicación, expresión y creatividad.

Conscientes de esta dimensión social y función integradora que cumple el deporte y los altos valores que puede aportar a la sociedad, los ministros responsables del deporte de la UE reunidos en la séptima conferencia de Rodas en 1992, adoptaron un acuerdo relativo a las políticas fundamentales que debían inspirar las políticas deportivas a través de la Carta Europea del Deporte, en cuyo artículo 2.1.a) se señala que: «A los efectos de la presente carta, se entenderá por deporte todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tenga por finalidad la expresión o la mejora de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles». Definición amplia y que excluye la posibilidad de aceptar conceptos restrictivos que identifiquen el deporte únicamente con la competición, al establecer que: «la naturaleza global de este concepto que engloba numerosas y variadas formas de deporte, desde la actividad física recreativa hasta la alta competición».

Hay una riqueza tan enorme de propuestas sociales a través del fenómeno deportivo que el 21 de noviembre de 1978 la Asamblea General de la UNESCO adoptó la Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte que reconocía la necesidad de impulsar estas actividades como un elemento fundamental para la educación a la que todos tenemos derecho.

El Consejo de Europa, institución intergubernamental formada por 38 países, decide en 1980 crear dentro de la Asamblea un Comité de Dirección y Desarrollo del

Deporte. En 1994, la Resolución 48/10 de la Asamblea General de la ONU declaró ese año como «Año Internacional del Deporte» y la Resolución 48/11 versó sobre la necesidad de observar la «Tregua Olímpica».

Por último, el 7 de diciembre de 1994, la 49ª Asamblea General de Naciones Unidas adoptó por unanimidad, a iniciativa conjunta de 141 Estados miembros, lo que constituye un acuerdo inédito, una Resolución sobre «La creación, mediante el deporte y el ideal olímpico, de un mundo mejor en que reine la Paz».

En resumidas cuentas, nuestra sociedad ha llegado a incorporar tantos ingredientes al concepto de deporte y se ha enriquecido tanto con esta pluralidad, que es preciso ser riguroso al expresar si nos referimos al espectáculo, al deporte profesional, a la pura recreación, a la docencia deportiva o a la competición reglada; siendo que para todas estas acepciones resulta gramaticalmente válida la misma palabra: deporte.

Considerando que esta realidad múltiple nos invita a ser lo menos restrictivos posible y con el fin de aproximar el concepto de deporte a la realidad social de nuestra época, deberíamos aceptar como deporte a toda actividad psicofísica libre y voluntaria del ser humano, no utilitaria y ejecutada como un reto o encaminada a conseguir un propósito, individual o colectivo, conforme a técnicas, reglas o procedimientos preestablecidos. En parecidos términos se manifiesta AGUIRREAZKUENAGA ZIGORRAGA (1998:40-41.) quien tras un análisis del término señala que «la conjunción del juego reglamentado y del esfuerzo físico y psíquico humano, cuyo objetivo es normalmente competitivo con uno mismo o con los demás. Aunque a veces se agota con la mera actividad lúdica y de recreo y se orienta hacia una mejora de la capacidad física y mental de quien lo practica, facilitando en todos los casos el disfrute ocioso de la vida. Además, como último requisito, este juego reglamentado debe ser aceptado socialmente como deporte en el marco territorial en que se desarrolla».

La propia ley estatal del deporte 10/1990 es un fiel reflejo del estado de esta cuestión: la doctrina científica está dividida entre quienes propugnan un concepto amplio para concebir el deporte y quienes defienden una concepción restringida, dirigida exclusivamente a la actividad competitiva y reglada.

La Ley 10/90 y sus trasuntos legales en las diferentes Comunidades Autónomas

están igualmente divididas entre una concepción múltiple y abierta de la actividad deportiva que suele tener su acomodo en los preámbulos y es de nula significación normativa, frente a una concepción restrictiva que sí es desarrollada en el articulado de las leyes y por tanto trasciende normativamente.

1.2. Deporte competitivo y deporte no competitivo.

Existen dos ideas que en general parecen ser aceptadas como ciertas y que manifiestan su poderoso influjo, incluso en el ámbito jurídico. Por una lado, la idea de que el deporte solo existe con la competición. Por otro lado que la actividad deportiva mayoritaria es la competitiva.

Tales axiomas se encuentran muy generalizados y extendidos, pudiendo llegar a impregnar el espíritu normativo y deberíamos preguntarnos si el tratamiento de la salud del deportista que efectúa la actual legislación deportiva, podría a su vez encontrarse afectado por estos planteamientos conceptuales que adolecen de una restricción en origen.

En cuanto a la primera afirmación, no podemos jurídicamente aceptar el hecho de que la realidad deportiva moderna se circunscriba a la competición. Si bien es cierto que el legislador ha regulado preferentemente las manifestaciones competitivas del deporte que han servido de justificación a la intervención pública en lo privado, no es menos cierto que la actividad deportiva constituye una realidad más amplia de lo que comúnmente regulan las normas deportivas. Dicho lo cual debemos precisar que nuestro ordenamiento deportivo también ha contemplado y regulado a los deportes no competitivos, aunque aplicando los criterios y planteamientos ideados para el deporte de competición.

El propio legislador reconoce otras manifestaciones deportivas distintas a las sometidas a la competición reglada y convierte a los poderes públicos en promotores y garantes de las mismas. Así, en el preámbulo de la ley estatal del deporte 10/1990 se señala como un aspecto diferenciado del fenómeno deportivo «La práctica deportiva del ciudadano como actividad espontánea, desinteresada y lúdica, con fines educativos y

sanitarios». Se reconoce en el texto que la actividad deportiva contiene «realidades diferentes que requieren tratamientos específicos» y se añade que uno de los objetivos de la ley el fomentar la práctica deportiva. Y aunque desde el punto de vista sociológico y lingüístico se viene produciendo una asimilación conceptual entre lo deportivo y lo competitivo, las estadísticas oficiales no dejan lugar a duda en cuanto al hecho de que somos mayoritariamente espectadores y consumidores de competiciones deportivas, aunque practicamos mayoritariamente deporte recreativo y no competitivo.

La Carta Europea del Deporte (1992) en su artículo 2 señala que a los fines de la Carta «Se entenderá por deporte todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles». Por tanto, el logro de resultados se ofrece como una opción en la práctica deportiva y no como un requisito para considerar su existencia.

Para RIGOZZI (2005: 14-15) el artículo 2.1.a) de la Carta Europea del deporte, antes transcrito, diferencia entre *sport de compétition* y *sport de masse*. La doctrina mayoritaria diferencia también entre deporte de competición y popular o más conocido como deporte para todos, en el que efectivamente la finalidad es «la expresión o mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales..» pudiendo añadir como otra característica propia del deporte no competitivo es que su práctica no requiere de reglas particulares, mientras que en la competición es precisa la existencia de reglas que garanticen a los participantes la *par conditio* necesaria para comparar objetivamente los resultados y establecer entonces una clasificación de estos.

La diferenciación clásica entre deporte de rendimiento y deporte para todos entronizada por CAGIGAL GUTIERREZ sigue estando vigente, sobre todo teniendo en consideración que la legislación diferencia ambas realidades de un modo nítido, aunque regulando de un modo diferenciado al deporte profesional que no deja de ser una de las posibles manifestaciones del deporte de rendimiento. En la actualidad existen autores que defienden la permeabilidad de ambos conceptos dentro de una misma realidad deportiva.

Así, BLANCO PEREIRA (2010) señala que «la puesta en práctica de políticas educativas equilibradas han demostrado que deporte para todos y deporte de rendimiento puedan compatibilizar su existencia y, como si de vasos comunicantes se tratase, llegar a beneficiarse mutuamente». Autor para quien el deporte escolar estaría en la intersección de ambas manifestaciones y el deporte espectáculo sería una manifestación más del deporte de rendimiento.

Aunque existan como realidades diferenciadas el deporte de competición y el deporte no competitivo - una de cuyas manifestaciones sería el conocido como *deporte para todos* - lo que parece que nuestro sistema jurídico regula es el deporte de competición.

Resulta evidente que el primer elemento que define y distingue a una práctica deportiva de otra es su objeto y finalidad por lo que la existencia o no del elemento agónico o de competición se erige en un hecho diferencial de primer grado entre las diferentes actividades deportivas. En la actualidad ambos tipos de práctica se producen bajo la misma consideración, aunque con un incremento exponencial de los deportes no competitivos debido al auge en la oferta de esta clase de actividades en gimnasios y polideportivos, cuyo número de socios y abonados superan con creces al número de deportistas federados que participan en competiciones oficiales

Según la encuesta de hábitos deportivos de los españoles correspondiente al año 2010, se comprueba que: «...la participación en ligas y competiciones regladas ha protagonizado un lento pero imparable descenso que ha llevado a constituir solo el 13% del total de la práctica deportiva frente al 20% que representaba en 1995... incluso la competición de carácter informal y con propósitos de esparcimiento ha descendido del 16% de 1995 al 12% en 2010» (GARCIA FERRANDO y LLOPIS, 2011: 81). Resultados que son continuistas respecto de la preponderancia del deporte practicado fuera del ámbito federado y que alcanza cifras significativas en algunas modalidades en las que es posible practicar ese deporte en el ámbito federado o fuera del mismo. Resalta entre todas ellas con un 32'2% (2005) la natación recreativa cuya pujanza como práctica popular es simultánea a la construcción cada vez más extendida de piscinas públicas en nuestras ciudades y barrios que sin duda han favorecido la práctica libre y no competitiva de la

natación. Frente a este dato la práctica de la natación competitiva apenas llega al 0'6% de los usos deportivos. En la citada encuesta del CIS (2010), resalta como práctica mayoritaria la gimnasia de mantenimiento (35%), siendo que el 75% de los practicantes de deporte lo hacen por su cuenta, un 4% como actividad del centro de enseñanza y un 19% como actividad de club. Algo similar ocurre con el ciclismo recreativo (18'7%) siendo cada vez más numerosos los grupos de aficionados a este deporte que, al margen del ámbito federado, forman grupos de práctica libre utilizando para ello gratuitamente la red de infraestructuras viarias públicas.

Respecto del carácter competitivo o recreativo de las prácticas efectuadas por los españoles, GARCÍA FERRANDO (2006) concluye que «...muchos comportamientos, juegos y ejercitaciones no revisten el carácter competitivo del deporte tradicional federado, inclusive y con frecuencia lo niegan en el sentido de que la diversión, la alegría de su práctica, la recreación que conllevan, constituye la orientación que impulsa su práctica alejada de todo sentido aparente y manifiesto de competición reglada».

La demanda de los servicios deportivos de gimnasios y polideportivos donde se ofrecen actividades de *fitness* ha aumentado exponencialmente en los últimos años con una amplia y variada oferta de actividades inclusivas y saludables de todo tipo que son masivamente demandadas por los ciudadanos y que constituyen un novedoso y extraordinario nicho de mercado. Lo que sirve a TERUELO FERRERAS (2012) para calificar al *fitness* como el deporte del siglo XXI. Señalando que en España, el número de personas abonadas o que pagan una cuota en un centro público o privado es de casi 8 millones, doblando el número total de licencias federativas, siendo el país con más socios. Existiendo unos 5.800 gimnasios de *fitness*, cifra que aunque es inferior a la de otros países da una idea del tamaño de estos centros más bien grande.

Conforme a los datos facilitados por la International Health, Racquet & Sportsclub Association (IRSHA), el volumen del negocio de los gimnasios en España asciende a 3.800 millones de euros al año, siendo el segundo mercado por tamaño de la UE, después del Reino Unido (4.100 millones de euros) y por delante de Alemania,

Francia e Italia⁵.

Pero lo cierto es que podemos verificar que la competición se erige en el hecho diferencial que permite clasificar a las actividades físico deportivas según se manifieste o no este hecho, a partir del cual se derivan una serie de consecuencias y efectos jurídicos de gran trascendencia.

En el deporte de competición rige un principio selectivo que se construye desde los principios de mérito y capacidad. En su virtud cualquier sujeto por su propio esfuerzo individual o colectivo y sus propios méritos, puede acceder a la élite en atención al resultado obtenido. Se trata de un modelo de selección natural que se manifiesta como un trasunto de la propia selección biológica por la cual solo sobreviven los sujetos mejor adaptados, más aptos y mejor dotados. La selección que propone la competición deportiva se dirige a formar una élite que tiende a la singularidad, por lo que el modelo propicia el profesionalismo y el espectáculo de un modo natural.

De otro lado, en las manifestaciones no competitivas del deporte no rige el principio de selección ni tampoco el principio de exclusión. Actúa un principio que podríamos denominar democrático, pues supone el libre acceso permanente a la práctica sin restricción por ninguna condición y sin atención al mérito, la capacidad del sujeto o a los resultados obtenidos. Este tipo de actividad es fácil concebirla desde la realización de un derecho ciudadano, pues a través de la misma se puede acceder a satisfacer otros derechos fundamentales de la persona. Y asimismo es fácil comprender que los poderes públicos asuman constitucionalmente la obligación jurídica respecto de su fomento y protección pública a través del conocido como deporte para todos.

La actividad desarrollada según su naturaleza, intención y objetivo al que se dirige calificará a la práctica deportiva. La presencia o ausencia de estos elementos determinarán la existencia de actividades deportivas competitivas o no competitivas. En cada una de las múltiples formas que el deporte puede manifestarse rigen por tanto una serie de principios o postulados que ya desde su inicio, determinarán de un modo específico la construcción sistemática de la práctica y la intervención de unos parámetros o características diferenciadoras tal y como se proponen en la tabla adjunta.

⁵ Fuente: <http://www.ihrsa.org>. Consultada el 24/01/2015.

CUADRO N°1: CARACTERÍSTICAS DEL DEPORTE COMPETITIVO Y DEL DEPORTE NO COMPETITIVO.

Nº	PARÁMETROS DIFERENCIADORES	Deporte competitivo	Deporte no-competitivo
1	Por el principio rector en que se inspira	Principio selectivo	Principio participativo
2	Grado de intervención de los poderes públicos	Elevado	Bajo
3	Grado de inversión pública para su sostenibilidad	Elevado	Bajo
4	Ámbito de actuación de la intervención pública.	Seguridad y orden público en espectáculos, dopaje, relaciones laborales, disciplinario y penal, subvenciones, exenciones, becas y ayudas	Educación y Salud.
5	Ciencias involucradas principalmente en la actividad.	Jurídicas y económicas	Pedagogía, psicología y ciencias de la salud.
6	Concepto del deportista.	Sujeto eficiente y estimulado a la obtención de un resultado singular.	Sujeto activo involucrado en su satisfacción y desarrollo personal.
7	Interés preponderante de la actividad.	Mejor resultado Mayor escenificación.	Mejor integración Mayor satisfacción.
8	Por el interés de la actividad para terceros	Admite el espectáculo deportivo. Posibilidad de intereses vinculados: taquillaje, apuestas, publicidad, esponsorización, derechos de imagen.	Admite su contemplación por terceros Improbable la existencia de intereses vinculados Prevalece el interés del deportista activo.
9	Por el trato de género.	Favorece lo masculino y sus valores asociados culturalmente.	Favorece la integración inter-géneros
10	Por el trato de edad y la condición o nivel del deportista.	Precisa grupos por edades similares o tramos por nivel. Exige la <i>par condictio</i> en la competición.	Admite grupos heterogéneos en edad y condición.
11	Por el nivel de motivación (según A. Maslow).	Niveles intermedios Reconocimiento y afiliación	Nivel máximo. Autorrealización.
12	Nivel de práctica activa por la ciudadanía (datos elaborados por el CIS para el CSD 2010)	Bajo (14%)	Elevado (86%)
13	Nivel de riesgo para la salud/incidencia de lesiones	Elevado	Bajo.
14	Por la orientación del objeto.	Orientación al resultado.	Orientación a la tarea.

(Cuadro de elaboración propia a partir de HONTANGAS CARRASCOSA, 2012)

Conforme a la clasificación propuesta y que distingue el deporte competitivo del que no lo es, en la primera categoría quedaría incluido tanto el deporte de competición recreativa como la competición de rendimiento. Mientras en la primera, el resultado no se opone frente a terceros y el hecho deportivo no constituye un espectáculo público aunque se efectúe en presencia de público, esto es, sin que exista el pago de un precio o entrada por lo que carece de ánimo de lucro o finalidad mercantil y predomina lo lúdico.

En la competición de rendimiento el resultado se opone frente a terceros y se registra, efectuándose habitualmente en presencia de público y como un espectáculo público que propicia que la actividad deportiva se vincule o dirija hacia una práctica más seria, incluso profesional.

La competición de rendimiento puede tener una versión federativa u oficial y otra no federativa. A partir del hecho diferencial de la competición es posible construir un esquema general de las AFD en las que tengan cabida todas ellas agrupadas por la orientación inicial que diferencia a unas de otras: el logro de un resultado y su oposición frente a terceros. Así en el denominado para deporte todos prima el elemento lúdico y socio-participativo. Se realiza a través de una oferta general a la ciudadanía, su realización es libre o a convocatoria de instancias privadas (cursos, talleres, jornadas...) o públicas (patinadas, bici-paseos, carreras populares...), efectuada como actividad promocional y de fomento de la salud, o como medio de integración y cohesión social, pudiendo cursar con o sin competición. El deporte para todos admitiría tanto las formas de recreación lúdica, como las de integración psico-física.

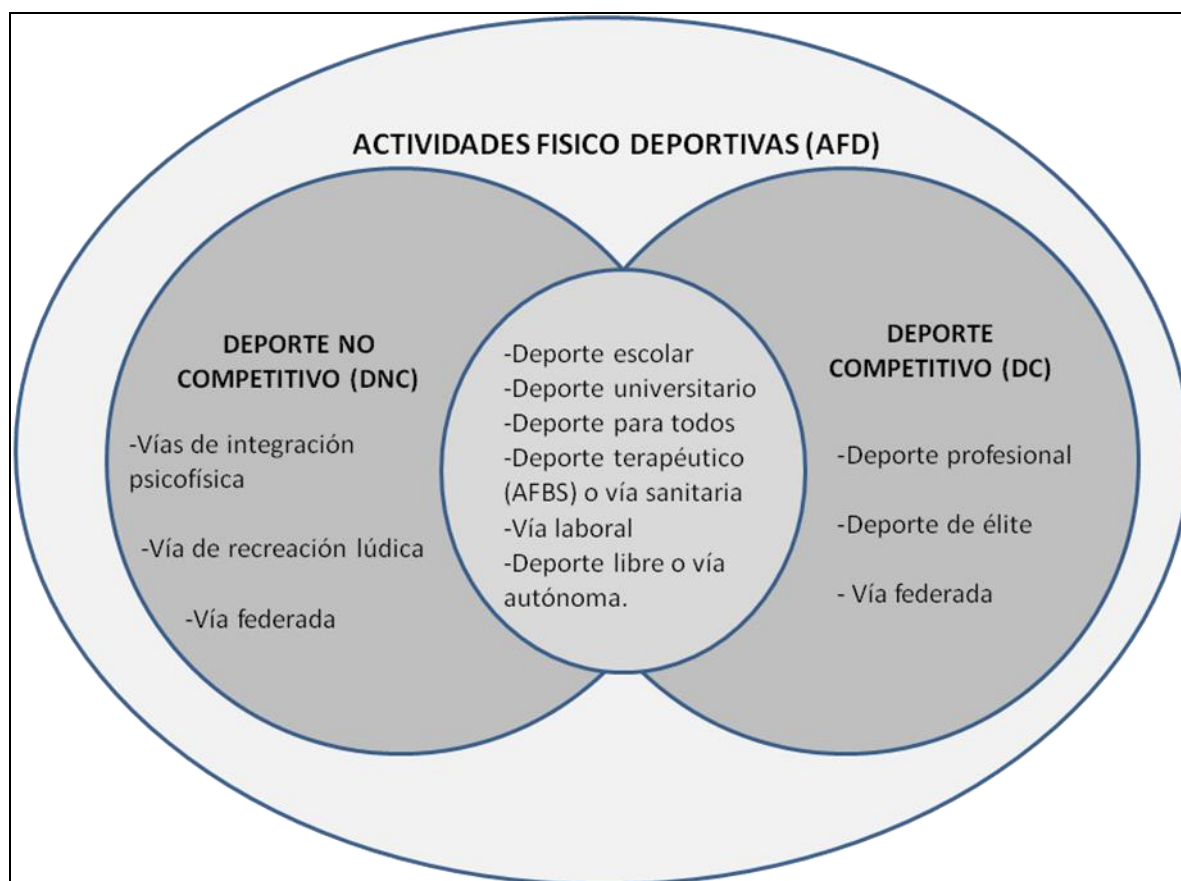
En la recreación lúdica (correr, patinar, natación libre, ciclismo y en general las actividades en el medio natural así como las recientes de medio urbano) el sujeto, atendiendo a su propias motivaciones personales, o a una oferta deportiva pública o privada, individualmente o en grupo efectúa una práctica deportiva en la que la competición está inicialmente excluida.

En las prácticas de integración psico-física, se encuentran las actividades deportivas que no solo excluyen la competición *ab initio* sino que se muestran como prácticas de formación integral, en ocasiones vinculadas a una filosofía de vida. En ellas pueden tener cabida las denominadas vías no-marciales (tai-chi, aikido, pilates o yoga)

como prácticas en las que se renuncia a una inmediatez de resultados o a un uso de la actividad como espectáculo. También podríamos denominarlas como disciplinas internas y en ellas, la actividad no solo implica un mero hacer físico-técnico sino que intrínsecamente son portadoras de unos valores que favorecen la formación integral de la persona, utilizando la práctica física como un medio y no un fin en si mismo.

A las modalidades deportivas no competitivas se refiere el artículo 31.3 de la Ley estatal del deporte a las que clasifica junto a las competitivas a los efectos de que los deportistas con licencia en las mismas, puedan ejercer su derecho a ser elector y elegible en las elecciones a miembros de la asamblea de la federación.

CUADRO N°2: CLASES DE ACTIVIDAD DEPORTIVA.



(Gráfico de elaboración propia a partir de HONTANGAS CARRASCOSA, 2012)

Existirían manifestaciones deportivas ambivalentes, esto es, en las que sería factible tanto una realización competitiva como una no competitiva; tal como ocurre en las manifestaciones de deporte escolar, universitario, deporte para todos, o en las vías laboral, terapéutica y autónoma del deporte. Por su parte, el deporte profesional y el de élite, serían una manifestación exclusiva del deporte de competición. Y la recreación lúdica y las prácticas de integración psicofísica serían la expresión clara de una actividad deportiva no competitiva.

Las categorías relacionadas pueden ser permeables ya que la realidad supera la inmovilidad de cualquier estructuración intelectual y por tanto caben muchas variables: una práctica de *deporte para todos* en la que exista la competición con mayor o menor intensidad; o una práctica competitiva con una finalidad de integración psico-física que se producirá siempre que los educadores deportivos pretendan que la competición, especialmente cuando se efectúa entre menores de edad, esté implicada de un modo importante la formación del niño o el joven, de modo que el resultado deportivo no constituya un objetivo exclusivo que se anteponga a la propia formación de la persona.

En este sentido podemos decir que las prácticas competitivas pueden también ser permeables a la integración psico-física, pudiendo convertirse en estrategias pedagógicas para la transferencia de valores, aunque su objeto inicial pueda no ser este. Cuestión esta que puede hacerse también extensiva a una práctica libre de recreación lúdica.

Y asimismo la recreación lúdico-deportiva efectuada puede acoger prácticas de integración psico-física. Lo cual viene ya constituyendo una oferta deportiva habitual en centros públicos y privados

Igualmente en los deportes competitivos, cabría una competición recreativa (torneo de fiestas populares) en el que se admita un espectáculo con pago de entrada. También en los partidos jugados por deportistas o equipos profesionales, con pago de precio o entrada pero con fines altruistas o solidarios como los partidos organizados para recaudar fondos contra la pobreza, contra la droga o para alguna otra acción social. Todas ellas son ejemplos de cómo un espectáculo competitivo, cuyo fin primordial es lucrativo, puede también aliarse con valores diferenciados al propio de un espectáculo mercantil.

En todos y cada uno de los supuestos citados podríamos hablar sin reparos de que

existe una actividad deportiva, manteniendo así un concepto amplio de deporte.

A la vista de las consideraciones expuestas y a los efectos del presente trabajo, consideraremos la expresión *actividad física* o físico deportiva (AFD) como un concepto omnicomprendivo de todas aquellas susceptibles de ser realizadas por el ser humano como actividades de ocio y también como sinónimo de *deporte* en su acepción más amplia posible. Adjetivando como *actividad física beneficiosa para la salud* (AFBS) a las que tienen una orientación terapéutica o rehabilitadora. Y nos referiremos a la expresión *deporte competitivo (DC)* o *deporte no competitivo (DNC)* para referirnos a las manifestaciones de la AFD según cursen con o sin competición, diferenciando si este es o no federado en función de su calificación por la Administración deportiva (CSD) o sus agentes delegados (federaciones), a través de las correspondientes modalidades, especialidades o pruebas.

2. Deporte y salud.

De acuerdo con lo expuesto en el apartado anterior y considerando el deporte en su acepción más amplia posible y por tanto como sinónimo de las actividades físico deportivas, nos proponemos en el presente apartado examinar los beneficios personales y sociales que produce tal y como han sido estudiados por autores de diferentes campos del conocimiento. Sin perjuicio de reconocer el poder terapéutico que también puede tener el deporte para erradicar la violencia o para contribuir a la reinserción social de personas en centros penitenciarios o en riesgo de exclusión social, nos centraremos en el aspecto exclusivamente sanitario pese a reconocer que todas las acciones terapéuticas, pueden acabar relacionándose con la salud del individuo cuya correcta integración social y realización personal puedan llegar a ser cuestiones interconectadas⁶

⁶ Algunos autores que han orientado sus trabajos al estudio del deporte como herramienta de terapia social, entre otros LA SALLE (1988-139) quien dedica su obra "Sport et delinquance, Economica-Presses Universitaires d'Aix-Marseille", a detallar las virtudes del deporte como medio para combatir la delincuencia. Con una orientación rehabilitadora del sujeto CASTILLA ALGARRA (2004) analiza la reinserción y reeducación penitenciarias a través del deporte.

La relación entre la práctica de la actividad física y la salud es una cuestión que hoy en día está fuera de toda duda. Ya en la antigua Grecia el deporte era reconocido como un factor determinante para el desarrollo de la persona, como una fuente de salud y un medio para la educación espiritual y moral de la persona y de la sociedad.

Hoy en día la relación entre el sedentarismo y la salud es una cuestión muy estudiada y se considera que la ausencia de actividad física en el individuo actúa como una causa directa de enfermedad y mortalidad. La ciencia ha conseguido demostrar que el ejercicio físico es imprescindible para el mantenimiento de un correcto estado de salud. Y los estudios epidemiológicos concluyen que el cuerpo humano necesita realizar actividad física de un modo regular.

Biólogos y antropólogos han llegado a demostrar científicamente que el cuerpo humano puede reaccionar de una forma adversa ante una falta constante de estímulos físicos. Se ha llegado a concluir que en el genoma humano existen importantes genes que solo se expresarían de un modo adecuado en un ambiente de actividad física regular. De manera tal que cuando los niveles de actividad se situasen por debajo de cierto umbral, la expresión genética cambiaría y se manifestarían desordenes clínicos tales como enfermedades cardiovasculares, desordenes metabólicos y algunos tipo de cáncer (BOOTH *et al.*, 2002).

En el Libro Blanco sobre el deporte [COM (2007) 391 final] se considera la mejora de la salud a través de la actividad física señalando que: *La falta de actividad física aumenta la incidencia del sobrepeso, la obesidad y una serie de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares o la diabetes, que disminuyen la calidad de la vida, ponen en riesgo la vida de las personas y constituyen una carga para los presupuestos sanitarios y de la economía.*

Por su parte el Libro Blanco de la Comisión «Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad» [COM (2007) 279, final, de 30.5.2007] destaca la importancia de adoptar medidas proactivas para invertir la tendencia a la disminución de la actividad física; de modo que las acciones sugeridas en el área de la actividad física en los dos Libros Blancos se complementan entre si.

El “Manual de recomendaciones mundiales sobre actividad física” realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010⁷, señala que la inactividad física es la causa de 1,9 millones de defunciones al año en el mundo y la causa responsable de entre un 10% al 16% de los casos de cáncer de mama, cáncer colorrectal y diabetes melitus; así como de un 22% de los casos de cardiopatía isquémica, alcanzando el séptimo lugar en el ranking de los factores de mortalidad en los países desarrollados. El impacto del sedentarismo sobre la salud será tan elevado en el año 2020 que de no invertir la tendencia actual, esta enfermedad no trasmisible podría llegar a ser la causa del 73% de las defunciones y el 60% de la carga mundial de la enfermedad.

Atendiendo a los datos oficiales proporcionados por la OMS, las enfermedades no transmisibles (ENT) representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente. En términos de mortandad mundial, la inactividad física es junto con el aumento de la glucosa en sangre, el tercer factor de riesgo en las ENT que alcanza un 6%, solo por detrás de la hipertensión (16,5%) o el tabaquismo (9%).⁸

La OMS ha identificado diez factores de riesgo como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, de las que cinco de ellas están relacionadas directamente con la alimentación y el ejercicio físico: la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial, la hipercolestolemia y el consumo insuficiente de frutas y verduras.

En su Plan de Acción 2008-2013 la OMS establece la estrategia mundial para la prevención y el control de las ENT e indica a los Estados miembros, la OMS y los asociados internacionales los pasos a seguir para abordar las ENT en sus países. De entre las diferentes estrategias marcadas por este organismo internacional, es de destacar “La estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud” adoptada en la 57ª Asamblea de la OMS celebrada en Ginebra (mayo de 2004) que tiene como objetivo promover y proteger la salud, haciendo que las comunidades reduzcan la

⁷ Ver en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf?ua=1, consultada el 1/06/2014.

⁸ Fuente: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/. Consultada el 31/5/2014.

morbilidad y la mortalidad asociadas a las dietas malsanas y a la inactividad física. La estrategia tiene los siguientes objetivos principales:

- Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública.
- Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas
- Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores.
- Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física.

Las evidencias científicas son muy abundantes y los estudios actuales más que dirigirse a determinar la existencia de una posible relación entre la actividad física y la salud de la ciudadanía, se orientan a verificar qué tipo de actividades físicas actúan de un modo más eficiente en el terreno terapéutico, preventivo o rehabilitador, entre las diferentes enfermedades y dolencias que nos aquejan.

De entre los estudios existentes que relacionan la salud y la actividad física, podemos diferenciar entre los que pertenecen al ámbito de la sociología y que han aportado una valiosa información estadística especialmente en cuanto a las mediciones de salud y su relación con la práctica regular de actividades físico-deportivas; de aquellos otros estudios que podemos incardinar o bien en las ciencias de la actividad física o bien en las ciencias de la salud.

En cuanto a los primeros y ante la inexistencia de instrumentos objetivos válidos, consensuados y genéricos para medir la salud (RAJMIL *et al.*, 2001) a través de cuestionarios dirigidos a la población, el concepto subjetivo o de “salud percibida” ha

sido el utilizado generalmente en los estudios que se han realizado al respecto.

Tomando como muestra los resultados de un estudio realizado en España (MOSCOSO SANCHEZ y MOYANO ESTRADA, 2009:63-64) se puede afirmar que la práctica deportiva continuada influye de manera estadísticamente significativa en el estado de salud percibida⁹ en todos los grupos de edad, aunque con matices en algunos de ellos. Entre jóvenes y adultos, la relación entre práctica deportiva y salud percibida es prácticamente lineal, es decir, a mayor frecuencia deportiva mejor valoración del estado de salud. El estudio viene a confirmar las tesis de organismos como el *American College of Sports Medicine* que sostiene tesis de “más es mejor”, al menos para los grupos de edad estudiados. Entre los jóvenes las mayores diferencias se observan entre los que practican deporte y los que no lo practican, con independencia de la frecuencia con que se realiza la actividad. Mientras que entre los mayores en lugar de apreciarse una relación lineal se muestra una polaridad entre quienes practican deporte y quienes no lo hacen habitualmente.

Por lo que se refiere a los estudios médicos, estos son abundantísimos y puesto que el objeto del marco teórico es ofrecer una exposición suficiente para ilustrar la cuestión sin la pretensión de agotar exhaustivamente esta materia, es preciso delimitar el amplísimo campo de las enfermedades y dolencias estudiadas en el ámbito científico en su relación con la actividad física. Con este fin nos hemos propuesto elegir como muestra a las denominadas enfermedades no transmisibles (ENT), pudiendo servir una selección de estas para dejar debidamente documentada la importancia de la actividad física en su tratamiento y/o prevención de enfermedades pues han sido objeto de estudios recurrentes y la OMS ha identificado la relación entre tales enfermedades con la ausencia de actividad física en el hombre.

Por otro lado también se tendrá en consideración que la actividad físico-deportiva (AFD) es beneficiosa para la salud siempre que esta sea realizada en ciertas condiciones y

⁹ Los autores del estudio definen la salud percibida acudiendo a las formulaciones de ESTEVE y ROCA (1997) GUYATT (1993) WARE (1987) y TESTA (1996) como “la percepción que los individuos tienen de su propia salud, dimensión más global que constituye un Estado de bienestar integral”. Indicando que es el indicador más relevante y utilizado en los últimos años en las encuestas de salud debido a que se ha puesto de manifiesto que este factor se ha demostrado como un buen predictor de la mortalidad y un indicador del bienestar del sujeto más allá de alteraciones de tipo fisiológico o clínico.

concurriendo determinados factores cuya variabilidad irá desde la edad del sujeto, el tipo de práctica y el tiempo e intensidad dedicado o el modo de realización. Factores que podrán determinar que la actividad sea potencialmente beneficiosa para la salud o bien, potencialmente perjudicial. En este sentido existen igualmente estudios que quiebran la injustificada afirmación categórica de que “el deporte es salud” y que exigen que en el presente marco teórico se ofrezca también una relación de dichos estudios con el fin de delimitar objetivamente esta cuestión.

Atendiendo a estas consideraciones previas pasamos a relacionar los estudios existentes, ordenados por materias y autores que relacionan a la actividad física como causa eficiente de un beneficio para la salud de las personas o como una causa potencial de lesiones o enfermedades y por tanto, de riesgo para la salud.

2.1. El deporte como actividad potencialmente beneficiosa para la salud.

La información que nos ofrece la comunidad científica a este respecto es altamente fiable y proporciona un marco de certeza incuestionable respecto del protagonismo de la actividad física en la salvaguarda de la salud ciudadana en general.

En este apartado vamos a resumir los principales autores y estudios realizados sobre los beneficios que tiene para la salud un estilo de vida activo físicamente en las personas adultas, agrupando las diferentes dolencias o enfermedades sobre las que la AFD podría tener una acción favorable tal y como a continuación se expone:

Actividad física y enfermedad cardio-vascular.

La comunidad científica ha efectuado múltiples estudios que relacionan la influencia beneficiosa de la actividad física sobre las enfermedades coronarias, tanto en hombres como en mujeres. Seguidamente ofrecemos un resumen de las aportaciones

realizadas en este campo y de los autores que las han llevado a cabo conforme a la síntesis que ha sido efectuada por RIOS AZUARA (2013: 23-24).

- BERLIN Y COLDITZ (1990) y MACNAIR *et al* (1994) concluyeron que las personas inactivas y en baja forma física tenían el doble de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares que las personas físicamente activas y en buena forma.
- Los estudios de BOREHAN *et al*, (2001) indicaban que las personas con alto riesgo de padecer enfermedad coronaria se beneficiaban más de la actividad física que las personas con bajo riesgo.
- La actividad física reduce significativamente el riesgo de hemorragia cerebral y es un buen tratamiento complementario de las enfermedades cardiovasculares periféricas (TANESCU, *et al*, 2002; MYERS *et al.*, 2002; GUILLEM *et al.*, 1996; LINKE *et al.*, 2001).
- La actividad física ayuda a que se disminuyan los factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares, incluyendo el aumento de la tensión arterial, hiperlipemia e insulino-resistencia (DURSTINE *et al.*, 2001; HAMBRECHT *et al.*, 2000; Kohl *et al.*, 2001).
- Los programas de rehabilitación consistentes en ejercicios físicos para pacientes con enfermedades coronarias, se han mostrado eficaces en la reducción de la mortalidad (WANNAMETHEE *et al.*, 1999; WANNAMETHEE y SHAPER, 2001).
- El tratamiento de rehabilitación para las personas que han sufrido una hemorragia cerebral es fundamental. Para las personas con enfermedad vascular periférica los ejercicios de rehabilitación pueden mejorar la capacidad de caminar y realizar las labores cotidianas, mejorando así su calidad de vida (STEFFEN *et al.*, 2001). Los pacientes que han participado en programas de rehabilitación parecen experimentar una reducción de aproximadamente un 25% de mortalidad por problemas cardíacos y de otro tipo.

- Finalmente, señalar que los estudios de LOWTHER, et al, (1999) respecto de la asociación entre la actividad física desarrollada en tiempo de ocio y la condición física, con el riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio, demostraron que el riesgo era significativamente menor para los individuos con el nivel más alto de actividad física y una mejor condición física.

Actividad física y sedentarismo.

El sedentarismo junto a una dieta inadecuada (excesivamente calórica en relación al gasto energético del sujeto y rica en grasas) es una de las principales causas de la obesidad que, a su vez, se ha convertido en una enfermedad mundial cuyos índices de crecimiento se asemejan a los de una epidemia. De este modo la obesidad y el sedentarismo se manifiestan como diferentes caras de una misma moneda y son factores que se influyen y determinan mutuamente. En palabras de ESCRIBANO COLLADO: «...el incremento en las cifras de obesidad, inevitablemente, se ha visto traducido en un aumento en los índices de morbilidad y mortalidad por el incremento paralelo de otras enfermedades tan estrechamente ligadas a la obesidad como la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad coronaria.». Añadiendo el citado autor que: «El tratamiento de la obesidad se ve en gran medida favorecido cuando se añade al tratamiento dietético, la actividad física teniendo en cuenta que esta debe reunir las características de aeróbica y submáxima.» (en GUILLEM DEL CASTILLO, 2005:137)

El Consejo de Europa en sus “Conclusiones sobre la nutrición y la actividad física” (DOUE 8/07/2014. C 213/1) reconoce el indiscutible binomio entre la dieta y la actividad física como factores elementales en la lucha contra la obesidad, a la que califica como enfermedad al observar que “se ha descrito que la obesidad y sus consecuencias patológicas han alcanzado proporciones de epidemia, puesto que la mitad de la población adulta de la EU se encuentra en situación de sobrepeso u obesidad con arreglo a la calificación de la OMS...” (apartado nº13, párrafo 1º). El documento citado reconoce “los efectos beneficiosos, tanto para los ciudadanos como para los sistemas

sanitarios de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y el hecho de que la dieta sana y la actividad física reducen de forma significativa el riesgo de afecciones crónicas y de enfermedades no trasmisibles (ENT) y contribuyen sustancialmente al crecimiento de niños sanos, a la esperanza de vida con buena salud y a la buena calidad de vida de los niños, adolescentes y adultos” (apartado nº 15). Por las razones expuestas, la Comisión invita a los Estados miembros para que estos “sigan dando el carácter de máxima prioridad a la dieta sana y la actividad física regular para reducir la carga de enfermedades y afecciones crónicas, contribuyendo de tal modo a la mejora de la salud y calidad de vida de los ciudadanos europeos y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios” (apartado nº 29).

Así junto al fenómeno del sedentarismo y la consiguiente obesidad ya citadas, se expondrán las siguientes dolencias o enfermedades específicas como muestra: la depresión, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial. Haciendo una referencia específica en general al envejecimiento, en cuanto que periodo en el que inexorablemente pueden aparecer una multiplicidad de afecciones de salud; verificando que los estudios actuales se dirigen a determinar las actividades físicas que resultan idóneas para la prevención de las mismas o bien su tratamiento, actuando en tales casos la actividad física como medida terapéutica de apoyo o refuerzo.

Afortunadamente en la actualidad disponemos de numerosas investigaciones científicas en el este campo. MELENDEZ (2000) señala que dichas investigaciones *pueden justificar la importancia de realizar ejercicios de tipo aeróbico para conseguir un estilo de vida más saludable ya que se han demostrado eficaces en la reducción de la grasa corporal o en la reducción del riesgo de desarrollar diabetes mejorando la tolerancia de la glucosa. Los programas de actividad física pueden ayudar a prevenir la osteoporosis estimulando el “modelado” del hueso y reducir el riesgo de padecer arterioesclerosis y enfermedades cardiovasculares ya que provocan cambios favorables*

*de los lípidos sanguíneos, la presión arterial y la disminución del estrés psicológico, favoreciendo además una actitud mental positiva”*¹⁰ (MELENDEZ ORTEGA, 2000).

La realización de actividad física y deporte por parte de personas mayores influye positivamente sobre su percepción de autoestima personal y su imagen corporal, contribuyendo a que las personas sientan que su salud y bienestar son mejores (IBAÑEZ PEREZ, R. 2015:174). Pero también se han demostrado las repercusiones positivas en el rendimiento académico de modo que *“un entrenamiento aeróbico de intensidad moderada de tres días por semana durante un año contribuye al aumento de hasta el 2% del volumen del hipocampo, acompañado de un aumento de la memoria espacial, el flujo sanguíneo, la asignación de nutrientes y de los niveles de proteína y del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF)* señalándose que dicho incremento de la actividad cerebral influyen en que *”las conexiones y la plasticidad neuronal sean mejores”*, lo cual influye positivamente en la memoria y el aprendizaje y, por extensión, en el rendimiento académico (LLORENS, F. 2015)¹¹.

Actividad física y salud mental.

MIGUEL TOBAL (en GUILLEN DEL CASTILLO *coord.*, 2005) ha recopilado varios trabajos en los que se procede al estudio de un amplio repertorio de autores, procediendo a glosar los que relacionan la evolución o tratamiento de la depresión, la ansiedad y el estrés con la actividad deportiva¹². Una parte de los estudios científicos concluyen que el ejercicio físico ayuda a la persona que lo practica a que se sienta mejor, mejore su estado de ánimo, reduzca la ansiedad o mejore su calidad del sueño; estableciendo incluso asociaciones entre la realización diaria de actividad física con una

¹⁰ Extractado de la conferencia impartida bajo el título “Aikido y salud” en la sede de la Asociación para el Fomento del Aikido (AFA-Madrid) basada en la publicación citada del mismo autor. Fuente consultada el 4/07/2014: http://www.afamadrid.com/default.asp?V_DOC_ID=923

¹¹ Fuente: Informe del citado autor para la Universidad Internacional de Valencia y publicado en <http://munideporte.com/> consultada el 15/01/2016.

¹² Ver asimismo la Tesis doctoral de NAVLET SALVATIERRA (2012) Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes. Universidad Complutense de Madrid.

menor vulnerabilidad, de hasta un 41%, a padecer enfermedades mentales respecto de individuos inactivos (HAMER *et al.*, 2009). Así estudios recientes arrojaron resultados concluyentes respecto de los mejores resultados de salud mental en personas con niveles altos o moderados de actividad física, indicando que los trastornos considerados menores consumen una gran cantidad de recursos sanitarios en visitas médicas y fármacos, por lo que “abordar este tipo de problemas a través de la actividad física podría ser de utilidad para lograr un uso más eficaz de recursos sanitarios. Este aspecto debería tenerse en cuenta para el desarrollo de políticas y estrategias encaminadas a la mejora de la salud de la población” (RODRIGUEZ ROMO *et al.* 2015). Por lo que genéricamente se argumenta que las formas de ejercicio aeróbico como caminar, montar en bicicleta, bailar o nadar, tienen un efecto beneficioso para la salud mental.

En el campo de la psiquiatría se ha acreditado que existe una influencia favorable del ejercicio físico en cuadros depresivos. Indicando que tanto el ejercicio aeróbico como anaeróbico reducen la depresión, con independencia de la gravedad del cuadro depresivo y tanto más cuanto mayor sea la duración de los ejercicios. En la mayoría de los estudios se han utilizado programas de diferente duración y sujetos de diferente edad y sexo y que presentaban cuadros depresivos de diferente gravedad.¹³

¹³ Seguidamente resumimos las materias y autores que, siguiendo a MIGUEL TOBAL, compendian las aportaciones académicas más significativas en este campo. En depresiones leves podemos citar como estudios más representativos los llevados a cabo por Doyne, Ossip-Klein, Bowman, Osborn, McDougall-Wilson y Neimeyer (1987); en los casos de diagnóstico leve-moderado los de Brooks, Meyer, George y Cols, (1997) Griest, Klein, Eischens y Cols, (1978); Márquez (1995) North, McCullagh y Vu tran, (1990); Sharkey (2000) Sime (1987); Van Amersfoort (1996). En los casos de depresión severa y mayor, los estudios de Martinsen (1987) Hoffart y Solberg (1989) aunque Buffone (1985), Monahan (1986) y Sime (1984) cuestionan la eficacia del ejercicio físico en las depresiones mayores y con características psicóticas. Asimismo los estudios de De Vries, Burke, Hooper y cols (1997); Fremont y Craighead (1987) Hays (1999) refieren que el ejercicio físico aeróbico es tan eficaz, desde el punto de vista de significación estadística en la reducción de un trastorno depresivo, como los tratamientos a base de psicoterapia; o frente a los fármacos anti-depresivos (Blumental, 2000; Martinsen 1987), sin que el deporte, como actividad terapéutica, interfiera en la acción farmacológica (Fominaya y Orozco, 1988); siendo una alternativa eficaz con pacientes que presenten contraindicaciones o intolerancia a la acción farmacológica (Blumental, 2000). Los estudios que comparan el ejercicio físico en depresivos frente al placebo (sustancia inocua o sin acción farmacológica) demuestran asimismo la eficacia del ejercicio aeróbico en la terapéutica de la depresión (Martinsen, Sandvik y Koljornsrud, 1989). Una revisión estadística amplia de los estudios relacionados entre la actividad física y la depresión, concluyen que la actividad física, preferentemente aeróbica, disminuye significativamente la depresión en grupos de edad y niveles de puesta en forma y que una mayor disminución está asociada con sesiones y programas de ejercicios más largos

Sin embargo, también existen estudios que vienen a matizar tales beneficios, de modo que solo serían alcanzables atendiendo a factores como la intensidad (siendo preferibles los ejercicios de intensidad

Los beneficios de la actividad física en los diagnósticos de depresión, han sido especialmente estudiados en la tercera edad. En cuanto que trastorno psicoafectivo, la depresión está caracterizada por *una disminución significativa del estado de ánimo con repercusiones físicas y sociales reconocida como una epidemia silenciosa en la vejez, la cual reduce la capacidad del individuo para tratar sus problemas de salud...* (WILSON-ESCALANTE, *et.al.*2009). El referido estudio, en el que intervinieron investigadores de la unidad de investigación en gerontología de la facultad de estudios superiores de Zaragoza, se llevó a cabo en ciudad de México y concluyó que la prevalencia de la depresión en ancianos ambulatorios es del 8 al 16% y de hasta un 35% en ancianos que viven en asilos. Asimismo se encontró una prevalencia significativamente más alta de depresión en el grupo de adultos mayores sedentarios en comparación con los que realizaban ejercicio, lo cual se cita como un resultado coincidente con el obtenido con los estudios anteriores realizados por de GRACIA M, MARCO (2000) Y MURILLO-HERNANDEZ y LOO-MORALES (2007: 111-20). *El ejercicio físico, además de los efectos bioquímicos favorece la socialización, lo cual tiene un efecto protector para la depresión* (TUESCA MOLINA, *et.al.*:2003). Finalmente se señalaba que los hallazgos apoyaban la propuesta de que *el ejercicio físico tiene un efecto protector contra la depresión de los ancianos. Por tal motivo es recomendable implementar programas de ejercicio físico seguro y supervisado.*

Los efectos sobre la salud de la actividad física han sido también analizados por BRADLEY, WILLCOX, CRAIG y SUZUKI., (2002) en el conocido como informe Okinawa respecto de la longevidad de las personas, en el que la actividad física es examinada como factor de longevidad junto a otros factores determinantes como una dieta adecuada y un modo de vida alejado del estrés. Pero volviendo de nuevo al campo

baja y moderada, (Blasco 1994, Ortega 1992 y Van Amesfoort 1996) la duración (La Asociación Americana de Psicología en el año 2000 estableció programas de ejercicio para el tratamiento de la depresión con una duración mínima de 5 semanas), la frecuencia o regularidad de la práctica (Lawrence, 1987, señala un mínimo de 3 semanas para apreciar la disminución de síntomas depresivos) y la progresión de la actividad recomendada; no siendo predicables del deporte en general o de cualquier tipo de actividad, cualquiera que sea su orientación o realización. Otros autores señalan la necesidad de un reconocimiento médico-deportivo previo y minucioso, así como la realización de las pruebas necesarias para determinar el nivel físico y gustos, para que el programa de ejercicio fuera factible y encajase en el estilo de vida del paciente (Anthony, 1991).

de los trastornos mentales y del comportamiento, más concretamente en el campo de la psicopatología, uno de los cuadros clínicos habitualmente asociados a la depresión es la ansiedad que, a su vez, aparece asociada a los trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los trastornos psicóticos y a una amplia variedad de trastornos psicofisiológicos. Numerosos estudios refieren la efectividad del ejercicio físico en el tratamiento de la ansiedad y el estrés. La mayor parte de los estudios existentes se ha realizado con programas de ejercicio aeróbico, de baja y moderada intensidad que resulta el más recomendado (caminar, marcha atlética, correr, nadar e ir en bicicleta). Desaconsejándose los deportes que requieren un alto grado de concentración y relacionados con alto grado de tensión. Así WEINECK (2001) estudió que en estos deportes, la comisión de errores en pacientes con ansiedad podría producir irritación y esa carga adicional favorecería a su vez el aumento de la ansiedad y el estrés y no la relajación que se pretende con la actividad física.

Actividad física y otras enfermedades no transmisibles (ENT).

Como muestra representativa de los estudios realizados respecto de la incidencia de la actividad física en las ENT, destacaremos entre estas a la diabetes, el cáncer y la hipertensión por su mayor incidencia entre la población mundial.

Por lo que se refiere a la diabetes LÓPEZ DE LA TORRE (en GUILLEM DEL CASTILLO, *coord.*, 2005: 151-158), señala que la diabetes mellitus es un síndrome que engloba a un gran número de enfermedades que llevan a un aumento de los niveles de glucosa o hiperglucemia. La insulina es la hormona proteica responsable de regular el transporte de glucosa a los tejidos; y la diabetes se refleja en una falta de dicha hormona o en un problema de acción de esta sobre los tejidos. Existe unanimidad en considerar que el ejercicio físico es una herramienta fundamental en la prevención y el tratamiento de la diabetes mellitus. Ayuda a mejorar el perfil lipídico, la tensión arterial, prevenir y tratar la obesidad y prevenir la diabetes mellitus tipo 2, ayudando a controlarla cuando existe. Lo cual, según el autor citado, alcanza una trascendental importancia en la prevención de los factores de riesgo de la arteriosclerosis. Se recomienda un estudio previo de las

limitaciones propias de cada paciente según sus complicaciones crónicas. Y dado que resultan imposibles de prever los niveles de glucemia que alcanza un diabético concreto durante el ejercicio, el paciente precisará de un aprendizaje mediante la realización de autocontroles en sangre que aseguren unas glucemias en rangos seguros. Para lo que influirá el grado de resistencia insulínica, patologías previas, tipo de medicación, dieta, horario, etc.

Por lo que a los efectos preventivos se refiere, LÓPEZ DE LA TORRE indica que los estudios llevados a cabo por HELMRICH (*et.al.*, 1991) concluyen que tanto en atletas como en individuos que hacen un ejercicio más moderado se ha demostrado una disminución del riesgo de que aparezca la diabetes mellitus tipo 2. Señalando que por cada 500 kcal de aumento del gasto calórico semanal puede disminuirse en un 6% el riesgo de sufrir esta enfermedad. JACOBSEN (2002), en un estudio con seguimiento a siete años, encuentra que aquellos individuos que hacían una moderada actividad física en su tiempo libre, tenían un menor riesgo de padecer diabetes mellitus, comparados con lo que tenían un hábito sedentario (riesgo negativo 0.4). Incluso aquellos que habían hecho ejercicio anteriormente pese a no haber mantenido posteriormente el hábito, padecían menos diabetes que los que tenían hábitos sedentarios (riesgo relativo 0,5). Mientras que el menor riesgo lo tenían los individuos que habían aumentado su actividad física recientemente (riesgo relativo de 0,3). Sin que el ejercicio realizado debiera ser intenso para alcanzar dicho beneficio, ya que el 80% de los individuos referían una actividad física moderada consistente en pasear, montar en bicicleta, o realizar cualquier otra actividad al menos durante cuatro horas semanales.

En 2002 el *Diabetes Prevention Program Research Group*, demostró una reducción de la incidencia de la diabetes mellitus del 58% en solo 2,8 años de seguimiento en una población de 3234 pacientes con elevado riesgo por tener glucemia basal elevada o intolerancia a la glucosa, que redujeron su peso un 7% y practicaron ejercicio físico de moderada intensidad al menos durante 150 minutos semanales. Siendo

destacable que la reducción de la incidencia fue mayor que la conseguida disminuyendo la resistencia insulínica con medicamentos específicos como la metformina.¹⁴

Por otro lado los estudios realizados sobre la disminución de la mortalidad de los diabéticos tipo 2 mediante el ejercicio físico, ilustran sus conclusiones mediante el seguimiento de 6408 varones diabéticos con intolerancia a la glucosa durante 25 años.

El grado de actividad física estaba inversamente relacionado con la mortalidad global, enfermedades coronarias y otras causas de mortalidad cardiovascular tanto en individuos normoglucémicos como en quienes padecían diabetes mellitus o intolerancia a la glucosa, siendo más evidentes en estos últimos¹⁵

Por lo que se refiere a los estudios más recientes respecto de la relación entre la actividad física y los pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer, estos estudios han llegado a comparar a la actividad física con la función del medicamento considerando a la misma como una técnica complementaria al tratamiento médico farmacológico, en concreto para el cáncer de próstata. A tal conclusión ha llegado en 2014 el Instituto Catalán de Oncología que ha realizado un estudio sobre la calidad de vida en los enfermos con este tipo de cáncer, al aplicar un programa de trabajo individualizado durante veinticuatro semanas y con una frecuencia de dos sesiones semanales de 90 minutos de ejercicio físico de fuerza-resistencia según el modelo base elaborado por el *American College Sports Medicine Position Stand* (ACSM). Las mejoras en la calidad de vida se comprobaron en los ámbitos físico, funcional y emocional, al mejorar la fuerza y resistencia físicas, reduciendo la fatiga y el dolor, recuperando la tensión arterial y disminuyendo la incontinencia urinaria¹⁶. El programa se considera

¹⁴ Diabetes Prevention Program Research Group (2002) “Reduccion in the incidence of type 2 diabetes mellitus with lifestyle intervention of metformin”. N Engl J Med; 346: 393-403. – fuente consultada el 19/7/2014: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa012512>

¹⁵ Batty GD, Shipley MJ, Marmot M, Davey Smith G (2002). “Physical activity and cause specific mortality in men with type 2 diabetes/impeired glucose tolerante: evidence from the Whitehall Study”. Diabetic Mediciene 19: 580-588. Fuente consultada el 19/7/2014: <http://www.researchgate.net/publication/11276186>

¹⁶ Fuente: <http://www.minudeprte.com> Consultada el 19/10/2014.

válido en la medida que permite controlar las constantes vitales del paciente, disminuyendo el riesgo de disfunción cardiovascular, de disnea y de caída.

Y por último en cuanto a la hipertensión arterial (HTA) y siguiendo en este punto a NARANJO ORELLANA (en GUILLEM DEL CASTILLO, *coord*, 2005:163), su origen puede ser múltiple, existiendo numerosos factores metabólicos y hormonales, así como ambientales, estos últimos relacionados con el estilo de vida o la alimentación y que condicionarían la aparición de esta enfermedad. Entre los factores ambientales se cita el consumo excesivo de sal, alcohol, café, té o tabaco, las carencias de calcio, potasio y magnesio o los déficits de sueño y el estrés. Sin embargo ha sido desde la década de los años setenta que se han publicado numerosos estudio epidemiológicos (citados como fundamentales los de BALIS y PAFFENBERGER) que han demostrado una relación inversa entre el grado de actividad física de la población y el riesgo de desarrollar HTA.

La ergometría o prueba de esfuerzo puede detectar una presión arterial lábil y “prehipertensión” pero también está indicada en el caso de hipertensos diagnosticados que deseen realizar una actividad física regular, o para la detección de la isquemia silente en pacientes asintomáticos con hipertensión leve o leve- moderada. Llama poderosamente la atención el hecho de que el citado autor habla de “prescribir actividad física” al hipertenso y la necesidad de efectuar una valoración diagnóstica previa, al señalar que: *“El conocimiento de la respuesta de la presión arterial al ejercicio, permitirá un ajuste adecuado del tratamiento farmacológico y al mismo tiempo será imprescindible para la prescripción de las intensidades y el tipo de ejercicio a realizar”*.

Para concluir debemos recalcar que la relación de trabajos y autores citados que han estudiado la relación beneficiosa del ejercicio físico en la prevención y/o tratamiento de las ENT no es exhaustiva, en tanto no se pretende una guía bibliográfica sino una mera información objetiva y ordenada acerca de esta cuestión. Y que a las enfermedades relacionadas cabría añadir tal vez otras, como las discapacidades cognitivas (tanto en mejora como en prevención); la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las referidas al sistema locomotor (osteoporosis, osteoartritis, o lumbalgias) u otras muchas,

incluso el ya citado cáncer, existiendo respecto de esta última enfermedad una documentada relación entre la actividad física y el riesgo global de padecer ciertos tipos de cáncer, con estudios específicos en los casos de cáncer de colon y mama; así como en la mejora de los síntomas de otras muchas enfermedades.

No obstante y a pesar de las evidencias científicas, la prescripción de actividad físico deportiva a los pacientes parece algo asociado bien al campo experimental o bien al criterio personal del facultativo, pero en todo caso siempre como una opción secundaria a los tratamientos de base farmacológica, compendiados en el vademecum de la oficialidad. Y salvo en el campo de la rehabilitación por medio de la fisioterapia, los sistemas sanitarios no han acertado a encajar al deporte como un factor integrado en las soluciones terapéuticas, rehabilitadoras o preventivas.

2.2. El deporte como actividad potencialmente perjudicial para la salud.

Tras la somera revisión de las evidencias científicas que consideran a la actividad física como un factor coadyuvante de la salud y su probada efectividad en el tratamiento y prevención de las ENT, también debemos considerar la existencia de estudios y autores que han identificado la existencia de riesgos para la salud derivados de la práctica de AFD y que podemos clasificar siguiendo en este punto a RIOS AZUARA en los siguientes:

“Paro cardíaco: Cuando se realiza una actividad física intensa, el riesgo de muerte súbita es cinco veces superior al riesgo de muerte súbita a lo largo de la vida en la población en general.

Problemas osteoarticulares: Las lesiones traumáticas son frecuentes cuando se realizan ciertas actividades físicas, especialmente cuando se practican diferentes deportes

Broncoespasmo: La FEV (volumen respiratorio forzado en el primer segundo) disminuye cuando se realiza una actividad física. Esta reacción está especialmente marcada en las personas asmáticas

Otros efectos perjudiciales se pueden observar sobre la piel, la sangre, riñón, sistema nervioso, aparato digestivo, el sistema otorrinolaringológico y visual, Ortega (1992). El estrés oxidativo que se produce cuando se realiza ejercicio físico extenuante es una causa de alteración funcional de algunos órganos Ríos y Gimenez (2011) estudian el posible efecto sobre el riñón.” (RÍOS AZUARA, 2013: 15-16).

Este autor cita a la *U.S Department of Health and Human Services* (USDHHS, 2002) que estableció una regla general en cuya virtud podríamos afirmar que, en términos de salud pública, la práctica de la actividad física con una intensidad moderada y ajustada a las circunstancias personales, reporta importantes beneficios para la salud. Pero tal regla parece trazar una línea entre la práctica moderada más propia de las actividades físico-deportivas de tipo recreativo de aquellas otras asociadas al rendimiento deportivo que, por definición, pretenden llevar al límite las capacidades físicas en aras a la consecución de un resultado. Las personas que realizan una actividad física de intensidad moderada y vigorosa tienen un riesgo más alto de padecer lesión de tobillo, rodilla y en el grupo muscular que más se utilice que en el resto de grupos musculares, especialmente en las personas de mas edad.

Estudios recientes de un grupo de investigadores dirigido por Louis Marott, cardiólogo del hospital de Frederiksberg de Conpenhague, publicado en el *Journal of de American College of Cardiology*¹⁷ (JACC) ha tomado como muestra a más de un millar de corredores y 412 personas sedentarias. Durante más de doce años de investigación este estudio pretendía comprobar la relación existente entre la práctica de un ejercicio intenso y la mortalidad. El estudio concluye que los corredores que se ejercitaron con mayor

¹⁷ Las conclusiones de este trabajo de investigación han sido ampliamente difundidas en diversos medios de comunicación cuya fuente es la publicación del JACC, y cuya consulta directa puede efectuarse en: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=1891600> (consultada el 5/02/2015). La noticia puede asimismo consultarse en <http://eldiariomontaneses> y en <http://www.cadenaser.com> , entre otros medios.

intensidad, con una frecuencia superior a tres veces por semana y una velocidad superior a los 11 km/h, tenían una mortalidad comparable al grupo de personas sedentarias que había sido estudiado. Los mejores resultados de salud fueron obtenidos por el colectivo que practicaba ejercicio de forma moderada, dedicando a correr una media de tres veces y un máximo de dos horas y media semanales y a una velocidad no superior a 8 km/h. Por lo que se concluía que un desempeño intenso en la actividad física puede no tener un impacto favorable en la salud de las personas.

Asimismo en otros estudios realizados sobre personas que realizaban ejercicio aeróbico, la cuarta parte de ellos padeció lesión del aparato locomotor; de estos, el 83% tenían lesión a causa de la actividad física que realizaban; casi la tercera parte de los que padecieron una lesión dejaron de practicar el ejercicio físico que practicaban después de padecerla (HOOTMAN, *et al.*, 2002). Lo que nos lleva a plantear si el riesgo de perder la salud o su pérdida efectiva, puede llegar a convertirse en una causa determinante del abandono deportivo. Cuestión esta que se analizará más adelante.

RIOS AZUARA cita una serie de estudios y autores que describen los tipos de actividad física y su intensidad, relacionados con la producción de las lesiones. Entre otros, y a título meramente enunciativo, los trabajos de Vuori (2001) y Lau (2000) en relación con la osteoartritis; Gordon (1990) en relación a los riesgos psicológicos derivados de la adicción al ejercicio y su relación con la insatisfacción con el propio cuerpo; Kajula (2003) respecto de la alteraciones degenerativas en las articulaciones y la columna vertebral; o más recientemente Ríos y Giménez (2011) en cuanto a los riesgos externos de la práctica: atmosféricos, relacionados con el medio, el lugar de práctica o incluso las agresiones entre los propios contrincantes

Pero ha sido PERSONNE quien ha establecido una relación directa y contundente entre la realización de una práctica deportiva intensa y orientada al rendimiento, con los peligros para la salud del deportista. Este autor advierte de los graves perjuicios que ocasiona a la salud la iniciación y especialización deportiva excesivamente temprana, de la que se derivaría una exigencia e intensidad de la práctica que acabaría siendo pernicioso para la salud por excesivamente precoz (PERSONNE, J., 2005). Y aunque su

trabajo se centra específicamente en el ámbito de la iniciación deportiva, contiene algunos estudios referidos a la competición deportiva de máximo nivel, su relación con las lesiones y el potencial riesgo para la salud que se deriva, en general, del deporte orientado exclusivamente al rendimiento. De un modo resumido se expondrán las aportaciones científicas más significativas en este campo tal como este autor ha recopilado, entendiendo que su cita puede ayudar a completar los estudios anteriormente citados sobre esta materia.

- Chambat, P., Jost, A. refieren que en 1984 el 40% de las esquiadoras francesas sufrieron rotura de ligamento cruzado anterior de rodilla.
- Liotard, JP Leglise, M y Romano, MC (1989) respecto de un estudio sobre columna vertebral de jóvenes gimnastas francesas, entre los 8 y los 18 años, constata que de un grupo de élite de 12 gimnastas, el 43% sufría daños óseos y el 25% se quejaba de dolores lumbares
- Gaçon, G (1990) advertía que los programas demasiado estrictos en jóvenes podía provocar trastornos en el control hormonal y obstaculizar el crecimiento, o incluso retrasar la pubertad y en las niñas conllevar un retraso de varios años en la aparición de las primeras menstruaciones
- Ionescu, C (1988) después de examinar a 600 deportistas de alto nivel de entre 16 y 35 años (390 chicos y 210 chicas) pertenecientes a 13 disciplinas deportivas diferentes concluyó que: *“La actividad deportiva de rendimiento genera condiciones favorables para la aparición y la evolución prematura de los fenómenos degenerativos articulares en la infancia y la adolescencia. Las lesiones degenerativas articulares presentan una mayor frecuencia en los deportistas jóvenes, tanto en chicos (59’1%) como en chicas (46’3%). Dicha frecuencia aumenta con la edad y la duración de la actividad deportiva”*.
- Halicka-Ambroziack, D (1989) estudió las fracturas de fatiga (estrés- fractura) demostrando claramente que la causa puede estar en la interacción del estímulo de entrenamiento y en la secreción hormonal que actúa sobre la estructura del sistema óseo y aconsejando un control estricto en los

entrenamientos que suprimiese el riesgo de sobrecargas como causantes de estos problemas

En el ámbito del deporte escolar de recreación, BOYCE y SEBOLEWSKI (1989: 338-342) informaron que cada año en EE.UU. veintidós millones de niños se lesionaban en deportes recreativos y juegos de participación. De estos niños, dieciséis millones requirieron atención médica de urgencia; seiscientos mil requirieron hospitalización y treinta mil quedaron permanentemente incapacitados (RODRIGUEZ, 1990: 144, 625-626). Y en el caso de los deportistas amateurs, cada año cerca de la mitad sufren una lesión severa que perjudica la continuidad de su práctica (GARRIK y REQUA, 1978).

A falta de otros trabajos específicos sobre esta cuestión en nuestro país, el último estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas sobre los hábitos deportivos de los españoles (CIS, 2010), se refiere a la ambivalencia económica y a la ambivalencia de la salud del deporte, indicando literalmente que:

“Y cosa parecida cabe encontrar si tomamos en consideración el ámbito de salud que envuelve al deporte como parte constituida del clásico lema “mens sana in corpore sano”, que es desmentido continuamente por la preocupante difusión del dopaje, especialmente en el deporte de alto rendimiento, pero también presente en las actividades deportivas orientadas al desarrollo corporal de los practicantes aficionados Salud que tampoco acompaña a las frecuentes lesiones y accidentes que surgen en la práctica intensa competitiva y arriesgada del deporte.”

Por otro lado el citado estudio señala que los problemas de salud representan el tercer motivo más citado (21%) del abandono deportivo. Factor que se repite e incrementa respecto de las encuestas anteriores (18% en el año 2000 y un 15% en el año 2005). Aunque el estudio llevado a cabo por el CIS reconoce no poder distinguir si la causa del abandono por motivos de salud se encuentra en el envejecimiento progresivo de

la población, o si existen otros factores; sugiriendo que en el futuro se realicen estudios pormenorizados que analicen este factor con mayor detalle.

En la actualidad, desde el campo de la psicología, se acepta que uno de los factores que determina la decisión de un individuo de iniciarse y mantenerse en un determinado programa deportivo depende, y se ve influida, por las expectativas de obtener posibles beneficios para su salud que actuarían como motivadores extrínsecos e intrínsecos y a la vez como resultado deseado (DAVEY, FITZPATRICK, GARLAND, Y KILGOUR, 2009:141-162). Desde la perspectiva de orientar la actividad físico-deportiva a la promoción de la salud, la permanencia de los sujetos en la realización de dicha actividad implicaría la necesidad de que los sujetos perciban que con la realización de una actividad física regular se pueden llegar a obtener ciertas garantías acerca de sus posibles beneficios (MÁRQUEZ ROSA, 2004:93-112).

Pese a que está muy extendida la idea de que la práctica físico-deportiva es la panacea para conseguir un estado saludable, no es posible afirmar que cualquier práctica deportiva tendrá tales efectos positivos sobre la salud. Como señalan DELGADO FERNANDEZ y TERCEDOR SANCHEZ (2002) existen muchas manifestaciones de práctica de actividad física que atentan directamente contra la salud.

Estos autores destacan como posibles riesgos de la salud psicológica los siguientes trastornos: obsesión por el ejercicio, adicción o dependencia del ejercicio, agotamiento, anorexia y vigorexia. Será preciso conocer dichas actividades y valorar la relación coste-beneficio de las mismas. Estos autores, citando a PÉREZ SAMANIEGO (1999) resumen los posibles beneficios y riesgos de la práctica de actividad física.

Pero también en el ámbito del deporte de élite o profesional se ha estudiado la relación directa existente entre la actividad de máximo rendimiento y los múltiples efectos secundarios perniciosos para la salud física y mental del deportista. Tales efectos parecen tener su origen en la exigencia permanente de logros y que llevaría al deportista a prolongar en el tiempo situaciones de estrés hasta el límite físico y mental. Lo que a su vez vendría ocasionado por la propia naturaleza de una actividad, dirigida al resultado, completamente mercantilizada y convertida en un espectáculo de masas que no puede detenerse. En palabras del economista deportivo Jean Francoise Bourg: «Cuando el

dinero entra en juego [en el deporte] el rendimiento es obligatorio». El deportista profesional se convierte en una inversión empresarial que tiene que rentabilizarse y esto supone su conversión en producto de mercado, objeto de transacción, beneficio y amortización, del mismo modo en que lo es una acción en el mercado de valores.»

**CUADRO N°3 PRINCIPALES EFECTOS EN LA SALUD
DERIVADOS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES FISICO-DEPORTIVAS**

EFFECTOS	BENEFICIOS	RIESGOS/PERJUICIOS
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora el funcionamiento de distintos sistemas corporales -Prevención y tratamiento de enfermedades degenerativas o crónicas -Regulación de las diferentes funciones corporales (sueño, apetito sexual...) 	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos leves -Afecciones cardio-respiratorias -Lesiones musculoesqueléticas -Síndrome de sobre-entrenamiento. -Muerte súbita por ejercicio.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Prevención y tratamiento de alteraciones psicológicas - Estado psicológico de bienestar. -Sensación de competencia. -Relajación. -Distracción, evasión y forma de expresión de las emociones -Medio para aumentar el autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> -Obsesión por el ejercicio. -Adicción o dependencia del ejercicio. -Agotamiento (síndrome de burn-out). -Anorexia inducida por el ejercicio.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Rendimiento académico. -Movilidad social. -Construcción del carácter. 	

Fuente: PEREZ SAMANIEGO (1999)

Por lo que se refiere a las secuelas y a título de ejemplo, más de 4000 ex-jugadores profesionales de fútbol americano han emprendido acciones legales contra la Liga Nacional de Fútbol Americano (NFL) por valor de más de 765 millones de dólares, con el fin de obtener una indemnización que les permita costearse los gastos médicos por

los daños o secuelas físicas sufridas durante su carrera deportiva, especialmente los daños cerebrales¹⁸. En USA el convenio colectivo de futbolistas profesionales impide a estos solicitar una segunda opinión médica bajo sanción de que su contrato sea rescindido. El jugador tampoco puede demandar a ningún empleado del club estando vigente su contrato, debido a la citada imposición del convenio colectivo negociado por su sindicato. La reiteración de golpes violentos, pese a las protecciones utilizadas, se ha demostrado como causa de la *encefalopatía traumática crónica* (ETC), y se ha demostrado que es una causa determinante de comportamientos violentos, psicóticos, o tendencias depresivas e incluso suicidas, originada por un deterioro neuronal irreversible. Una enfermedad que también ha sido diagnosticada entre boxeadores y exjugadores de hockey profesional sobre hielo¹⁹.

A consecuencia de la inusitada incidencia de *esclerosis lateral amiotrófica* (ELA) entre los ex-jugadores profesionales de la liga de fútbol italiana, el Instituto EBRI (*European Brain Research Institute*) procedió a realizar investigaciones respecto a la posible relación entre la ELA y los micro-traumatismos cervicales reiterados, o mini-shocks sobre la columna cervical de los deportistas, especialmente en el juego aéreo.

El estudio concluye en la existencia de una relación directa entre tales micro-traumatismos y la ELA; dolencia que podría verse agravada por el consumo de anti-inflamatorios y analgésicos suministrados para paliar los calambres o dolores que se manifiestan como síntomas característicos en dichos micro-traumatismos.

La media de diagnóstico por ELA entre los ex-jugadores profesionales de fútbol en Italia era muy superior a la media; y futbolistas como Mauricio Basino (ex centro campista del Milán) o Stefano Borgonovo (de la Fiorentina) padecieron esta enfermedad

¹⁸ Los efectos secundarios perniciosos para la salud que padece el ex deportista profesional, tanto físicos como psicológicos, han sido descritos en un trabajo documental titulado “El reverso de la medalla”. (Fuente: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/la-noche-temática/Int-reverso-ok/3103448> consultada el 1/05/2015), correspondiendo alguna de las referencias utilizadas en esta parte del trabajo a los datos y cifras que se citan en el referido documento audiovisual así como en http://elpais.com/diario/2011/12/25/domingo/1324788758_850215.html consultada en la misma fecha.

¹⁹ En 1928, el patólogo norteamericano Harrison Martland, describió en la revista JAMA una serie de afecciones neurológicas que observó en boxeadores a las que denominó punch drunk (borrachera de puñetazos). En 1937 se introdujo el uso del vocablo “demencia pugilística” (fuente: <http://en.wikipedia.org> consultada el 26/01/2015)

degenerativa que ya ha causado la muerte a 50 exjugadores profesionales del fútbol italiano, una década después de que estos abandonaran su carrera. Igualmente resulta de sorprendente el hallazgo de 70 casos de fallecimiento por diversos tipos de cáncer entre exjugadores de las ligas de fútbol italianas, duplicando el porcentaje de incidencia que esta enfermedad tenía entre la población, lo que se atribuye a la administración de inyecciones con supuestas sustancias dopantes, en una investigación que escandalizó a Italia y asumió en 1998 el Fiscal Raffaele Guariniello. El uso de tales sustancias, también habitual en las prácticas de entrenamiento en la antigua RDA, dio lugar a procesos judiciales contra los responsables federativos de la época, frente a demandas por daños a la salud de los deportistas alemanes y que llegaron incluso a ser la causa de malformaciones y secuelas entre sus descendientes.

Finalmente apuntar que el elevado índice de suicidios entre los ex-deportistas profesionales de todo el mundo, podría ser revelador de que los factores de riesgo psicológico en este sector son muy altos, especialmente a la conclusión de la vida deportiva útil de los jugadores y a partir de los diez años de haberse producido el abandono deportivo, con unas consecuencias sobre la salud mental que pueden llegar a ser devastadoras²⁰.

3. La formulación internacional del concepto de salud como derecho colectivo y los conceptos vinculados.

Aunque las constituciones y leyes de todo el mundo contengan una referencia a la salud como derecho individual, o como parte de una imprescindible acción pública de fomento, su contenido suele ser indefinido y genéricamente se invoca tanto el derecho como la competencia en esta materia sin una precisa delimitación de su objeto. El

²⁰ La proporción llegaría hasta 25% de las mujeres atletas y 12% de los atletas varones, según datos del departamento de psiquiatría del Hospital Wesley, de Australia. (fuente: <http://www.bbc.co.uk> consultada el 1/05/2015).

concepto y los límites, las obligaciones y compromisos que supone invocar la salud suele determinarse a través de las acciones públicas de gobierno, mediante una legislación específica sometida siempre a condicionamientos coyunturales, especialmente políticos y económicos que concluyen en resultados desiguales en los diferentes países. Es por esta razón que, aunque en las postrimerías del siglo XX la OMS haya ido perfilando un contenido preciso de este bien personal y colectivo que es también un derecho y una competencia pública, los factores de su garantía, protección y promoción son muy diferentes, dependiendo principalmente de que su implementación se estudie en los países industrializados o desarrollados, aquellos que están en vías de desarrollo o bien, se busquen los denominados “indicadores de salud” en las zonas deprimidas del planeta o en países subdesarrollados.

La dificultad conceptual se acentúa si a este inevitable relativismo, sumamos el hecho de que a partir del concepto “salud” se desarrollan una serie de conceptos vinculados y dependientes de aquel y que la comunidad internacional, bajo los auspicios de la OMS, ha ido construyendo a través de diferentes cartas, declaraciones y conferencias internacionales en la materia. Así conceptos como “promoción de la salud”, “salud pública”, “salud para todos”, “educación para la salud”, “atención primaria a la salud”, “acción comunitaria para la salud”, “empoderamiento de salud”, “conducta orientada a la salud” o “comunicación para la salud”, son solo una muestra del amplio glosario de términos interdependientes, cuya comprensión global es imprescindible para la definición y comprensión de un concepto que está abocado a una posterior e inevitable dimensión jurídica.

La constitución de la OMS de 1948, define la salud como²¹:

“La salud es un Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

²¹ Referencia: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. (fuente consultada el 29/08/2014)

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos”.

La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y en consecuencia, esto supone que todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

Las conferencias internacionales celebradas sobre promoción de la salud y sus documentos resultantes son:

1. Conferencia de Ottawa, Canadá, de 1986. Considerada como la primera de las Conferencias internacionales en materia de promoción de la salud, concluyó con la “Carta de Ottawa” como una propuesta de acción para lograr la Salud para Todos en el año 2000.
2. Segunda Conferencia: Adelaida, Australia, 1988.
3. Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Sunsvall, Suecia, de 1991, respecto de entornos o ambientes en las condiciones de salud de las personas y comunidades
4. La Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Yakarta, Indonesia, de 1.997, sobre la promoción de la salud para el S XXI.
 - La 51ª Asamblea Mundial de la Salud, 1998, de la que surge la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, sobre Promoción de la salud (WHA51.12).

5. La quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de México (México), del año 2000.
6. La sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Bangkok (Tailandia) de 2005.
7. La séptima Conferencia se celebró en Nairobi (Kenia) en 2009.
8. La octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebró en Helsinki (Finlandia) En el año 2013.

La primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud que tuvo lugar en Ottawa concluyó con la denominada “Carta de Ottawa” que daba una respuesta a la demanda de una nueva concepción de la salud pública. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la “Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria”, el documento “Salud para todos” de la OMS y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Carta de Ottawa para la promoción de la salud ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En las conferencias internacionales posteriores se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública sana (Adelaide, 1988) y a un ambiente favorable a la salud (Sundsvall, 1991), como más adelante se expondrá.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre el bien de la salud y las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida individuales. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

En la definición de la OMS (1946) se concibe la salud dentro del triángulo del “completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. A estas dimensiones se agregó en 1992 el concepto de salud ambiental. El concepto holístico de salud tiene en cuenta al ser humano en todas estas dimensiones de manera interdependiente e integrada, bajo la consideración de que el ser humano funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea (concepto introducido, entre otros, por Donatell, Snow, & Wilcox, 1999; Gordon, Golanty, & Browm, 1999, y Hales, 1999). Dicho planteamiento precisa la integración de todas las ciencias y especialidades que estudian al ser humano y su actividad, y su disposición al servicio del conocimiento y tratamiento de la salud humana, haciendo posible un enfoque global de la salud y de la actuación pública en su tratamiento. Tal enfoque requerirá consecuentemente de la aplicación de políticas de salud en todos estos ámbitos del ser humano (medicina, arquitectura, derecho, urbanismo, psicología etc...), y por tanto la necesaria transversalidad en todas las políticas sectoriales que se emprendan.

La Carta de Ottawa puso de relieve que las acciones de promoción de la salud van más allá de la asistencia sanitaria y deben configurar la agenda política en todos los sectores y a todos los niveles de la acción de gobierno. Por lo que siendo los gobiernos los últimos responsables ante los ciudadanos de las políticas de salud emprendidas o la falta de estas, se señalaba que las políticas públicas de salud debían comprender también la rendición de cuentas sobre las acciones emprendidas, incluidas las inversiones sanitarias y sus resultados.

Las cinco estrategias establecidas por de la Carta de Ottawa fueron:

- La elaboración de una política pública favorable a la salud.
- La creación de espacios, ámbitos y/o propicios.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de las aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios de salud.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones, el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

En 1988 tuvo lugar la segunda conferencia de promoción de la salud en Adelaida (Australia), centrada en el tema de las políticas públicas saludables. Destacó que el principal objetivo de las políticas públicas saludables era crear ambientes de apoyo que facilitasen a las personas a vivir de una forma saludable. Las políticas saludables deberían facilitar a los ciudadanos la toma de decisiones relacionadas con su salud. Introduciendo de este modo el concepto de “empoderamiento para la salud” como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, ejerciendo un control sobre su vida personal. Definición que abarcará posteriormente el “empoderamiento para la salud de la comunidad” que supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud y calidad de vida de su comunidad, siendo este un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. Destacó el importante papel de los gobiernos y la ONG’s, las organizaciones comunitarias, los sindicatos, la industria privada, las acciones académicas y las alianzas estratégicas, entre otros, en el fomento de la salud de las personas.

Identificó cinco áreas de acción prioritaria en el tema de las políticas públicas saludables: apoyo a la mujer, mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria, reducción del consumo del tabaco y alcohol y creación de ambientes de apoyo. Asimismo reiteró la importancia de seguir avanzando en la promoción de la salud a través de las cinco áreas de acción propuestas en la Carta de Otawa de 1986.

La tercera conferencia tuvo lugar en Sundswall (Suecia) y se celebró del 9 al 15 de junio de 1991. Se organizó conjuntamente por la OMS y los países nórdicos en asociación con el programa de Naciones Unidas para el medio ambiente. En Sundswall se identificaron numerosos ejemplos y planteamientos para crear ambientes favorables a la salud que pudieran utilizar los responsables de la política, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de salud y medio ambiente. La

Conferencia reconoció que cada persona tiene que desempeñar una función para crear medios favorables a la salud. Tomando como referencia la declaración de Sundswall²² sobre entornos que apoyan a la salud, o como también ha sido traducido “ambientes favorables a la salud” y considerando que estos definen como aquellos entornos que ofrecen protección a las personas frente a amenazas para la salud, esta conferencia se caracteriza por considerar al medio ambiente como un factor primordial para la salud, realizando una conexión indeleble entre estos dos ámbitos que más tarde se reforzará en otros citas posteriores como la conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD, Río 1992). Tanto la declaración de Sundswall como el informe de la reunión se presentaron en la citada cumbre sobre la tierra de Río y contribuyeron al desarrollo del “Programa 21”. La aportación de esta Conferencia muestra la necesidad de adoptar soluciones globales que coordinen los ámbitos local, regional, nacional y mundial para lograr soluciones sostenibles Y aunque propone la adopción de iniciativas públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales que contribuyan a la creación de medios favorables para la salud, establece que la creación esos medios favorables comprenderán actividades que afectan a diversos sectores como la enseñanza, el transporte, la vivienda y el desarrollo urbano, la producción industrial y la agricultura. Señalando que cada una de estas dimensiones se halla vinculada estrechamente a las restantes en una interacción dinámica. Por lo que esta declaración despierta a una especie de conciencia de intersectorial en el concepto de salud y las políticas de promoción, al considerar que la salud: *“Abarca en donde viven las personas, su comunidad local, el lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo los recursos sanitarios y las oportunidades para el empoderamiento”*.

Aunque en 1992, en Santa Fé de Bogotá (Colombia) tuvo lugar una reunión que contó con la participación de todos los países de Iberoamérica y que analizó temas y realizó propuestas para la región y en relación a la promoción de la salud, no es considerada como cuarta conferencia dado lo limitado de su objeto, circunscrito exclusivamente al ámbito de América latina.

²² Fuente: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf. (consultada el 28/08/2014)

La cuarta conferencia intersectorial de promoción de la salud, tuvo lugar en Yakarta (Indonesia) en 1997 y fue la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. La declaración de Yakarta sobre la “Promoción de la salud en el S XXI”²³, planteó la necesidad de luchar contra la pobreza y otros determinantes de salud en los países en vías de desarrollo. Así en el análisis de los factores determinantes de la salud, la declaración establece que:

“Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud”.

Asimismo se reivindicaba la eficacia de las políticas orientadas a la promoción de la salud al señalar:

“Las investigaciones y los estudios de casos de todo el mundo ofrecen pruebas convincentes de que la promoción de la salud surte efecto. Las estrategias de promoción de la salud pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para alcanzar mayor equidad en salud”.

Y destacó la importancia de abordar los problemas de salud mediante la combinación de las cinco áreas de acción de la promoción de la salud, definiendo cinco prioridades para la promoción de la salud del siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social por la salud.

²³ http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
(fuente consultada el 29/08/2014)

- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Finalmente y en relación al tratamiento intersectorial de la salud o el emprendimiento de las políticas públicas a través de este enfoque, la Carta señala:

“Los "ámbitos, espacios y/o entornos para la salud" son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial. Esas redes deben proporcionarse asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información sobre qué estrategias surten efecto en cada entorno o escenario.”

En el año 2000 tuvo lugar en la ciudad de México la quinta conferencia internacional de promoción de la salud, centrada en la necesidad de alcanzar la equidad entre los diferentes países. En palabras pronunciadas por George A.O. Alleyne, Director de la Organización Panamericana de la Salud, en el discurso de la ceremonia inaugural:

“Es de importancia fundamental que en las discusiones sobre la equidad comprendamos la diferencia entre las disparidades en el estado de salud y las disparidades en los factores determinantes de la salud que causan las desigualdades o inequidades de salud.”²⁴

Los temas claves que surgieron en la reunión de México fueron: el énfasis en los factores determinantes de la salud y su influencia en la equidad; el fundamento científico de la promoción de la salud; la naturaleza intrínsecamente política de la promoción de la

²⁴ El discurso completo del Dr. Alleyne aparece transcrito íntegramente en el anexo II de la declaración. Referencia: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf> (consultada el 30/08/2014)

salud, puesto que tiene que ver con el empoderamiento del individuo y de la comunidad; y el papel de la mujer en el desarrollo de la salud.

La declaración incide en la necesaria transversalidad con que los poderes públicos deben acometer las políticas de salud pública, reconociendo que no existe una sola “disciplina” científica de promoción de la salud y señalando que:

“Dada la diversidad de estrategias que se emplean para promover la salud, el fundamento científico para la promoción de la salud se toma de una amplia gama de disciplinas, incluida la salud y las ciencias médicas, las ciencias sociales y conductuales y las ciencias políticas. La promoción de la salud puede considerarse una disciplina integradora que utiliza un proceso sistemático a fin de reunir diferentes perspectivas disciplinarias y lograr los resultados propuestos”.

En ese sentido la propuesta de creación de redes y asociaciones profesionales se efectúa bajo la recomendación de evitar la exclusividad, considerando la naturaleza multidisciplinar de la promoción de la salud y por tanto señalando lo ventajoso de abrir tales asociaciones a una amplia gama de personas y profesionales.

En los anexos del documento podemos encontrar una relación de los casos presentados durante la conferencia, entre los que debe ser citado uno incluido en el apartado “Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud”, presentado por el Dr. Alex Kalache y cuyo interés para el presente trabajo radica justamente en haber introducido a la actividad física y el envejecimiento activo o saludable en la conferencia mediante la presentación del estudio del caso denominado "El abrazo mundial: Una caminata mundial para el envejecimiento en actividad". En su presentación el Dr. Kalache describió el evento que consistió en un día que constó de una serie de celebraciones y paseos organizados localmente en 96 países y que ocurrieron consecutivamente en todo el mundo en un espacio de 24 horas. En la transcripción de su intervención se señala que:

"La gran mayoría de las personas, a medida que envejecen, sigue viviendo en sus comunidades locales. Las actividades comunitarias y de base son un foco natural para promover el envejecimiento saludable y en actividad. ... caminar es no sólo una forma excelente de ejercicio físico sino que mejora además la integración social ya que es una buena manera de conocer personas o gozar la compañía de los amigos y la familia".

Asimismo es de destacar el papel otorgado a los municipios al señalar que:

"... los municipios en todas las partes del mundo que han avanzado en mayor grado el tomar medidas para promover la salud, logrando un enfoque más holístico e integrado, son aquellos en que el alcalde propugna un concepto de salud más amplio. Ello demuestra tanto la importancia de participar a la población como el impacto que tienen los encargados de tomar decisiones en el progreso."

La séptima conferencia mundial de promoción de la salud tuvo lugar en Nairobi (Kenia) en 2009 y es la única celebrada en un país africano. De sus trabajos surgió el "Llamamiento de Nairobi", en el que se definen las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo. Nairobi partió del reconocimiento explícito de un cierto fracaso de las políticas públicas en la consecución de la necesaria equidad, al reconocerse en los antecedentes del documento que:

"La promoción de la salud puede contribuir en gran medida al manejo de los desafíos actuales de desarrollo y equidad. Sin embargo existe una brecha de implementación resultando en un fracaso para llevar a cabo esta potencial política, práctica, gobernabilidad y voluntad política. Esto representa una oportunidad perdida, medida en enfermedades evitables y en sufrimiento como también en los impactos sociales y económicos más amplios"²⁵

²⁵ Fuente: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf.

En la conferencia se presentaron las siguientes estrategias y acciones: capacitación en promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial, empoderamiento comunitario, alfabetismo y conductas en salud.

En cuanto a las acciones concretas que se dirigieron para mejorar y ampliar la implementación, en Nairobi aparecerá una acción en la que se descubre al deporte como vehículo trasmisor de valores saludables y como actividad que en sí misma lo es y que puede ser susceptible de programas de promoción de la salud. De un modo explícito, el texto señala que, entre otras acciones, la mejora de resultados puede obtenerse:

“A través del estímulo de un rol de modelaje de celebridades creíbles en relación a estilos de vida saludables, por ejemplo, programas de promoción de la salud de deportes con participación de embajadores

A través de la ayuda a la sociedad civil para desarrollar abordajes comunes para maximizar sus esfuerzos

A través de la utilización de las oportunidades de “eventos masivos” para la promoción de la salud tales como la Copa Mundial de Fútbol en 2010 en Sur África.”

En el año 2013 tuvo lugar la octava conferencia mundial de promoción de la salud que se celebró en Helsinki (Finlandia) y se centró en el enfoque de la salud en todas las políticas, teniendo en cuenta que la realización de este derecho está condicionado en gran medida por factores externos al ámbito sanitario. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación.

El texto de la propia Declaración de Helsinki señala el contenido de lo que debe entenderse como salud en todas las políticas (STP), confirmando definitivamente la necesaria transversalidad en las políticas públicas de salud, ya apuntadas como estrategia en las declaraciones precedentes, al señalar que:

“Salud en todas las políticas es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Mejora la rendición de cuentas de los políticos sobre el impacto en salud, de todos los niveles de la formulación de políticas. Incluye enfatizar las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar.”²⁶

La conferencia planteaba entre sus objetivos el impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia STP y avanzar con ello en la implementación de las recomendaciones de la comisión de la OMS para el estudio de los determinantes sociales de la salud. La declaración de Helsinki sobre STP hace un llamamiento a los gobiernos para que incorporen la salud y la equidad en salud en sus agendas y avancen estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo. Otro elemento a considerar es la atención que puso la directora general de la OMS Dra. Margaret Chan, en la 66ª Conferencia de la OMS ²⁷ respecto de la importancia de la prevención en la disminución de las enfermedades no transmisibles (ENT), que consumen porcentajes importantes del presupuesto sanitario y la importancia de incidir en los hábitos de vida saludables y la necesidad de colaboración entre diferentes sectores.

Sin duda la declaración de Helsinki parte del trabajo previo de las conferencias internacionales anteriores en las que la denominada colaboración intersectorial, en los años 80 y 90, se ha venido centrando en la colaboración activa y productiva del sector sanitario con los sectores de la educación, vivienda, nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, entre otros. Y si bien es cierto que ningún documento llega a definir o relacionar a los sectores implicados en dicha colaboración intersectorial, también es cierto no queda excluido ninguno de los que constituyen la acción pública de gobierno.

²⁶ Fuente: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>. Consultada el 29/08/2014.

²⁷ Discurso inaugural de la 66ª Conferencia de la Asamblea General de la OMS celebrada en Ginebra el 20/05/2013. Fuente: http://www.who.int/dg/speeches/2013/world_health_assembly_20130520/es/ consultada el 29/08/2014.

Lo que deja abierta la puerta para que el sector de la actividad físico-deportiva encuentre el espacio que le corresponde, tal y como la Unión Europea ha ratificado, en orden a la prevención de las ENT y la consolidación de hábitos saludables en la población, tal y como se tratará al final del presente capítulo en relación a las competencias de la UE en materia de deporte.

Pero al margen de las conferencias internacionales citadas y que se relacionan con la promoción de la salud, procede la citar la denominada declaración de Adelaida sobre “Salud en todas las políticas”²⁸, elaborada por los participantes de la reunión internacional sobre la salud en todas las políticas, celebrada en Adelaida del 13 al 15 de abril de 2010. Declaración que no debe ser confundida con la que resultó de la segunda conferencia, celebrada en la misma ciudad pero en el año 1988.

Para esta ocasión y con motivo de ahondar en las claves que permitieran acciones gubernamentales más eficaces en el ámbito de la salud, el gobierno de Australia meridional y la OMS invitaron a más de 100 expertos de alto nivel y una gran variedad de sectores y países que debatieron la aplicación de la estrategia de integración de la salud en todas las políticas públicas. El principal objetivo fue el avance en la identificación de los principios y vías fundamentales que contribuyen a la acción en favor de la salud en todos los sectores de gobierno, y en hacer que el sector de la salud contribuya a la consecución de los objetivos de otros sectores. Se establece que las políticas públicas de salud se caracterizan por una preocupación explícita por la salud en todas las áreas de la política y una responsabilidad de los poderes públicos en su impacto, creando un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dichas políticas deben posibilitar o facilitar que los ciudadanos realicen elecciones saludables y convierte a los entornos sociales y físicos en potenciadores de salud.

La declaración de Adelaida (2010) hace especial hincapié en la necesidad de que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componentes esenciales en la formulación de las políticas gubernamentales. A tal efecto se señala que:

²⁸Fuente:http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf. (consultada el 29/08/2014).

“Dado que la buena salud facilita la superación de los retos políticos, y la mala salud los obstaculiza, el sector de la salud tiene que colaborar sistemáticamente con todos los niveles de gobierno y con todos los sectores para abordar aquellas dimensiones de sus actividades que estén relacionadas con la salud y el bienestar. El sector de la salud puede apoyar a otros sectores de gobierno prestándoles asistencia activa en sus tareas de formulación de políticas y consecución de objetivos

Para aprovechar la salud y el bienestar, los gobiernos tienen que institucionalizar procesos que valoren la solución intersectorial de los problemas y resuelvan los desequilibrios de poder. Para ello hay que disponer de liderazgo, mandatos, incentivos, compromiso, presupuesto y mecanismos sostenibles que respalden la cooperación de los organismos gubernamentales en la búsqueda de soluciones integradas”.

Resulta evidente que tanto la declaración de Sundswall de la tercera conferencia internacional, como posteriormente en la declaración de Adelaida de año 2010, asientan dos principios básicos para una eficaz consecución de políticas públicas en materia de salud como a continuación se resume:

a) En Sundswall se estableció la responsabilidad en la acción de gobierno de crear espacios o ámbitos de salud y que genéricamente podemos identificar con ambientes saludables. Y que refirieren tanto al ámbito global, relativo a la interacción del sujeto con el medioambiente y la adecuada protección y salud del mismo de la que depende la salud del ser humano, como desde un punto de vista concreto y referido a los espacios en los que se desenvuelve la persona a lo largo de su vida. Espacios en los que el ser humano realiza su actividad sea esta social, cultural, laboral, educativa o deportiva. Debiendo todos estos ámbitos de actividad humana convertirse en espacios de salud o protectores del derecho a la salud del ciudadano.

b) Por otro lado la declaración de Adelaida de 2010, aportará el concepto de que para avanzar en la integración de la salud en todas las políticas “*el sector salud debe aprender a colaborar con otros sectores*”. Este presupuesto tiene a su vez dos vertientes: la necesidad de abordar las políticas de salud pública de un modo intersectorial, integrando a otros sectores e interactuando con ellos; así como la búsqueda de una “*gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*”²⁹, que supondrá la incorporación a dichas políticas públicas de salud de todos los sectores, pues considera que “*...la promoción de la salud no es responsabilidad únicamente del sector salud, sino que va más allá de los modos de vida sanos, hacia el bienestar y los entornos propicios*”.

Como resumen de lo expuesto podemos considerar que efectivamente existe un concepto consolidado de salud, así como de una serie de conceptos derivados de este y vinculados estrechamente con aquel que han sido aceptados y asumidos por la comunidad internacional. Como glosario y a los efectos de poder realizar una referencia rigurosa a dichos contenidos, y sin perjuicio de los matices que los tribunales constitucionales de los diferentes Estados introduzcan en sus respectivos sistemas jurídicos, en el Anexo II se incluye una relación de los conceptos vinculados con el concepto de salud y que son utilizados como referente internacional. Para la confección de dicho glosario se ha utilizando como referencia el trabajo encomendado a Don Nutbeam por la OMS, como documento de trabajo para la cuarta conferencia internacional de Yakarta.³⁰

Los documentos, cartas y recomendaciones de la OMS estudiados en el apartado anterior, aunque carecen de un valor jurídico práctico e inmediato suponen un referente conceptual de primer orden. Algunas de las definiciones y conceptos de salud emanados por este organismo internacional pueden llegar a informar los ordenamientos jurídicos constituyendo auténticos principios, tal como ocurre con la definición de salud de la OMS.

²⁹ El título completo de la Declaración era literalmente el siguiente: “*Conferencia de Adelaida Sobre Salud de Todas las Políticas. Hacia una Gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*”.

³⁰ Fuente : <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

La promoción de la salud contiene acciones de gobierno como el empoderamiento de los individuos y de los colectivos, o la acción transversal de la acción pública, cuyo contenido y aplicación práctica dependerá no solo de una concreta formulación jurídica, sino que requerirá además de una orientación práctica y una decidida voluntad política. Tanto la legislación positiva nacional e internacional, como la ejecución práctica de la misma, son por tanto las claves de la implementación de los principios de salud y su materialización como principios jurídicos. Por lo que la propuesta del presente apartado es la de realizar una revisión sistemática de los mismos, de su contenido y alcance, en lo que respecta al ámbito internacional. Posponiendo al apartado siguiente el análisis en el ámbito legislativo español.

En el ámbito internacional, debemos considerar en un primer lugar a la Declaración de los Derechos Humanos adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de la ONU (217 A) del 10 de diciembre de 1948, que en su artículo 25 señala:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así mismo como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

Los pactos de Nueva York de 1966, concretamente el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (PIDESC), en su Artículo 12, señala que: *“Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:

1. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños.

2. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
3. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidérmicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.
4. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Este pacto, junto con el pacto por los derechos civiles, políticos y culturales (PIDCPC), formulado como su hermano “mellizo”, sigue ocupando una posición de especial relevancia dentro de la ingente obra de las Naciones Unidas en favor del reconocimiento de los derechos humanos (PEMAN GAVIN, 2008); respecto del que no cabe olvidar la eficacia normativa directa que le es propia como tratado internacional que es, ratificado por España (artículo 96. C.E.); y sin olvidar el valor interpretativo que debe tener en nuestro derecho positivo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 10.2. C.E. que señala: *“las normas relativas a los derechos fundamentales y las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración universal del los Derechos Humanos y los tratados y acuerdos sobre las mismas ratificados por España”*.

Respecto del valor de tales tratados internacionales algunos autores elevan a estos a la categoría de “Constitución internacional”, entre los que destaca el PIDESC. Así ESCOBAR ROCA, considera que la interpretación de los pactos internacionales por los órganos competentes para ello, tienen en cierto modo valor (no rango) superior a la ley, en virtud del citado artículo 10.2. C.E. En este sentido señala que: *“No es doctrinalmente serio (en la fase que estamos de globalización) ni jurídicamente correcto (interpretación sistemática externa) seguir determinando el contenido y garantías de los derechos sociales al margen de este contexto internacional. Aunque ya no resulte jurídicamente obligado, deben tenerse en cuenta también otros documentos internacionales sin naturaleza de tratados”* (ESCOBAR ROCA, 2008:120).

El derecho a la salud que reconoce el artículo 12 del PIDESC, solo puede garantizar su efectividad de un modo muy matizado y que PEMÁN GAVÍN califica como mecanismos “*no particularmente contundentes o enérgicos en la medida que están vinculados a los procedimientos propios del derecho internacional clásico o tradicional, escrupulosos con el respecto a la soberanía de los Estados*”. Interesa recordar que el artículo 2 del PIDESC establece la obligación para los Estados de “adoptar medidas [...] para lograr [...] por todos los medios apropiados [...] la plena efectividad de los derechos” establecidos en el Pacto, reconociendo la existencia de condicionamientos limitativos hasta el máximo de los recursos de que disponga cada Estado parte. No existe un órgano jurisdiccional específico frente a las posibles vulneraciones de este compromiso internacional, lo que contrasta con el ámbito de los derechos reconocidos en el ámbito del PIDCPC, en el que existe un Comité de Derechos Humanos, así como un protocolo facultativo que regula la presentación de denuncias individuales ante el citado Comité formado por 18 expertos independientes, con funciones de control del cumplimiento de las obligaciones de los Estados firmantes. Circunstancia esta que se subsanó a partir de 1987 en que se dio un impulso a las fórmulas de control en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del PIDESC, mediante la creación del “Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (CODESC) al que se encomendó conocer de los informes periódicos presentados por los Estados miembros y que se configura, al igual que el Comité de Derechos Humanos, por 18 expertos independientes y con sede en Ginebra. Destacando asimismo que desde 1993, el Comité admite la información presentada por organizaciones no gubernamentales.

El examen de cada informe por el CODESC da lugar a un diálogo con el Estado que termina con la formulación y publicación de unas observaciones finales que reflejan las conclusiones a las que ha llevado el Comité respecto del grado de aplicación del Pacto por el Estado miembro, formulando propuestas y recomendaciones que, aunque no son jurídicamente vinculantes, constituyen el referente cualificado de un órgano internacional, independiente y especializado,

investido de un prestigio que confiere a sus informes de una cierta capacidad de influencia en los Estados.

Pero si los informes del CODESC son relevantes para verificar el grado de cumplimiento de los derechos internacionalmente reconocidos por el Pacto, para la determinación del contenido e interpretación de tales derechos debemos remitirnos a las Observaciones Generales (*General Coments*), mediante las cuales el Comité orienta a los Estados clarificando y orientando a estos respecto del cumplimiento de las obligaciones pactadas³¹

Como vimos el artículo 12 del Pacto establece que los Estados partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados partes.. a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". El CODESC efectuó en la Observación General nº 14, de 11 de agosto de 2000, que literalmente señalaba que:

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

En la citada Observación General, el CODESC fijó unas pautas interpretativas generales sobre las obligaciones derivadas para los Estados del artículo 12 del

³¹ Pueden consultarse el texto de las 15 primeras observaciones generales en el documento de recopilación publicado por el Consejo Económico y Social en 2004 y accesible en la página web: <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/cescr/>. Asimismo el 5º Informe periódico de España en http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/ngos/JointSubmission19NGOs_Spain_CESCR48_sp.pdf. Fuente consultada el 07/11/2014.

PIDESC, interpretando el derecho a la salud como un derecho complejo que engloba un derecho básico a la asistencia sanitaria (*timely and appropriate health care*) y unos derechos determinantes básicos de salud como el derecho de acceso al agua limpia y potable, el saneamiento, la vivienda adecuada, el suministro adecuado de alimentos sanos, las condiciones saludables de trabajo y el medio ambiente, entre otros. Señalando como referencia interpretativa del artículo 12, la consecución del “más alto nivel posible de salud”.

Se ha utilizado esta diferenciación para resaltar la existencia de un derecho sustancial o básico de salud médico asistencial o protectora en su sentido estricto y unos factores determinantes previos y simultáneos a este, cuyo cumplimiento es preciso para un pleno desarrollo de este derecho en el sentido en que la Constitución de la OMS, de 22 de julio de 1946, había fijado en su preámbulo al señalar:

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”

El sentido que debe tener la realización del derecho a la salud en el más alto nivel posible o en su grado máximo, no puede desconocer las precondiciones biológicas de los sujetos o las socioeconómicas de cada Estado, por lo que el cumplimiento del derecho en su máxima plenitud no podrá ser un absoluto igualitario para todos los Estados, sino que se someterá a un relativismo que, sin embargo, estará sujeto al cumplimiento de unos mínimos que CODESC identifica con las acciones deliberadas y concretas de los Estados dirigidas a la plena realización de este derecho.

PEMAN GAVÍN considera que desde la publicación de la observación general nº 14, existe lo que se considera una doctrina oficial sobre el contenido del artículo 12 del PIDESC, de modo que los Estados disponen de unas pautas concretas que les orientan sobre las obligaciones que se derivan del mismo para los Estados. De este modo el documento exige que los establecimientos y servicios sanitarios públicos reúnan una serie de condiciones generales que a continuación se exponen:

- Disponibilidad. Acreditando una oferta suficiente de tales servicios, incluyendo centros y programas, para la población.
- Accesibilidad. En sus cuatro dimensiones: la accesibilidad física, la económica (asequibilidad), la no discriminación (universalidad o libre acceso sin discriminación, con especial consideración a los grupos más vulnerables o marginados, el acceso a los medicamentos esenciales de la OMS e inmunización contra las principales enfermedades infecciosas) y el acceso a la información.
- Aceptabilidad. Deben ser respetuosos con la ética médica y culturalmente respetuosos con la cultura de las personas y las minorías; así como sensibles a las circunstancias de género y el ciclo de vida.
- Calidad. Personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen Estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Asimismo se considera obligatorio para los Estados el establecimiento de mecanismos de recurso judicial efectivo, para la protección del derecho a la salud frente a eventuales violaciones del mismo en los planos nacional e internacional.

Sin embargo en el texto de esta misma observación general, el CODESC reconoce en su apartado 5, que el pleno disfrute del derecho a la salud continua siendo un objetivo remoto especialmente para aquellas personas que viven en la pobreza; lo que inevitablemente nos lleva nuevamente a considerar el relativismo que supone la aplicación plena y universal del derecho a la salud, conscientes de que su máxima realización posible dependerá de la coyuntura económica de cada Estado, por lo que la asistencia y cooperación internacionales, en especial las de naturaleza económica y técnica serán determinantes. Aspecto este último que es igualmente tratado por el documento en sus apartados 38 al 42 regulador de la ayuda internacional ante situaciones de emergencia, asistencia refugiados y desplazados, incluyendo la ayuda médica, la

abstención de imponer embargos o restricciones de suministros de medicamentos y equipos médicos como medida de presión política o económica, entre otros.

La observación nº 14, determina qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, para lo cual establece una distinción entre la incapacidad de un Estado parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. En consonancia con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga. Literalmente el documento cita que:

“Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra. Cabe señalar sin embargo que un Estado parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables”

Por último y aun sin otro valor que el de servir como referente histórico, el proyecto de Constitución Europea presentado en Roma en el año 2003, y aprobado por los Jefes de Gobierno de los países de la UE a 29 de octubre de 2004, por una cuestión de jerarquía legislativa debía incidir, como norma de rango superior, sobre las constituciones nacionales; e incorporaba en sus 3 primeros artículos los referentes a la dignidad humana,

al derecho a la vida y el derecho de la integridad personal, de los cuales se derivan los distintos derechos de la salud del ciudadano³².

En general todas estas normas, comenzando desde las de rango superior para ir incidiendo en las de rango nacional y local, tienen como objeto conseguir que todas las personas alcancen y mantengan plenamente su potencial de salud. Tal propósito será alcanzable mediante la promoción y protección de este derecho a lo largo de toda la vida.

Podemos resumir que la configuración normativa del derecho a la salud debe partir de la consideración de tres aspectos fundamentales que, como ya vimos, han sido recogidos en las declaraciones internacionales relacionadas auspiciadas por la OMS, tal y como se relacionaban en el apartado anterior y que son:

1. La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
2. La equidad, en materia de salud y solidaridad de acción entre todos los países.
3. La participación y la responsabilidad (que incluiría la capacidad de libre elección o empoderamiento) de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Asimismo la realización plena del derecho a la salud dependerá por tanto de que reciba un doble tratamiento en el derecho positivo que considere los aspectos preventivos y promocionales y, de otro lado, la dimensión protectora. En el aspecto preventivo el derecho a la salud presupondrá el establecimiento por parte de los poderes públicos una adecuada estructura socio-sanitaria, así como una acción pública promocional de los factores que promueven y protegen la salud de un modo eficiente. En el aspecto

³² La citada Constitución Europea fue aprobada el 12 de enero de 2005 por el Parlamento Europeo mediante resolución, por 500 votos a favor, 137 en contra y 40 abstenciones; y en la que recomendó a los Estados miembros que ratificaran la Constitución. En algunos países, el tratado fue sometido a referéndum que tuvo resultados distintos y mientras en España los electores lo aprobaron con una baja participación (44%) en Francia y Holanda con una alta participación (69 y 63%, respectivamente) fue rechazado, lo que provocó una crisis institucional europea. (http://es.wikipedia.org/wiki/Tratado_por_el_que_se_establece_una_Constituci%C3%B3n_para_Europa. Consultada el 29/08/2014)

protector, articulando los mecanismos que nos proporcionen las acciones asistenciales adecuadas ante la pérdida inminente o efectiva de la salud; mediante los tratamientos medico-asistenciales dirigidos a reducir la incidencia de las principales enfermedades y la de los factores de riesgo a ellas vinculados.

4. La regulación legal del derecho a la salud en España.

Hemos visto en el apartado anterior la configuración que internacionalmente tiene el concepto de salud y los conceptos vinculados al mismo, así como las obligaciones que debe asumir la comunidad internacional, que afecta a los Estados que han suscrito los pactos y declaraciones internacionales al respecto. En el presente apartado, no proponemos identificar el contenido y tratamiento legal que este derecho tiene en el ordenamiento Español.

La salud, admite ser estudiada como derecho individual y subjetivo pero también como un derecho social o colectivo; característica esta que está presente en todos los derechos sociales, como lo son el derecho a la educación o a la cultura, calificados por ESCOBAR ROCA como auténticos derechos sociales fundamentales.

Esta doble dimensión del derecho a la salud, al tiempo individual y colectivo, nos remite a la debatida cuestión de su naturaleza especialmente cuando nos enfrentamos al hecho de que puede existir un cierto déficit de exigibilidad o garantía, pues el derecho a la salud no está encuadrado dentro de los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución Española en sentido estricto.

El citado autor considera que existe una dificultad ideológica para la efectividad de los derechos sociales, al ser considerados por la doctrina dominante como de menor importancia a los que denomina “derechos liberales” *“que en muchas ocasiones lleva incluso a negar que se trate de auténticos derechos. Cuando son considerados como tales, se reducen considerablemente su contenido (bajo la exclusión de lo económicamente posible) y sus garantías (aduciendo, por lo general, que los tribunales no pueden pronunciarse sobre cuestiones de política social)”* (ESCOBAR ROCA, 2008).

Para LEÓN ALONSO, «el derecho a la protección de la salud pertenecería a los genéricamente denominados derechos sociales, una de las tipologías más complejas, heterogéneas y polémicas del derecho constitucional. En torno al fundamento, naturaleza y eficacia jurídica de los derechos sociales se ha debatido durante décadas y, a pesar de ello, resulta un debate inconcluso, sin resultados teóricos aparentemente demasiado satisfactorios. Este hecho ha llevado a algunos autores a hablar incluso en términos de aporías». Señalando la citada autora a los trabajos de GARCIA MACHO Y CASCAJO CASTRO que estudian las graves dificultades que encuentran ciertos derechos sociales para alcanzar una viabilidad racional, al no haber producido el Estado social estructuras institucionales garantistas para los mismos y al predominar la vertiente objetiva sobre la subjetiva de estos, en detrimento de la protección judicial de los derechos sociales (LEON ALONSO, 2009:187).

Pero ha sido PEMÁN GAVÍN quien en la exégesis del artículo 43 C.E. ha considerado que el derecho a la salud se proyecta en tres dimensiones: En primer lugar el derecho a las prestaciones sanitarias del Estado recogida en el artículo 43.1. En segundo lugar el derecho a la salud como posición subjetiva en relación a la actividad desarrollada por el Estado en términos de salud pública y que entraña toda una amplia gama de cuestiones objeto de regulación por leyes y reglamentos de intervención por la Administración Pública; y que tiene como núcleo fundamental la protección de la salud colectiva o salud pública. Aspecto este que para el citado autor descubre su presencia en el artículo 43.2 C.E. Y en tercer lugar el derecho a la salud entendido como un derecho subjetivo frente a las amenazas del Estado o los particulares y por tanto como un derecho absoluto y oponible *erga omnes*, esto es, exigible frente a todos por su directa relación con los derechos de la persona constitucionalizados en el capítulo I a través del artículo 15 C.E., mediante el reconocimiento del derecho a la vida y la integridad física y moral; el artículo 17 C.E. relativo a la libertad personal y el artículo 18 C.E. relativo al derecho al honor y a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (PEMÁN GAVÍN, 1989:79 y s.s).

En su vertiente subjetiva, el derecho a la salud no existe como una categoría absoluta y oponible frente a terceros, inclusive frente a las Administraciones Públicas que lo equipare con un derecho genérico a estar sano, de un modo incondicionado y de manera permanente, sino más bien con un derecho a la asistencia sanitaria en cuanto que obligación de medios de la Administración Pública, en los términos ya expuestos. Lo cual resulta obvio, considerando factores como el inevitable deterioro de las facultades psico-físicas que padecemos todas las personas con el paso de la edad, la imprevisible posibilidad a lo largo de nuestra existencia de padecer enfermedades, o la posibilidad de nacer con una carencia de salud, circunstancia esta última que recaería en el indescifrable ámbito de las probabilidades genéticas. O incluso, como cita ALEXY, el ejercicio de la propia libertad individual de hacer y decidir lo que se refiere a nuestra propia salud decidiendo fumar aún sabiendo los efectos nocivos derivados del tabaco; u optar por la medicina alternativa (acupuntura, homeopatía, etc) en sustitución de la medicina convencional; o no someterse a un determinado tratamiento sanitario (campaña de vacunación). Lo que nos llevaría a concebir el derecho a la salud, o la propia salud, exigiendo a los poderes públicos la abstención respecto de las acciones u omisiones de su titular y por tanto reconociendo la libertad del individuo sobre su destino (ALEXY, 1997:189-190). Circunstancias todas ellas que no harían viable una reclamación frente a terceros exigiendo los daños y perjuicios por el hecho de no estar sano, exigiendo el hipotético derecho a una salud plena como atributo inalterable de la propia vida. Si tal hecho, por un lado dificulta inicialmente la determinación del contenido del derecho a la salud y sus límites, por otro lado nos orienta respecto de su correcta dimensión como derecho personal y las correlativas obligaciones públicas que conlleva que la realización de este derecho pueda ser exigido como derecho social.

ALEXY engloba el derecho a la salud en un conjunto de derechos fundamentales vinculados o “*haz de posiciones*” que incluirían en primer lugar el citado derecho subjetivo. En segundo lugar el derecho a la protección de la salud o de acciones positivas y prestaciones del Estado que haría que el titular de este derecho de protección estuviese legitimado para exigir al Estado, a través de normas o acciones positivas, la protección frente a terceros. Ámbito en el que se incluirían las acciones protectoras de seguridad y

salud laboral, consumidores y usuarios o medidas sanitarias frente al tabaquismo. Y, en tercer lugar el derecho a la asistencia sanitaria en el marco de una institución pública llamada Sistema Nacional de Salud. De las tres posiciones fundamentales que conforman el derecho a la protección de la salud, ALEXY considera que la posición más fuerte es la primera, constituida por el derecho a la salud en conexión directa con el derecho a la integridad psicofísica del artículo 15 CE, en la que la vertiente subjetiva del derecho prevalece sobre la objetiva y se le aplicarían todas las garantías propias de la sección primera del capítulo II del título I de la Constitución, incluidos el recurso de amparo y la reserva de ley orgánica. En cambio en los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria predomina en ellos la vertiente objetiva, siendo necesaria la intervención del legislador para que estos conformen su contenido.

La consideración absoluta de los derechos, inclusive aquellos que se formulan constitucionalmente como fundamentales, como puede serlo el derecho a la vida, siempre están en mayor o menor medida limitados por la concurrencia de otros derechos. Existen escasos ejemplos en nuestro ordenamiento en el que los derechos gocen de la condición incuestionable de lo absoluto, configurándose como derechos puros de resultado. Así, el derecho al voto o el derecho de asociación o sindicación, serían derechos de esta naturaleza puesto que su disfrute depende de su ejercicio y no admiten más modulación o excepciones que su pura realización conforme a las determinaciones que el propio ordenamiento ha previsto y exige.

En este sentido y en su formulación objetiva, el derecho a la salud se nos presenta inicialmente como un derecho de medios, esto es, el que permite exigir a los poderes públicos la organización de un sistema sanitario, con las prestaciones necesarias para garantizar el más alto grado de realización posible de salud.

Pero en su formulación como un derecho subjetivo, el derecho a la salud constituye un derecho de resultados, pues otorga la oponibilidad frente a terceros públicos o privados que impidan, limiten o dificulten su disfrute. En este sentido, el artículo 106 de la C.E. establece el derecho de los particulares “*a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios*

públicos”. Precepto que establece la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en cuya virtud las lesiones corporales, morales y patrimoniales pueden ser reivindicadas por esta vía mediante una acción administrativa directa que regula el RD 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial, así como mediante la acción jurisdiccional ante los Tribunales de lo Contencioso Administrativo por esta misma causa.

Del mismo modo, el código civil regula en el artículo 1902 la acción extracontractual o *aquiliana* de resarcimiento del daño, que supone una acción directa contra el causante de los daños o perjuicios, inclusive los que afectan a la integridad o la salud actual del recurrente, frente a las acciones u omisiones derivadas de culpa o negligencia. Y de un modo más explícito y detallado el ordenamiento penal protege el bien jurídico de la integridad en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal (C.P.), a través de la tipificación de varias conductas que atentan contra la misma, bien sea a través del tipo penal de lesiones (artículo 147 C.P. o su regulación como falta en los artículos 621 y 617) y que tipifica las conductas productoras de un menoscabo en la integridad física o mental, incluso cuando se trate del feto (artículos 157 y 158 C.P.). O bien mediante otros tipos delictivos, como aquellos que sancionan las torturas y otros delitos contra la integridad moral (artículo 173 al 177 C.P.), las agresiones sexuales (artículos 178 y s.s del C.P.), los delitos de calumnias e injurias (artículos 208 y 210 C.P.), aquellos en los que se pone en peligro la salud de las personas protegidas en caso de conflicto armado (artículo 209 C.P.), o en los delitos contra la seguridad vial, en los que lo punible no es tanto un resultado como la mera puesta en peligro de la vida o la integridad de las personas. Preceptos todos ellos que persiguen sancionar el resultado (o la tentativa, conforme al artículo 15.1. C.P.) frente a cualquier menoscabo en el estatus de salud de la persona o el goce del derecho a la vida y la integridad física y moral, considerados como derechos fundamentales por el artículo 15 C.E. Protección que el código penal hace extensiva a la salud colectiva en los denominados “delitos contra la salud pública”, regulada en los artículos 210 a 259 C.P., siendo que en todos ellos, y salvo el último de los tipos penales citados, se prevén sanciones frente a conductas que atentan contra el derecho subjetivo a la salud.

Pero la reivindicación del derecho subjetivo a la salud también puede ejercerse por la ciudadanía conforme a los derechos reconocidos por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto de la Ley para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, cuyo título III dedica los artículos 11 al 16 a la “Protección de la Salud y Seguridad”. Regulación que debe ser completada con las diferentes leyes de esta misma naturaleza que cada Comunidad autónoma ha legislado en atención a sus propias competencias en materia de protección a los consumidores y usuarios. De especial interés es la regulación establecida en el artículo 8.a) al señalar el derecho a “*La protección contra los riesgos que puedan afectar su salud o seguridad.*” Así como la previsión del artículo 11 al señalar los siguientes deberes generales de seguridad:

- 1. Los bienes o servicios puestos en el mercado deben ser seguros.*
- 2. Se consideran seguros los bienes o servicios que, en condiciones de uso normales o razonablemente previsibles, incluida su duración, no presenten riesgo alguno para la salud o seguridad de las personas, o únicamente los riesgos mínimos compatibles con el uso del bien o servicio y considerados admisibles dentro de un nivel elevado de protección de la salud y seguridad de las personas.*

Atendiendo a la vertiente subjetiva del derecho a la salud, existen autores en la doctrina que consideran que existe en este derecho un nexo indiscutible con el derecho a la integridad física y moral previsto en el artículo 15 C.E. Así CANOSA USERA considera que el derecho a la integridad física y moral consistiría en disponer de la propia integridad personal y a no sufrir intervención alguna sin consentimiento del titular, de tal modo que para este autor bajo la expresión integridad física y moral concurrirían un haz de situaciones jurídicas subjetivas protegidas por el ordenamiento jurídico (CANOSA USERA, 2006)³³. Para nuestro Tribunal Constitucional, el derecho a la integridad física y

³³ Aunque la expresión “integridad personal” ya fue utilizada por RODRIGUEZ MOURULLO en “Artículo 15. Derecho a la vida y a la integridad personal y abolición de la pena de muerte”, en *Comentarios a la legislación penal, Derecho Penal y Constitución*. Tomo I, dirigidos por M. COBO

moral protege «la inviolabilidad de la persona, no solo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en estos bienes que carezca del consentimiento de su titular» (STS 120/1990, F.J.8°).

Sin embargo la doctrina se encuentra dividida entre quienes como SERRANO ALBERCA o RODRIGUEZ MOURULLO consideran que la salud forma parte de la integridad personal y aquellos otros como MUÑOZ CONDE que consideran que el ataque a la salud es la enfermedad, mientras que la quiebra de la integridad corporal supone la mutilación o inutilización de algún miembro u órgano corporal. (MUÑOZ CONDE, 2004:109). Para SERRANO la constitucionalización del derecho a la integridad supone también el reconocimiento del derecho a la salud (SERRANO ALBERCA, 1980). Mientras que RODRIGUEZ MOURULLO considera que lo que garantiza en el artículo 15 C.E. es la *incolumidad personal* que comprendería a su vez una pluralidad de derechos: el derecho a la integridad física, el derecho a la salud física y mental, el derecho al bienestar corporal y psíquico y el derecho a la propia apariencia personal. (RODRIGUEZ MOURULLO, 1982:82-83).

El Tribunal Constitucional ha trazado la correspondencia entre el derecho a la salud y el derecho la integridad física, entre otras, en la STC número 35/1996, de 11 de marzo, (FJ.3°) aunque indicando que no todo supuesto de riesgo o daño para la salud implica, necesariamente, una vulneración del artículo 15 de la C.E. El hecho de que una intervención coactiva en el cuerpo pueda suponer un malestar, producir sensaciones de dolor o sufrimiento o un riesgo o daño para la salud, supone un plus de afectación. No obstante dicha intromisión no es una condición *sine qua non* para entender que exista una intromisión en el derecho fundamental a la integridad física (STC 207/1996, FJ.2°). La STC 119/2001, de 24 de mayo y la STC 5/2002, de 14 de enero plantean casos resueltos en el sentido de considerar que para que la vulneración del derecho a la salud repercuta en el derecho a la integridad, el daño que se ocasione a la salud ha de ser grave, inmediato e imputable a una acción u omisión de los poderes públicos. Tesis mantenida en los supuestos en que se ha examinado la incidencia que el ruido puede tener sobre

DEL ROSAL, 1982. Expresión que aparece incluso en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional como en el caso de la STC 5/2002, de 14 de enero, F.J.4°.

determinados derechos y manteniendo que la exposición prolongada a un nivel elevado de ruidos puede tener consecuencias sobre la salud de las personas y sobre su conducta social, pudiendo llegar a ser un factor psicopatógeno. (FJ.5º). En la STC 5/2002 el alto tribunal considera que se produce un solape entre ambos derechos al señalar que «el derecho a la salud, o mejor aún, el derecho a que no se dañe o perjudique la salud personal, queda comprendido en el derecho a la integridad personal del artículo 15 C.E., si bien no todo supuesto de riesgo o daño para la salud implica una vulneración del derecho fundamental a la integridad física y moral, sino tan solo aquel que genere un peligro grave y cierto para la misma (FJ.4º).

Pero existen autores que no comparten la tesis defendida por el alto tribunal según la cual para que haya una vulneración de la integridad *ex* artículo 15 C.E. sería preciso que la salud corriese un peligro grave e inmediato. En este sentido, el ya citado CANOSA USERA así como el magistrado JIMENEZ DE PARGA, en el voto particular emitido a la STC 119/2001, de 24 de mayo, considera que la separación entre el derecho a la integridad del artículo 15 C.E. y el derecho a la salud del artículo 43 C.E. no tiene ningún sentido, considerando la definición que efectúa la OMS de salud como «un estado absoluto de bienestar físico, mental y social»

En la actualidad el derecho a la protección de la salud es considerado como un haz de posiciones individuales iusfundamentales, utilizando la expresión acuñada por ALEXY. A juicio de LEON ALONSO el derecho a la protección de la salud «es uno de los mejores referentes para estudiar la relativización de la dicotomía entre los diversos derechos constitucionalizados. Nos enfrentamos a un derecho que, bajo la apariencia de un simple derecho social, encierra varias posiciones jurídicas de muy diversa naturaleza y estructura». Autora que considera que la hasta ahora tajante separación entre los derechos civiles y políticos y los derechos sociales, debe entenderse necesariamente relativizada con la transformación del Estado liberal de derecho a un Estado social y democrático de derecho que incorpora los derechos sociales a los textos constitucionales. Considerando que la evolución de los derechos de libertad, deben ser reinterpretadas desde una óptica prestacional, en la que tales derechos no solo actuarían como límite de los poderes públicos sino que encerrarían un deber de actuación. En este sentido los derechos

constitucionalizados tendrían una vertiente subjetiva y una vertiente objetiva cuya extensión variará dependiendo de cada caso concreto (LEON ALONSO, 2009: 208-209).

El artículo 43.1 de la C.E. recoge la dimensión colectiva del derecho a la salud que encontramos regulada lacónicamente en la frase: “*Se reconoce el derecho a la protección de la salud*”. Precepto que contiene la más importante referencia a este derecho en el texto constitucional y que se completa con las previsiones de la prestación del derecho y la acción de fomento en sus apartados 2 y 3 como a continuación se transcribe:

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

El reconocimiento de este derecho, se ubica en el Capítulo III del Título I que versa sobre los “*Principios rectores de la política social y económica*”, de efectos normativos menos intensos que los derechos consagrados en el Capítulo II, relativo a “*Los derechos y libertades*”. El derecho a la protección de la salud a que se refiere el artículo 43.1. C.E. alcanza la calificación de “principio reconocido” y su ámbito de protección tiene en el artículo 53.3 el siguiente tenor literal:

“El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo III, informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.”

Para PEMÁN GAVÍN (*op.cit.* pg. 80), este precepto alude al derecho a la recepción de las prestaciones sanitarias por parte del Estado y surgió como un derecho económico y social relativo a la asistencia sanitaria prestada por los Estados; siendo sin duda «el aspecto que primordialmente fue tenido en cuenta por el constituyente a la hora de formular el párrafo 1º del artículo 43, lo cual resulta claramente de los trabajos parlamentarios para la elaboración de este precepto».

Asimismo y por disposición del artículo 53 C.E. los derechos y libertades reconocidos en el Capítulo II, vinculan a todos los poderes públicos, su desarrollo se efectúa mediante ley orgánica (artículo 81 CE) y su tutela se efectúa por el Tribunal Constitucional mediante el recurso de inconstitucionalidad regulado en el artículo 161.1.a). Protección que en el caso de los derechos fundamentales y libertades públicas de los artículos 15 al 29 C.E. de la Sección 1ª del Título II, alcanza su defensa mediante la cuestión de inconstitucionalidad ante los tribunales ordinarios y el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. Esta formulación en sentido estricto supondría que ante una vulneración de los derechos a la protección de la salud o a la asistencia sanitaria no cabría en principio plantear un recurso de amparo. No obstante, si de la vulneración al derecho a la asistencia sanitaria se dedujese un daño para el derecho subjetivo a la salud, la interposición de tal recurso constitucional de amparo sí que sería admisible. Es por ello que pese a la diferenciación intelectual entre los diferentes derechos que configuran el derecho a la salud y su distinta vertiente subjetiva u objetiva, un sector cada vez más importante de nuestra doctrina defiende que es admisible un sistema unitario de derechos fundamentales en los que no exista una jerarquía propiamente dicha, sino diferentes niveles de protección.

Los preceptos del Capítulo III constituyen mandatos constitucionales dirigidos a los poderes públicos y al legislador (estatal y autonómico) para que desarrollen una acción positiva que no es propiamente coercible y estará en función del grado de consenso social y político existente así como de la coyuntura económica. Pero, en todo caso, no debe existir duda respecto del importante papel que el Defensor del Pueblo y los homónimos en cada comunidad autónoma pueden desempeñar en este papel dirigiendo sugerencias y recomendaciones en los informes que esta institución dirige anualmente a

las Cortes Generales. En este sentido PEMÁN GAVÍN, afirma que tales principios del Título III actúan como mandatos constitucionales, límite de los poderes públicos y criterios de interpretación.

Es precisamente este efecto vinculante o informador que tiene el derecho fundamental social de la salud, el que inspira su protección singular para determinados grupos de ciudadanos más vulnerables y que exigen una tutela reforzada, como el caso de la protección integral a los hijos y las madres que se consagra en el artículo 39 C.E. incluyendo la atención sanitaria. La atención especializada de tratamiento, rehabilitación e integración prevista del artículo 49 C.E. para los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales al indicar: *“los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, la los que prestarán la atención personalizada que requieran...”*. Mediante la previsión del bienestar y la atención de los problemas específicos de salud de los ciudadanos de la tercera edad, en el artículo 50 C.E. Y a través de la defensa de la seguridad y salud de los consumidores y usuarios garantizada por los poderes públicos en el artículo 51.1 C.E. Así como a través de la actuación de los poderes públicos velando por la seguridad en higiene en el trabajo *ex artículo 40.2 C.E.*, al señalar que: *“los poderes públicos...velarán por la seguridad e higiene en el trabajo”*.

La intervención de los poderes públicos que nuestra carta magna ha previsto a través de las acciones fomento, fiscalización o protección tienen como nexo de unión el derecho a la protección de la salud que, en consecuencia, no podemos circunscribir en exclusiva al artículo 43 C.E.; constituyendo este precepto la referencia más relevante y específica a la protección de este derecho. Asimismo la especial protección otorgada a determinados colectivos resulta patente a través del desarrollo de una legislación especializada para los ámbitos laboral, escolar y también deportivo.

Por lo que respecta al primero de estos ámbitos, el constituido por el colectivo de los trabajadores asalariados por cuenta ajena, su protección se encuentra garantizada por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención y demás normativa sectorial de desarrollo. En este colectivo debemos

considerar incluidos a los trabajadores de las Administraciones Públicas, sea personal funcionario, laboral o estatutario, así como al personal de los cuerpos y fuerzas de la seguridad, como la guardia civil, fuerzas armadas o policía nacional, autonómica o local, para los que existe una regulación específica en materia de prevención de riesgos y protección de la salud. Así en cuanto al personal que presta sus servicios en las fuerzas armadas, el artículo 27 de la Ley Orgánica 9/2011, de 27 de julio, regula el derecho de los militares a recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el ejercicio de su actividad, aunque con las peculiaridades propias de las materias que tienen encomendadas.³⁴

En cuanto al colectivo escolar este ha encontrado la protección específica del derecho a la salud en la Ley de 17 de junio de 1953, sobre el establecimiento del seguro escolar; y mediante la Orden Ministerial de 11 de agosto de 1953 por la que se aprueban los Estatutos de la Mutualidad del Seguro Escolar; y R.D. 270, de 16 de febrero, respecto

³⁴ Para más información respecto de este asunto particular puede consultarse el trabajo publicado por CARNICER ESCUSOL y RODRIGEZ TEN, en la Revista de Gestión Práctica de Riesgos Laborales nº 32, de noviembre de 2006.

En cuanto a la inclusión del colectivo de fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado en la normativa de seguridad y salud laboral, es necesario considerar la interpretación de la Directiva-marco 89/131/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a las medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores, en cuya virtud se dictó la Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas de 12 de enero de 2006 (asunto C-131/2004, DOCE de 11/03/2006), por la que se condenó al Estado Español por haber excluido injustificadamente a los miembros de la Guardia Civil, Fuerzas Armadas y cuerpos de Seguridad de la normativa de aplicación de prevención de riesgos laborales, omitiendo el tratamiento de la seguridad y salud de estos empleados públicos. Dicha exclusión respondía a una incorrecta aplicación del artículo 2 de la Directiva-marco, que establecía una excepción: “...cuando se opongan a ello de manera concluyente las particularidades inherentes a determinadas actividades específicas de la función pública, por ejemplo, en las Fuerzas Armadas o policía, o determinadas actividades específicas en los servicios de protección civil”. Excepción que se trasladó al artículo 3 de nuestra Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y que impidió la aplicación de la Ley y el desarrollo legislativo de la prevención para estos cuerpos. Pero en la interpretación dada a esta excepción por parte del TJCE, se aclaró que solo podía excluirse a los citados colectivos en los acontecimientos excepcionales, como conflictos armados o catástrofes en los cuales la protección de la salud de la población en cuanto que riesgo colectivo, debía anteponerse a la seguridad y salud de los propios colectivos intervinientes, ejército, policía o protección civil.

En cumplimiento de la referida sentencia se reguló la protección de su seguridad y salud: mediante Real Decreto 179/2005, de 18 de febrero, para la Guardia Civil; Real Decreto 2/2006, de 16 de enero para la Policía Nacional; el Real Decreto 1755/2007, de 28 de diciembre, reguladora de la prevención de riesgos del personal militar de las FF.AA (modificado por RD 640/2011, de 9 de mayo) y de la organización de los servicios de prevención de la defensa; desarrollado por Orden DEF 3573/2008 de 3 de diciembre, por la que se establecen los servicios de prevención del Ministerio de Defensa.

de la inclusión en el seguro escolar a los alumnos de tercer ciclo de estudios universitarios, conducentes al título de doctorado.

Por lo que respecta al colectivo de los deportistas su regulación sectorial se encuentra en la Ley Estatal del Deporte 10/1990 y singularmente en la Ley Orgánica 3/2013 de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva. Así como en las leyes del deporte de cada una de las Comunidades Autónomas y en la legislación de desarrollo de todas ellas, cuyo análisis detenido realizaremos en otro capítulo más adelante.

Finalmente y además de los citados ordenamientos penal, civil y la legislación protectora de los derechos de los consumidores y usuarios, los aspectos subjetivos del derecho a la salud de los ciudadanos se encuentran protegidos a través de una regulación específica en cuatro normas básicas de ámbito estatal y que, asimismo, son el marco legal de referencia en la regulación de la dimensión social o colectiva de este derecho:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS), inspirada en dos principios fundamentales: la integración de todos los servicios sanitarios y la descentralización de la sanidad.

- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante LCC)

- La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (en lo sucesivo LSP).

- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente (LAP). Si bien el contenido de esta última norma, está más relacionada con el reconocimiento de los derechos administrativos del paciente y su ejercicio que con el derecho a la salud del mismo en un sentido estricto.

El panorama legislativo se cierra con las leyes autonómicas reguladoras de los sistemas de salud en cada Comunidad Autónoma, así como en la normativa local sanitaria, en cuanto a su propio ámbito de competencias en materia de salud pública.

5. El derecho constitucional a la protección de la salud en España. Desarrollo legal y jurisprudencial.

La formulación completa del derecho a la salud, en cuanto que derecho social fundamental, no acaba con el artículo 43.1 C.E. citado, sino que se desarrolla en dos puntos más que desvelan cual es su contenido completo. El precepto establece:

“2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

Para la protección del derecho a la salud reconocida en el artículo 43.1 el resto de los apartados arriba transcritos, impone a los poderes públicos la organización y tutela para la toda población con un carácter general y no excluyente. Por lo que podemos considerar que la obligación impuesta de velar por este derecho colectivo supondrá la posibilidad de los ciudadanos de requerir su satisfacción, aunque con más limitaciones que las que proporciona el texto constitucional para la protección de los derechos denominados fundamentales y salvo que consideremos la tesis en cuya virtud el derecho a la protección de la salud está íntimamente vinculado al derecho a la integridad. En su virtud, podemos considerar que estamos en presencia de un derecho social que solo puede ejercerse individualmente. Justamente en un sentido inverso a lo que ocurre con los denominados derechos colectivos, como el de huelga, para los que el Tribunal constitucional en su STC 11/1981, de 8 de abril, afirma expresamente que se tratan de derechos de titularidad individual pero de ejercicio colectivo³⁵.

³⁵ La citada sentencia cita: «un derecho atribuido “uti singuli” aunque tenga que ser ejercido colectivamente mediante concierto o acuerdo entre ellos», para concluir más tarde que «sin bien la titularidad del derecho de huelga pertenece a los trabajadores y a cada uno de ellos corresponde el derecho a sumarse o no a las huelgas declaradas, las facultades en que consiste el ejercicio del derecho de huelga, en cuanto acción colectiva y concertada, corresponden tanto a los trabajadores como a sus representantes y a las organizaciones sindicales».

Por otro lado, y siguiendo en este punto a CIERCO, la diferenciación entre las expresiones “salud” del artículo 43.1 y “salud pública” del artículo 43.2 no aludirían en principio a objetos distintos, sino a uno solo, que pueden protegerse de maneras distintas: la individual, que abarcaría la asistencia sanitaria y, como prolongación de esta, el derecho al medicamento; y de otro lado, la protección de la salud pública que abarcaría el conjunto de acciones, en su mayoría de naturaleza preventiva, que actuarían como una garantía constitucional de la salud pública (CIERCO SEIRA, 2006).

En cuanto al concepto jurídico de salud, ESCRIBANO definía el derecho a la salud como «aquél derecho individual que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de este, dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto». Autor que observó cómo la asistencia sanitaria estatal había surgido en nuestro país mediante títulos específicos, como la asistencia benéfica a pobres e indigentes, la asistencia profiláctica de las enfermedades contagiosas y la asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena. (ESCRIBANO COLLADO, 1976:17-41).

Para GARCIA PELAYO la protección de la salud colectiva por parte del Estado moderno, supone el tránsito de las políticas sectoriales propias del Estado liberal y que se dirigían únicamente a la protección de los sectores menesterosos y desamparados de la población (tercera edad, pobres o discapacitados), hacia formulaciones propias del Estado social contemporáneo que efectúa un tratamiento generalizado y que se extiende a muy diversos aspectos como la educación, la cultura, el ocio o el bienestar (GARCIA PELAYO, 1982:18-19).

Como tuvimos ocasión de exponer anteriormente, las normas internacionales no configuran el derecho social a la salud como un derecho absoluto, ni tampoco como un derecho de resultados, sino más bien un derecho de medios. Tal consideración permite afirmar que los Estados sociales modernos tienen genéricamente el deber de poner los medios necesarios para procurar que la realización del derecho a la salud individual se verifique en el más alto grado posible, de modo que el derecho a la salud colectiva no puede entenderse como un derecho absoluto e irreductible sino que su satisfacción es

graduable³⁶. Y la dificultad para la efectividad de este derecho, se encuentra precisamente en definir, conforme a la realidad de cada Estado, cuales son los esfuerzos necesarios para considerar alcanzada la máxima realización de tal derecho para los ciudadanos y cuál es el contenido mínimo indispensable que este debe tener para entender que constitucionalmente queda atendido.

El contenido del derecho constitucional a la salud encuentra una consideración múltiple a la actuación del Estado. De un lado, en su aspecto protector, debe incluir las competencias para la organización y tutela prestacional y de establecimiento de los servicios sanitarios necesarios para el tratamiento individual de la salud que se complementa con las medidas preventivas (entre las que cabe incluir tanto la actividad administrativa preventiva tradicional de carácter policial, como la prevención individual, vinculada a la asistencia médico-sanitaria) así como la necesaria acción de fomento. Por lo que «sin duda resulta del texto aprobado un mayor sentido de globalidad en la acción sobre esta materia y un énfasis especial en el aspecto preventivo» (PEMÁN GAVÍN, 1989:67-68).

³⁶ Así ha sido entendido de modo coincidente por los Tribunales Constitucionales Internacionales cuyo estudio jurisprudencial ha sido efectuado por PEMÁN GAVÍN (2008) “Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud” en D.S vol.16. pg.38-45; y entre las que destacamos la Sentencia del Tribunal Constitucional de Sudáfrica de 27 de noviembre de 1997 relativo a la demanda de un paciente con afección renal a quien el hospital público provincial denegó el tratamiento de diálisis por carecer de medios suficientes, ante la desmedida demanda de enfermos y la necesidad de establecer unas pautas generales de admisión al tratamiento, en un contexto que el Tribunal califica de “desigualdad y pobreza”. La Sentencia alude a la limitación de los recursos disponibles y la envergadura de las necesidades existentes, señalando que una obligación constitucional ilimitada de satisfacer tales necesidades no podría ser cumplida en el momento presente. Ante la limitación de los recursos, se argumenta que no corresponde a los Tribunales interferir en las decisiones tomadas por los órganos políticos y las autoridades sanitarias sobre la mejor utilización de los recursos públicos para conseguir con ellos la máxima ventaja del máximo número de pacientes. En términos muy diferentes, la ST de 5 de julio de 2002, que declara la inconstitucionalidad de la actuación estatal, con ocasión del nacimiento de niños contagiados de sida en el parto, decidiendo que el sistema sanitario público no asumiera el suministro a las madres con sida, de un medicamento denominado “neviparina”, reservado para experiencias piloto y centros privados. La Sentencia declara la obligación de las autoridades sanitaria a prescribir y administrar este medicamento, resolviendo tanto el derecho subjetivo a la asistencia sanitaria como la protección de la salud pública, estableciendo la posibilidad e que los tribunales no solo dictaran pronunciamientos declaratorios (*declaratory orders*) sino también pronunciamientos con mandatos ejecutivos (*mandatary orders*) imponiendo al gobierno actuaciones específicas en una amplia concepción de lo que debe ser la tutela judicial efectiva que, en el caso estudiado, exigían al gobierno adaptar su política mediante nuevos programas de prevención del contagio de sida que pudieran satisfacer congruentemente la sección 27 de la constitución Sudafricana.

Recordemos que este autor preconizaba tres aspectos diferenciados del derecho a la protección de la salud que incluirían la vertiente objetiva y otra subjetiva. En este sentido, como vimos en el apartado anterior, es posible afirmar que el derecho constitucional a la protección de la salud esté emparentado en su dimensión subjetiva con el derecho a la vida y el derecho a la integridad física como derechos fundamentales, bienes de la persona y derechos absolutos oponibles *erga omnes* y exigibles frente a terceros, incluso frente al propio Estado. Pero en su dimensión social u objetiva, la realización del derecho a la salud exigiría la concurrencia de los tres niveles que están constitucionalmente previstos, esto es, la acción protectora, la preventiva y la de fomento, cuya triple satisfacción debería posibilitar el más alto grado de realización posible de este derecho a todos los ciudadanos. Y específicamente, la interdicción de aquellas acciones públicas que tendiesen a limitar o restringir su triple realización pública o la realización de la actuación pública efectuada en contra de la universalidad del mismo, esto es, contraviniendo los principios constitucionales de igualdad y no discriminación previstos en el artículo 14 CE en relación a la obligación que constitucionalmente asumen los poderes públicos en el artículo 9.2 CE. de hacer efectivos tales derechos, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.

Podemos verificar el carácter informador que el artículo 53.2 postula para los principios reconocidos en el capítulo III C.E. en su desarrollo legislativo en materia sanitaria. Así la LGS establece en su artículo 1 que su objeto lo constituye, “*la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución*”. En su artículo 3, señala que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades. Aspectos ambos, preventivo y protector, constitucionalmente previstos en el artículo 43 y que aparecen reiterados dentro de las actuaciones a las que deben orientarse las Administraciones Públicas sanitarias en el artículo 6.1 y 6.3.

Pero la definición legal completa, concreta y vinculante para los poderes públicos del contenido del derecho a la salud colectiva que desarrolla y expresa esa múltiple dimensión constitucional de este derecho en su vertiente como derecho social, aparecerá

en la definición que la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de la Salud Pública (LGSP) realiza en su artículo 1, párrafo 1º al señalar entre los objetivos de la ley: «prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como colectiva». Y al establecer en su párrafo 2º una definición de salud pública como:

“El conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.

Definición que supone para las Administraciones Públicas y los sujetos privados, en sus actuaciones de salud pública, por aplicación del artículo 3, la sujeción a los siguientes principios:

“a) Principio de equidad. Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad.

b) Principio de salud en todas las políticas Las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud.

Asimismo, las políticas públicas que incidan sobre la salud valorarán esta circunstancia conciliando sus objetivos con la protección y mejora de la salud.

c) Principio de pertinencia. Las actuaciones de salud pública atenderán a la magnitud de los problemas de salud que pretenden corregir, justificando su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad.

d) Principio de precaución. La existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurran.

e) Principio de evaluación. Las actuaciones de salud pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados, con una periodicidad acorde al carácter de la acción implantada.

f) Principio de transparencia. Las actuaciones de salud pública deberán ser transparentes. La información sobre las mismas deberá ser clara, sencilla y comprensible para el conjunto de los ciudadanos.

g) Principio de integralidad. Las actuaciones de salud pública deberán organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral del sistema sanitario.

h) Principio de seguridad. Las actuaciones en materia de salud pública se llevarán a cabo previa constatación de su seguridad en términos de salud.”

Por lo que respecta al presente trabajo, debemos poner un especial acento en el principio de “*salud en todas las políticas*” reconocida en el artículo 3. b) y que también aparece el artículo 1, párrafo 2º indicando que las actuaciones en el ámbito de la salud pública se constituyen como “*acciones transversales*” y que deberán tener en consideración los principios de salud incluso en las políticas de carácter no específicamente sanitario, tanto de modo positivo mediante la promoción de las acciones que promuevan entornos saludables, como a través de la disuasión respecto de las

actuaciones que supongan riesgos para la salud. Lo que por supuesto haría extensiva la aplicación de este principio al ámbito deportivo y a todas las políticas emprendidas en el mismo que deberían quedar impregnadas de una orientación sanitaria o higiénica en la búsqueda de la mejor promoción y protección de la salud de los ciudadanos en la práctica del deporte y cualquiera que sea el entorno o medio en que este tenga lugar, sea un entorno privado o público en los que se produzca una actuación en materia de deporte: instalaciones deportivas, actividades, competiciones, así como planes, programas o proyectos deportivos, que hayan sido autorizados, fomentados o subvencionados por las Administraciones públicas.

Salvando todas las distancias que nos impone la diferencia de época y también de situación socio-económica y política, podemos observar cómo la transversalidad en la protección de la salud ya aparecía esbozada en la legislación de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, considerada entonces como una cuestión de salubridad pública y bajo los auspicios de las corrientes higienistas que generaron un amplio abanico de disposiciones que son calificadas como *sanitaristas*. Así aspectos como las obras públicas de saneamiento, la planificación de las ciudades, el fomento en la promoción de viviendas higiénicas o en la prestación de los servicios públicos tales como el abastecimiento de agua potable o el alcantarillado, constituyen un ejemplo evidente del vínculo reconocido entre todas estas acciones públicas, relativas al saneamiento del medio, con su repercusión en la salud de la población. Tal planteamiento ya se recoge en la Instrucción General de Sanidad de 1904, especialmente a través de los epígrafes dedicados a la higiene municipal y provincial.³⁷

El *Sanitary Movement* fue una corriente imperante en la Inglaterra del siglo XIX basada en el concepto de *saneamiento*, mientras que en el continente europeo se

³⁷ Concretamente el artículo 110 de la Instrucción General de Sanidad encomendó a los Ayuntamientos la redacción de los Reglamentos de Higiene municipal. La inacción municipal se subsanó mediante la producción de diversas Reales Ordenes como la de 12 de octubre de 1910, aprobatoria de las Bases de los Reglamentos de Higiene; la R.O. de 22 de abril de 1922, instruyendo respecto de la redacción de Reglamentos municipales para fosas sépticas, la R.O. de 3 de enero de 1923, de instrucciones técnico-sanitarias para pequeños municipios; R.O de 9 de agosto de 1923, de condiciones higiénico sanitaria de viviendas; R.D. de 9 de febrero de 1925 del Reglamento de Sanidad Municipal y R.O. de 22 de mayo de 1929 aprobatoria del Reglamento para la inspección sanitaria municipal de establecimientos, edificios y vehículos de servicio público.

impusieron las tesis de la denominada *policía sanitaria* que pretendía la protección de la población ante posibles contagios y epidemias mediante medidas restrictivas de derechos individuales, en especial la libertad de movimientos. La policía sanitaria heredó un concepto del Antiguo Régimen ajeno al sistema de garantías del Estado liberal, vinculando la sanidad pública con el orden público y legislando la disposición de cuarentenas, inmovilizaciones y aislamientos para la eliminación de los focos infecciosos. Tal diversidad de planteamientos tiene su justificación en la propia evolución científica. Para los defensores de la teoría del *contagio*, las enfermedades se propagaban por el contacto directo entre personas, por lo cual se defendían medidas de aislamiento e incomunicación propias de la policía sanitaria. Para los defensores de la teoría de las *miasmas*, la enfermedad se propagaba por unos agentes operantes en la atmósfera (las miasmas) y por tanto se propugnaba actuar sobre el medio saneándolo. El *Sanitary Movement* se apoyaba en la teoría miasmática que años más tarde, se revelaría incorrecta por el desarrollo de la bacteriología que impulsó definitivamente, a finales del siglo XIX, la historia de la medicina y de la salud pública.³⁸

La transversalidad iniciada en la época del *sanitarismo*, supone que esta corriente no solo incidió en el campo médico, determinando grandes avances en el prevenciónismo, sino en el variado campo jurídico del urbanismo, las infraestructuras y los servicios y suministros municipales.

Los conceptos del movimiento higienista se expandieron e impregnaron a la comunidad intelectual encontrando estos postulados una lógica conexión con la actividad física. Podemos comprobar que se corresponden con el siglo XIX los primeros tratados sobre la materia y que difundieron entre la comunidad científica y educativa las nuevas teorías que pretendía acreditar los beneficios para la población de los hábitos higiénicos, entre los que se encontraba la práctica regular de actividades físicas³⁹. Y, asimismo,

³⁸ Extractado del Capítulo que PEMÁN GAVÍN (1989:103-122) dedica a las “Bases históricas de la sanidad en España”.

³⁹ VILLALOBOS nos legó el manuscrito de una obra que trataba “Sobre la historia crítica de la gimnasia como ciencia antigua de la curación y conservación del hombre por los arreglados ejercicios del cuerpo” (Revista bibliográfica, 1867, p. 84). En 1865 se publica el tratado de BUSQUÉ “Gimnástica higiénica, médica y ortopédica o el ejercicio considerado como medio terapéutico”, considerado como la primera obra nacional de la gimnástica médica decimonónica. Así como MORATONES (1863), y

podemos comprobar en dicha legislación de principios del siglo XX una preocupación por la salubridad del entorno como condicionante de la salud ciudadana y la necesidad de intervención sobre el medio. Utilizando un concepto próximo al de “*ambientes favorables a la salud*” que serían muchos años más tarde ampliamente desarrollados por la comunidad internacional, con ocasión de la tercera Conferencia de Internacional de promoción de la salud de Sundswall de 1991.

El reconocimiento del principio de transversalidad del derecho a la salud en todas las políticas, tiene en el artículo 53 C.E. una versión de transversalidad jurídica, o en todas las legislaciones, esto es, la que resulta derivada del carácter informador que el derecho a la salud tiene tanto en la legislación positiva como en la actuación de los poderes públicos y que encuentra su realización en los citados artículos 1 y 3 de la LGS y su concreción en el resto del ordenamiento jurídico, y no exclusivamente en el ordenamiento sanitario, gracias al citado principio de “*salud en todas las políticas*” (STP). Principio que encuentra su inspiración en el referente internacional que supone la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Helsinki que se centró en el enfoque de la protección de la salud en todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y la investigación, confirmando definitivamente este principio de actuación en las políticas públicas de salud, ya apuntadas como estrategia en las declaraciones internacionales precedentes.

En cuanto al aspecto prestacional de este derecho, en su realización deben quedar salvaguardados los principios aceptados por la comunidad internacional como contenido mínimo de los servicios sanitarios que, como vimos, deben estar informados por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad e igualdad. La realización de tales principios relacionan íntimamente la satisfacción de la salud colectiva con la dignidad de

CARLIER (1867). El tratado de “Gimnasia higiénica” del LLADÓ. (1912), la “Historia de la Gimnástica higiénica y médica”, de José. E. Fraguas (1982), autor que acuña el término de “higiodinámica” o higiene del movimiento. Sin olvidar a SAIMBRAUM (Teoría y práctica de la gimnástica respiratoria), SANZ ROMO (Higiene de la educación física), entre otros muchos (relación de autores extractada de: TORREVADELLA, X., 2012. “Crítica a la bibliografía gimnástica de la educación física publicada en España” (1801–1939). Anales de Documentación, 2013, vol. 16, nº 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesdoc.16.1.158851>. fuente consultada el 29/11/2014)

la persona y con los derechos inviolables que le son inherentes, en los términos a que se refiere el artículo 10.1. C.E. De modo que podemos considerar que el derecho a la salud contribuye de un modo determinante a la construcción de la paz social y, por ende, está directamente relacionado con el contenido de los derechos fundamentales, pese a no serlo en un sentido estricto. ESCOBAR ROCA (*op.cit.ut supra*) señala que en la realización del derecho a la salud deben quedar salvaguardados los derechos fundamentales de la libertad y la igualdad. Señalando respecto de este último que: «La igualdad sirve, sobre todo para extender la titularidad del derecho o de alguno de sus elementos: un derecho que solo beneficia a una minoría no es un derecho fundamental [...] la igualdad impide diferencias de trato injustificadas en el disfrute del derecho a la protección de la salud y ello en un sentido tanto jurídico como fáctico». Proponiendo seguidamente la verificación del principio de igualdad en el derecho a la protección de la salud en los ámbitos subjetivo y objetivo. Examinando en el primer caso si las normas son excluyentes para algunas personas (por cualquier condición personal o social) o bien en el segundo caso, comprobando si las posibles exclusiones se producen respecto del contenido o las condiciones del disfrute del derecho. Por lo que este derecho es calificado como un derecho de titularidad universal, pues implica necesariamente la existencia de una carga antidiscriminatoria evidente.

En cuanto al desarrollo jurisprudencial de la dimensión objetiva de este derecho, podemos afirmar que no existe una doctrina de nuestro Tribunal Constitucional en relación al mismo; lo que PEMÁN GAVÍN identifica con el hecho de que España goza de un sistema nacional de salud razonablemente desarrollado y eficaz en términos generales y que cuenta con unos indicadores de salud que pueden ser considerados como privilegiados en el contexto internacional; lo que unido al hecho de que la ubicación de este derecho en el capítulo III de la C.E., fuera de los derechos fundamentales, han obviado la existencia de recursos de amparo ante esta jurisdicción. Las cuestiones conflictivas han sido resueltas o puestas de manifiesto a través de la jurisdicción ordinaria o bien mediante los referidos informes del Defensor del Pueblo o sus homónimos autonómicos.

CUADRO N°4: CLASIFICACION DEL DERECHO A LA SALUD

Derecho a la salud	Por el modo de oposición a terceros	Por la naturaleza del derecho	Por el principio regulador que actúa	Por el objeto regulado
Derecho individual o subjetivo	“Erga omnes”, frente a sujetos y Administraciones Públicas	Derecho personal, de resultado.	Especialidad (regulado en ordenamientos especializados: penal, civil, laboral...).	La salud como resultado.
Derecho social u objetivo	Frente a Administraciones Públicas	Derecho colectivo, de medios	Transversalidad (protegido y presente en todo el ordenamiento).	La salud como organización de medios, orientados al resultado.

(Cuadro de elaboración propia)

A modo de resumen exponemos en el cuadro n°4 las características predicables del derecho a la salud conforme a las determinaciones examinadas en los apartados anteriores.

Sí que existen sin embargo pronunciamientos del alto tribunal en relación a la actividad médico-asistencial y que guardan relación directa con los derechos fundamentales a la vida y a la integridad o libertad religiosa, en las que el tratamiento del derecho a la salud o los principios de protección pública en los que debe inspirarse no son considerados de un modo directo. En este sentido, el Tribunal Constitucional ha debido pronunciarse sobre la alimentación y tratamiento médico forzoso de presos en huelga de hambre (SSTC 120/1990 de 27 de junio, 137/1990, de 19 de julio, 196/2004, de 15 de noviembre); la utilización e embriones y fetos humanos (STS 212/1996, de 19 de diciembre); o las técnicas de reproducción asistida (STS 116/1999, de 17 de junio); esterilizaciones no consentidas a personas discapacitadas /STS 215/1994, de 14 de julio); la negativa a recibir transfusiones de sangre por motivos religiosos (ATC 369/1984 de 20 de junio y SSTC 166/1996 de 28 de octubre y 154/2002, de 18 de julio); o sobre la

despenalización parcial del aborto (STC 53/1985, de 11 de abril).

Asimismo recordar que el ato tribunal sí ha mantenido una tesis que aproxima el ámbito subjetivo del derecho a la protección de la salud con el derecho a la integridad *ex* artículo 15 C.E. en las ya citadas STC 119/2001 de 29 de mayo, STC 5/2002, de 14 de enero.

Por último señalar que en otras sentencias se reconoce que aunque de la constitucionalización de los derechos del capítulo III no se derive acción concreta ante la jurisdicción ordinaria hasta que así lo decida el legislador, esto no es obstáculo para que puedan ser interpretados por los tribunales ordinarios y protegidos por el Tribunal Constitucional, no solamente mediante el recurso y la cuestión de inconstitucionalidad sino también mediante el recurso de amparo, tal y como se ha corroborado en la STC 95/2000, de 10 de abril. De lo que podríamos deducir la existencia de una suerte de vinculación de totalidad a la legalidad constitucional por parte de jueces y tribunales quienes «interpretarán y aplicarán las leyes y los reglamentos según los preceptos y principios constitucionales, conforme a la interpretación de los mismos que resulte de las resoluciones dictadas por el Tribunal Constitucional en todo tipo de procesos». De modo que cualquier decisión que se adopte por los órganos jurisdiccionales desconociendo la orientación que debe tener la aplicación de la legalidad, conforme a dichos principios rectores de la política social y económica, acentuaría su falta de legitimación (STC 126/2004 y STC 95/2000).

6. El ámbito competencial del derecho a la salud en España.

Como hemos tenido ocasión de comprobar en el apartado anterior, las citas explícitas que se efectúan en la C.E. a la protección de la salud son múltiples y vienen referidas tanto a la protección integral de hijos y madres en el artículo 39; los objetivos de la política laboral en el artículo 40.2; en relación a los minusválidos en el artículo 49; a la tercera edad en el artículo 50 y relación a los consumidores en el artículo 51. Siendo entre todas ellas la referencia más importante la efectuada en el citado artículo 43. A la vista de

esta regulación el Tribunal Constitucional, en su importante Sentencia 32/1983, de 28 de abril⁴⁰ señalaba que:

“El perfil que se dibuja con todos estos preceptos debe ser completado con otros dos, el 149.1.19 que declara que el Estado tiene competencia exclusiva sobre “la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”, y el 139.2 que dispone que ninguna autoridad podrá adoptar medidas contrarias a la libre circulación de bienes en todo el territorio español.

De la interpretación sistemática de todos estos preceptos se infiere la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de sanidad nacional, puesto que los derechos que en tal sentido reconoce la Constitución en los arts 43 y 51 o, complementariamente, en otros, como el 45.1 que reconoce el derecho que todos tienen a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, pertenecen a todos los españoles y a todos se les garantiza por el Estado la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los mismos...

Ahora bien, en los preceptos constitucionales examinados hasta aquí solo se contiene una fijación general de objetivos y de derechos, pero que no se establece (salvo por lo que se dice en el artículo 149.1) un reparto de competencias entre “los poderes públicos” a los cuales en bloque se les confiere la misión de “organizar y tutelar la salud pública” (art. 43.2 de la C.E.)” (FJ 2º).

El derecho a la protección a la salud se configura para SANZ LARRUGA (1999:105-134) como «un derecho de delimitación legal, en el sentido de que precisa una ley que desarrolle su contenido para que puedan derivar de él verdaderos derechos subjetivos. A tal fin responde al Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad»; autor al que seguiremos en lo que se refiere al reparto de las competencias del Estado, CC.AA.

⁴⁰ Sentencia dictada con ocasión del conflicto de competencias promovido por el Gobierno Vasco contra la normativa Estatal sobre coordinación y planificación sanitaria y el registro sanitario de alimentos

y EE.LL. en materia sanitaria.

La Ley General de Sanidad 14/1986 (LGS) en su artículo 1º establece que:

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

A partir de la regulación prevista en el artículo 149.1.16ª en el que se cita literalmente que el Estado tiene competencia exclusiva para las siguientes materias: “*Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos*”. Esta competencia se ejercerá, conforme se determina en el nº1 de este mismo artículo, mediante “*la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales*”. De lo que se deduce la obligación para los poderes públicos y en particular del Estado, de asegurar la igualdad en las condiciones básicas de protección de la salud en todo el territorio nacional. Para cuyo fin el artículo 158.1 de la carta magna establece que “*En los Presupuestos Generales del Estado podrá establecerse una asignación a las Comunidades Autónomas en función del volumen de los servicios y actividades estatales que hayan asumido y de la garantía de un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español.*”

Principios de los que se deriva una protección del derecho a la salud comprensivo de la asistencia sanitaria, las prestaciones sanitarias y las políticas de salud que

deben ser homogéneas en todo el territorio nacional, existiendo un mínimo común denominador constitutivo del derecho fundamental básico y sin perjuicio de las competencias que puedan asumir las CC.AA. en materia de “*Sanidad e Higiene*” a través del artículo 148.1.21ª de la C.E. Así, conforme a este planteamiento, la LGS en su artículo 3º ha establecido que:

- 1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades*
- 2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.*
- 3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.*

Las competencias del Estado en materia sanitaria ha ido definiéndose gracias a la labor interpretativa del Tribunal Constitucional que con carácter general ha establecido el criterio de considerar que la organización sanitaria se contempla como un “sistema sanitario” que para su funcionamiento tiene en cuenta la globalidad del sistema (SSTC 1985/1991, 54/1990. 329/1994 y 147/1996). No en vano la propia LGS en su preámbulo señala que. “*El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16ª de la Constitución, en el que la presente Ley se apoya, ha de establecer los principios y criterios substantivos que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado*”. Para a continuación anunciar la creación de un Sistema Nacional de Salud, concebido como: “*el conjunto de los servicios de salud de la Comunidades Autónomas convenientemente coordinados*”.

Resumidamente podemos sistematizar que las competencias del Estado son fundamentalmente las relacionadas con la sanidad exterior y la sanidad interior, y dentro de esta última la legislación básica, la coordinación y planificación sanitaria, la alta inspección, sobre productos farmacéuticos, y otros títulos competenciales

conexos, como sanidad y seguridad social, orden público, protección de los consumidores, competencias en materia de agricultura y ganadería, así como sanidad y protección del medio ambiente. Resultando que respecto de todos estos títulos ha tenido ocasión de pronunciarse nuestro Tribunal Constitucional determinando el contenido y alcance de las diferentes competencias en materia sanitaria⁴¹.

La C.E. regula una descentralización en la organización sanitaria, de modo que los estatutos de autonomía se configuran como elementos del bloque de constitucionalidad sobre los que cada comunidad autónoma asume las competencias en esta materia y que podemos agrupar del siguiente modo:

1º. El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación estatal básica en materia de sanidad interior e higiene, dado que la sanidad exterior es una competencia plena del Estado.

2º. El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación estatal básica en materia de ordenación y establecimientos farmacéuticos.

3º. La ejecución de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos.

4º. Las instituciones, servicios sanitarios y coordinación hospitalaria.

⁴¹ SANZ LARRUGA, relaciona en su estudio una serie de sentencias en relación a las diferentes materias de competencia Estatal. Así, sobre **sanidad exterior**, la STS 252/1998, promovida por la Generalidad de Cataluña contra determinados RR.DD del Estado en materia de **mataderos**; STC 239/1994 en un conflicto promovido por la Xunta de Galicia contra el RD 1418/1986 del Estado que regula la sanidad exterior. En materia de **legislación básica** la STC 32/1983, de 28 de abril; 182/1988, de 13 de octubre, promovido por Galicia contra el RD de 1984 regulador de las estructuras básicas de salud; 13/1989 de 26 de enero, promovido por Cataluña contra un RD sobre reglamentación técnico-sanitaria del comercio minorista de alimentación; y STC 203/1993 de 17 de junio, promovido por la Generalidad contra el RD Estatal regulador de la hemodonación y bancos de sangre. En **coordinación y planificación sanitaria** la STC 11/1984 y 54/1990 de 28 de marzo. En alta inspección, la STC 32/1983 y STC 54/1990 de 28 de marzo. Sobre **productos farmacéuticos** la STC 71/1982, 32/1983 y 54/1990 de 28 de marzo. Sobre **sanidad y seguridad social** la STC 124/1989 de 7 de julio, STC 46/1985, de 26 de marzo y STC 124/1989, de 7 de julio. Respecto de la **asistencia social**, la STC 76/1986, de 9 de junio. En materia de **orden público** la STC 33/1989 de 8 de junio y 54/1990. Y en **protección de consumidores y usuarios** la STC 71/1982 de 30 de noviembre y 202/1992 de 23 de noviembre. En cuanto a **sanidad y las competencias sobre agricultura y ganadería** la STC 67/1996 de 18 de marzo, ene I conflicto promovido por la Generalidad contra el RD del Estado sobre alimentación animal. Y en cuanto a **sanidad y protección del medio ambiente** la STC 208/1991 de 31 de octubre que resuelve el conflicto de competencias entre el Gobierno Vasco y el Estado con ocasión de la OM del Ministerio de Obras Públicas sobre medición y análisis de las aguas superficiales para la producción de agua potable.

CUADRO N°5. COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA.

COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA		
Administración del Estado	Bases y coordinación de la salud	Consejo Intersectorial del sistema Nacional de Salud (SNS)
	Sanidad Exterior	
	Política del medicamento	
	Gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) ¹	
Comunidades Autónomas	Planificación sanitaria	
	Salud pública	
	Gestión de los servicios de salud	
Corporaciones Locales	Salubridad	
	Colaboración en la gestión de los servicios públicos	

Fuente: Reparto de competencias según la CE de 1978, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo⁴².

La propia LGS ha previsto que los servicios sanitarios “*se concentren bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado*” (preámbulo). El Sistema Nacional de Salud (SNS) se estructura de modo que exista en cada Comunidad Autónoma un servicio de salud «integrado por centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales... bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad» (artículo 50.1. LGD). El SNS tiene un carácter integrado, sin perjuicio de que cada Administración territorial mantenga la titularidad de los centros y establecimientos con adscripción funcional al servicio de salud de la respectiva Comunidad Autónoma. Asimismo las CC.AA. delimitan y constituyen en sus territorios los servicios sanitarios en las denominadas áreas de salud que el artículo 56 de la ley, erige en una pieza básica de los servicios

⁴² El **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria** surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, considera imprescindible la adaptación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Fuente: <http://www.ingesa.msssi.gob.es> consultada el 2/03/2015.

de las CC.AA. desde las que sea posible ofrecer todas las prestaciones del sistema, de una manera desconcentrada, descentralizada, participativa (mediante el consejo de salud del área, previsto en el artículo 58), delimitada territorialmente y que actúa bajo la premisa de la proximidad de los servicios al usuario, al extender su acción a núcleos de población no inferiores a 200.000 habitantes, salvo en las Comunidades Balear y Canarias, Ceuta y Melilla, y garantizando al menos un área de salud por provincia.

Finalmente nuestro ordenamiento jurídico también ha previsto la existencia de competencias municipales en materia de salud pública, de modo que los Ayuntamientos participan en el sistema público integrado de salud. De un lado la previsión constitucional del artículo 137 en relación al artículo 140, establecen la garantía institucional de la autonomía local *“para la gestión de sus respectivos intereses”*.

La concreción y alcance de esta autonomía local ha sido desarrollada por la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local en cuyo artículo 25.1) se relacionan las competencias propias que los municipios pueden ejercer entre las que se encuentra la de: *l) Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de ocupación del tiempo libre*. Estableciéndose en el artículo 26.1.c) que, en todo caso y además de las anteriores, los municipios con población superior a 20.000 habitantes deben prestar los servicios de *“...instalaciones deportivas de uso público”*. Estableciéndose en el artículo 27 que:

Con el objeto de evitar duplicidades administrativas, mejorar la transparencia de los servicios públicos y el servicio a la ciudadanía y, en general, contribuir a los procesos de racionalización administrativa, generando un ahorro neto de recursos, la Administración del Estado y las de las Comunidades Autónomas podrán delegar, siguiendo criterios homogéneos, entre otras, las siguientes competencias: h) Gestión de las instalaciones deportivas de titularidad de la Comunidad Autónoma o del Estado, incluyendo las situadas en los centros docentes cuando se usen fuera del horario lectivo.”

La realización de actividades deportivas en las instalaciones municipales, o gestionadas por los Ayuntamientos en virtud de las delegaciones que la

Administración del Estado o de las Comunidades Autónomas realicen, conllevará lógicamente la asunción de la obligación de observar la normativa sectorial reguladora de la prevención y protección de la salud del deportista, pero también el desarrollo de las competencias propias en materia de salud que el propio ordenamiento sectorial ha previsto para los Ayuntamientos. De este modo el artículo 42.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece la participación de las CC.LL. en los órganos de dirección de las áreas de salud, fijándose en el apartado 3º las responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios, explicitando en el apartado c) la correspondiente al “Control sanitario de... áreas de actividad físico deportivas y de recreo”⁴³. Ciertamente este precepto puede ser interpretado de un modo restringido, considerando que la competencia municipal se centra exclusivamente en el control de los aspectos sanitarios relativos al continente de la actividad, esto es, las edificaciones y equipamientos deportivos y el sometimiento de los mismos a normativas higiénico-sanitarias (control de la legionelosis, desinsectación, desratización o desinfección) incluso los controles de la seguridad o accesibilidad, entre otras. Pero resulta admisible una interpretación más amplia en cuya virtud el control sanitario vendría también referido, conforme a la acepción etimológica del término, a las acciones relativas o pertenecientes a la sanidad, esto es, a la salud individual y colectiva y que permitiría efectuar intervenciones y actos de control respecto de la propia actividad, también la deportiva, así como respecto de las condiciones de su realización conforme a la legislación vigente, especialmente en materia de aseguramientos,

⁴³ El tenor literal del precepto señala que: “No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios: a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y **áreas de actividad físico- deportivas y de recreo**. d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte. e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

titulaciones o cualquier otro aspecto relacionado con la prevención o protección de la salud; adoptando incluso las medidas preventivas que se estimaran pertinentes tales como la suspensión en el ejercicio de actividades, en los términos que el artículo 26 confiere a las Administraciones sanitarias, entre las que se reconoce a los Ayuntamientos, quienes la ejercerán a través de sus técnicos municipales, para cuyo cumplimiento el apartado 5º del citado artículo 42 de la LGS, establece que los Ayuntamientos “*deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén comprendidos*”. Interpretación que debería, no obstante, cruzarse con las competencias inspectoras que la Comunidad autónoma pueda haber establecido en su normativa propia y que podrían significar una concurrencia con la inspección sanitaria autonómica (vigilancia en materia de salud pública) o la deportiva, en caso de que esta última se hubiera reconocido en la correspondiente legislación deportiva autonómica.

7. Análisis del modelo competencial en el ordenamiento jurídico deportivo español. El modelo piramidal frente al modelo transversal.

Hemos visto cómo en España la conexión entre salud y actividad física se manifestó inicialmente con el movimiento higienista de finales del siglo XIX. Movimiento que ya propugnaba no solo entornos saludables, sino estilos de vida saludable mediante las entonces denominadas *prácticas físicas higiénicas*.

En 1861 SCHREBER publica la obra de mayor influencia en la gimnástica médica y doméstica del siglo XIX llamado “Manual popular de gimnasia de sala”. Y en 1865 se publicaba el tratado de BUSQUÉ “Gimnástica higiénica, médica y ortopédica o el ejercicio considerado como medio terapéutico”, considerado como la primera obra nacional de la gimnástica médica decimonónica. Pero pese a las aportaciones de médicos insignes imbuidos de *higienismo*, o de una concepción sanitaria de las actividades

físicas,⁴⁴ tal y como señala TORREBADELLA, alguno de los autores de esta época denunciaron: “... *el poco interés que despertaba en las autoridades públicas el llamado problema de la educación física, ya fuese en el ámbito higiénico, pedagógico, recreativo o militar*”. Por lo que este autor, coincide con la apreciación de Bertha Gutiérrez (1995) cuando cita respecto de la educación física que: “...*en la primera mitad del Ochocientos, salvo a unos cuantos ‘iniciados’ no le interesó a nadie, y sobre todo, no les interesó a los médicos Los pocos que escriben sobre sus beneficios son pedagogos o literatos y los que la ponen en marcha militares*” (TORREBADELLA FLIX, 2013).

En el ámbito jurídico, una vez superado el periodo de “policía sanitaria”, los poderes públicos pretendieron una actuación directa en las infraestructuras y servicios de las ciudades, considerando que una actuación directa sobre el entorno físico de las personas, mejoraría las condiciones generales de salubridad. De este modo el sanitarismo jurídico consideró la intervención sobre el medio como un factor esencial en el control de la salud pública. Intervención que se llevó a cabo mediante La Instrucción General de Sanidad de 1904 y diversas Reales Ordenes posteriores que afectaban al ámbito municipal en materia de condiciones higiénicas de las viviendas, instrucciones técnico sanitarias, sanidad municipal o inspección sanitaria, entre otras.

Pero salvo en el aspecto sanitario municipal, el movimiento higienista no alcanzó más que a efectuar tímidas incursiones en el ámbito de la educación física y sin que el legislador de mediados del siglo XX tuviera en cuenta el potencial prevencionista (higiénico) de las actividades físicas más preocupado como estaba, de un lado, por asentar las bases de una administración sanitaria y de otro de regular las manifestaciones competitivas del deporte.

El movimiento higienista cedió ante el imparable atractivo de los postulados del movimiento olímpico preconizados por el Barón de Pierre de Coubertin que situó al rendimiento deportivo como un objeto preferente de la actividad física. El deporte,

⁴⁴ Entre otros, además de los autores citados, los doctores Bejarano, Lagrange (1894,1896), Tissié (1899) Mosso (1894) o Saimbraum (1913). Así como la aportación de médicos españoles como López Ocaña, Nicasio Mariscal, García Fraguas, Bernardo Carrascal (1923) o Eduardo Alfonso (1925), así como de otros autores, de tratados de la época, como los de Amorós (1830), Amat (1859), Marotones (1863), el ya citado de Buqué (1865), Carlier (1867) o Lladó (1868), en todos los cuales aparecía la idea del beneficio para la salud derivado de la actividad física sistemática.

entendido como competición y fenómeno mediático de masas supuso, como aspecto positivo, su globalización así como la pretensión de alcanzar una fraternidad universal a través del deporte. Pero ante su inercia expansiva los poderes públicos en España decantaron la legislación deportiva por los aspectos propios del concepto competitivo, su organización y resultados, construyendo un modelo piramidal en cuya cúspide se encuentran las federaciones deportivas internacionales, de las que dependen las nacionales que a su vez acogen a las territoriales con los clubes que forman el deporte base. Un conjunto asociativo orientado a la competición, en torno al cual se articularía el sistema deportivo. En dicho esquema las prácticas deportivas enfocadas a la salud no tenían cabida o, en todo caso, no era preciso que encontraran una regulación legal específica, puesto que su continuidad podría darse a través de la educación física impartida en colegios y cuarteles o bien en el ámbito de los gimnasios privados, puesto que la legislación solo iba a regular el asociacionismo deportivo privado y su objeto.

Durante el último tercio del siglo XX, con la consolidación del estado del bienestar y el aumento del tiempo disponible, los ciudadanos orientarán su ocio a múltiples actividades deportivas de carácter recreativo y autónomo, fuera de las estructuras del deporte oficial y regulado. Asimismo y por influjo de los movimientos “*new age*”, las actividades físicas orientadas a la salud han recuperado un cierto protagonismo en la sociedad, dirigiendo su enfoque al bienestar pero sin que exista una estructura jurídica que pueda cobijar una regulación adecuada para las mismas. Hecho que tal vez pueda deberse a que, en su origen, el ordenamiento jurídico deportivo se había construido y sustentado en los parámetros del rendimiento, la competición oficial y la nueva oportunidad que se ofrecía a los Estados de obtener un prestigio nacional e internacional a través de los logros deportivos, concibiendo una naturaleza pública y oficial para la competición y otorgando la representación necesaria para ello a sus deportistas.

El modelo jurídico seguido por nuestro país a partir de la Ley del deporte de 1980 y posteriormente con la Ley de 1992, acogen un sistema en el que la competición deportiva, calificada como oficial o federada, se erige en la competencia legal habilitante para elaborar el sistema jurídico del deporte. Y ello pese a que el artículo 43 de la C.E.

evidencia la posibilidad de que otras competencias públicas, como la salud o la educación, se presenten como ejes competenciales alternativos al de la competición, siendo constitucionalmente idóneas para conformar una regulación jurídica para el sector deportivo.

A la vista de la previsión competencial establecida en el artículo 148.19ª de la C.E. las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en materia de: «Promoción del deporte y de la adecuada utilización del ocio». Por su parte el artículo 149.1 C.E. señala que. «El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias...» relacionando hasta 32 apartados con competencias Estatales, sin que en ninguna de ellas aparezca el deporte. Ante esta regulación debemos escrutar en el ordenamiento jurídico las claves para afirmar qué Administración es competente en materia de deporte y a qué aspecto de la múltiple realidad deportiva debe esa Administración competente dirigir su intervención.

Como hemos podido comprobar la competencia estatal para regular la competición deportiva, en general, es muy débil. Es clara la competencia que ostentan directamente las federaciones deportivas españolas, así como las federaciones territoriales o autonómicas por imitación de la legislación estatal para «calificar y organizar, en su caso, las actividades y competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal», en virtud de lo establecido en el artículo 33.1.a) de la Ley del deporte. Y la presentación de esta función como una «función pública de carácter administrativo» en el artículo 3.a. del RD 1835/1991, sobre federaciones deportivas españolas y registro de asociaciones deportivas. Así como también es explícita la encomienda de que «además de sus propias atribuciones, ejercen por delegación funciones públicas de carácter administrativo, actuando como agentes colaboradores de la Administración Pública»; en el artículo 31.2 de la Ley 10/90 se presenta como la elaboración de una competencia pública y su posterior delegación a una entidad privada, que actúa como administración delegada, sin que se justifique previamente la vinculación entre la competición deportiva con el artículo 43.3 de la C.E. o se restrinja el uso de tales competencias cuando la competición alcanza el nivel profesional o se involucra con el ánimo de lucro propio del espectáculo deportivo.

Ante esta situación, la doctrina y la jurisprudencia han efectuado grandes esfuerzos para justificar la competencia Estatal en materia de deporte. El título habilitante utilizado ha sido el de la extraterritorialidad y la representación internacional de España, incluso la seguridad, lo que daba por sobrentendida la dimensión competitiva del deporte.

Autores como GRANADO HIJELMO han señalado que: *«El Estado ha reasumido las principales competencias en materia deportiva en una operación del subconsciente jurídico centralista que siente una especie de horror vacui ante cualquier desapropiación del poder estatal»*. Ante semejante situación emergen nuevos títulos competenciales para justificar la habilitación del Estado. En este sentido hay autores que acogen la tesis mantenida por BERMEJO VERA y consideran que *«la naturaleza inequívocamente competitiva del deporte y su fuerte componente cultural genera una extraterritorialidad que asegura la intervención del Estado...»*. Conforme a tal planteamiento, es perfectamente entendible una regulación del Estado que coordine la legislación autonómica, apelando la existencia de *«intereses generales del deporte en el ámbito nacional»* (ALLUÉ BUIZA, Cfr. GRANADO HIJELMO y BERMEJO VERA, 2004). Y dado que el deporte tiene un innegable dimensión internacional, la habilitación del Estado tiene una nueva causa en la que sustentarse. De este modo es como se ha elaborado una habilitación justificante para que le corresponda al Estado lo que el art. 149 de la CE, no le ha otorgado. Tesis que se ha venido enriqueciendo con nuevas materias cuya competencia estatal – como la salud de los deportistas o el orden público en los estadios – los ha hecho convertirse en títulos cuya invocación servía al Estado para justificar su competencia sobre lo deportivo, aunque sin privar de su competencia a las Comunidades Autónomas. Cuestión esta que consideró el Tribunal Constitucional en asuntos como la competencia en materia de federaciones españolas⁴⁵, existiendo una facilidad extraordinaria en justificar la necesidad de un nivel federativo estatal y una correlativa competencia del Estado en materia deportiva.

Pero a la luz de un concepto amplio de deporte, deberíamos determinar a cuál de

45 Sentencia TC 1/1986, de 10 de enero resolviendo un conflicto entre el Estado y Cataluña a raíz de un decreto sobre representaciones deportivas internacionales

sus múltiples aspectos debe dirigir su intervención el Estado y si la justificación competencial es global para todo el deporte en su acepción más amplia, o si debe venir referida solo a las manifestaciones competitivas. El artículo 43.3 CE, contiene un mandato dirigido a los poderes públicos referido al fomento de la educación física y el deporte que dice: «Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio». Siendo relevante el hecho de que el legislador constitucional ha elegido situar al deporte en un artículo donde se regula el derecho a la salud y en cuyo párrafo tercero el deporte queda involucrado con la educación sanitaria y la educación física. Por lo que la competencia en materia de deporte que ostentaría la Administración estatal o autonómica, debería ejercitarse desde el mandato del fomento. En este sentido lo interpreta CARRETERO LESTÓN (2010) quien cuestiona las exenciones y beneficios fiscales de las Administraciones Públicas a aquellas manifestaciones deportivas (profesionalismo/espectáculo) que, alejándose del mandato constitucional del artículo 43.3 evidencian aspiraciones u objetivos alejados de tales bienes jurídicos.⁴⁶

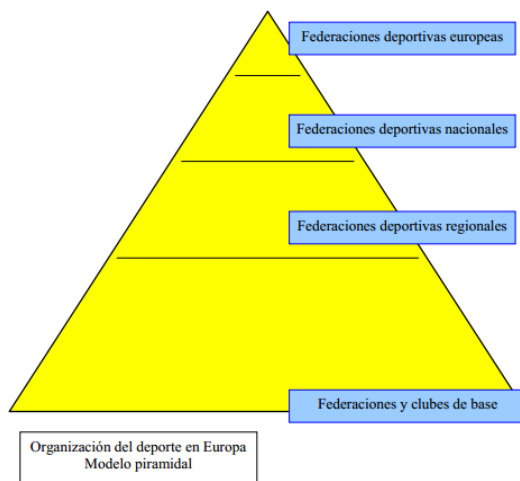
El legislador parece haber seguido en el preámbulo de la Ley 10/1990 un modelo que sigue el concepto europeo de deporte, siguiendo la Carta Europea del Deporte (SÁNCHEZ BAÑUELOS, 2001) y más relacionada con la idea de deporte para todos, con la salud y la condición aeróbica. Pero en el desarrollo normativo y posterior reglamentario ha manifestado claramente la asunción de una concepción americana del deporte, unida a conceptos como «la competición, el peligro y la estimulación vertiginosa» (SHEPARD, 1994).

La consecuencia será un modelo de corte piramidal, constituido a partir del modelo europeo fundamentado en un deporte base, integrado por deportistas adscritos a

46 En el mismo Iº Congreso de Derecho del Deporte Ciudad de Valencia, también en su ponencia LANDABEREA UNZUETA, J.A. señala que el bien jurídico de la salud del deportista es la justificación habilitante del Estado para legislar en materia de dopaje, por lo que la intervención debería extenderse a la vigilancia de la salud del deportista en competición no-oficial, en el deporte para todos o incluso en los gimnasios; ámbitos en los que también puede existir un consumo de sustancias nocivas para la salud del ciudadano.

los clubes locales, incluidos a su vez en federaciones regionales o territoriales que se adscriben a las federaciones nacionales, integradas en las federaciones europeas e internacionales

CUADRO N°6: MODELO EUROPEO DEL DEPORTE



Fuente: Modelo Europeo del Deporte. Comisión europea.

De este modo la configuración europea del deporte se ha venido efectuando a partir del asociacionismo privado de base federativa, relacionado con la competición deportiva, la representatividad territorial y el “compromiso con la identidad nacional”⁴⁷. Concepto este que fue inmediatamente secundado por el legislador estatal y también por los autonómicos.

Pese a la existencia de otros títulos constitucionalmente habilitantes para haber sustentado el desarrollo del edificio jurídico deportivo, parece que la competición oficial se ha erigido en la competencia “troncal”, pues de la misma ha derivado la necesidad de efectuar una compleja regulación legal que ha incluido a los siguientes ámbitos:

⁴⁷ En el documento de la Comisión Europea “Modelo de Deporte Europeo”, en el epígrafe 1.2.2. se cita: “El deporte representa a la identidad nacional o regional y las refuerza al hacer que las personas se sientan integradas en un grupo. Une a deportistas y espectadores y ofrece a éstos últimos la posibilidad de identificarse con su nación. El deporte contribuye a la estabilidad social y representa un símbolo de cultura e identidad”. Fuente: <http://www.eurored-deporte.net> consultada el 26/01/2015.

- a) El aspecto institucional de la competición: Consistente en la competencia para reconocer y autorizar la creación de Federaciones Españolas y otorgarles la condición de entidades colaboradoras de la Administración para todos los asuntos relativos a la competición oficial de su respectiva modalidad. Esta competencia supone el control asociativo: estatutos, reglamentos y régimen electoral. Y de la misma deriva la competencia del fomento, y el registro público del asociacionismo deportivo comprensivo de todos los clubes creados al amparo de las respectivas federaciones.

- b) La dimensión material de la competición: Consistente en la reserva de la calificación de las modalidades deportivas que sustentarán la posterior competición oficial. Competencia esta que habilitará posteriormente a la regulación de todas aquellas cuestiones que afecten a su existencia o resultado: la seguridad de los espectáculos y espectadores, el dopaje de los deportistas, la salud del deportista, la organización de competiciones, el deporte de élite y de base o la formación de los profesionales del deporte, entre otras.

- c) La infraestructura para la competición: Instalaciones y recintos deportivos constituyen el recurso material para la realización del deporte que, a su vez, exigirá la aparición de una Administración competente para la planificación, construcción, gestión e inspección de dichas instalaciones.

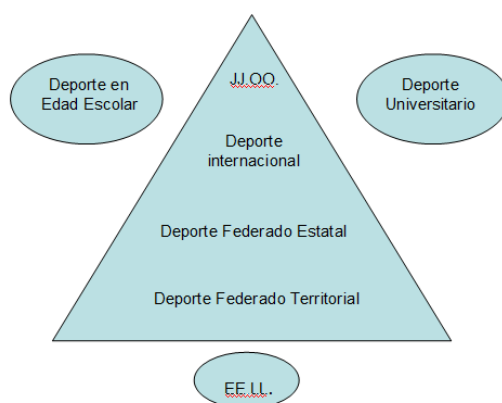
Esta visión no ha sido óbice para contemplar y regular otros aspectos y desarrollar otras competencias relacionadas con el deporte, pero que no han guiado el espíritu del legislador como cuestiones conceptuales de primer orden.

El modelo piramidal, completado con otras manifestaciones deportivas no federadas, ha sido utilizado por los teóricos que «han explicado el deporte durante años como la conjunción de los subsistemas adicionales que suponen el deporte escolar y

universitario, por un lado, y en los que la vinculación entre la práctica deportiva y la educativa se enlazan como una fórmula de conseguir la educación integral del ciudadano; y, por otro, la actividad física y deportiva que se puede desarrollar en el ámbito de las instalaciones públicas, señaladamente, las locales» (PALOMAR OLMEDA, 2011: 210).

Tales aportaciones pretenden ofrecer una explicación de la competencia de las Administraciones Públicas que no se encuentre justificada única y exclusivamente en la competición deportiva y en la que sea posible acoger otros ejes competenciales, de corte constitucional, como la educación o la salud.

CUADRO N°7: MODELO PIRAMIDAL DEL DEPORTE.



(Fuente: PALOMAR OLMEDA, 2011:121)

Entre las propuestas efectuadas por este autor para efectuar un cambio en el sistema deportivo español, se encuentra la necesaria apertura que permita una visión de conjunto de la totalidad de las manifestaciones deportivas y el conjunto de los proveedores de servicios deportivos. Señala el referido autor que: “*El interés social no se ubica ya en una forma definitiva ni excluyente en ninguno de los subsistemas...*”

Cabe plantearse en este punto el papel de las Administraciones Deportivas en esta materia. La respuesta es ciertamente, sencilla: proporcionar el armazón teórico y práctico suficiente para que la política deportiva sea adecuadamente incluida en el ámbito de la salud, sin intentar sustituir los mecanismos de esta en su plasmación final, coherente y organizada dentro del esquema de planificación del SNS, y en la propia ejecución que corresponderá, normalmente, a las Administraciones Territoriales correspondientes” (PALOMAR OLMEDA, 2011:122-125).

CAPITULO III.

**LA PELIGROSIDAD DE LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS
Y SU TRATAMIENTO LEGAL.**

1. Concepto de peligrosidad. La peligrosidad objetiva o intrínseca de las actividades deportivas.

Las prácticas deportivas surgieron como actividades de ocio o entretenimiento, orientadas a la recreación a sus practicantes, realizadas como actividades lúdicas y de esparcimiento. Bajo esta concepción recreativa el deportista excluye inicialmente la existencia de factores de riesgo que amenacen afectar a su seguridad y salud. En ocasiones estos factores suelen obviarse, cuando no eliminarse del plano teórico y rechazarse, bajo la premisa genérica e infundada de que el deporte es algo inocuo o incluso saludable. Sin embargo la exigencia y continua exposición físicas implícita en las mismas determinan la necesidad de limitar la actividad, sujetándola a ciertas reglas o procedimientos de actuación que, junto con el empleo de las técnicas adecuadas, procuran al mismo tiempo, salvaguardar la integridad física de los participantes y sujetar las realizaciones libres, favoreciendo la obtención del mejor resultado posible. En este sentido cada práctica deportiva será susceptible de una mayor o menor peligrosidad y derivará en una mayor o menor probabilidad de lesión.

La intervención del movimiento en una actividad es un primer factor de riesgo objetivo que sin embargo no está presente en algunos deportes como el ajedrez. La altura, la velocidad o la posibilidad de que exista el contacto físico, actúan también como factores objetivos de un riesgo genérico que será mayor en los deportes de combate basados en el sometimiento y control físico del adversario. A la presencia de tales factores objetivos generales del riesgo, pueden sumarse otros riesgos igualmente objetivos y propios de la modalidad o especialidad practicada, actuando todas estas circunstancias objetivas del riesgo, sean estas generales o bien particulares, como causas

eficientes de la denominada “violencia endógena” que sin embargo puede ser contenida o modulada por las reglas del juego. En este sentido CARRETERO LESTÓN considera que la prevención de la violencia y las lesiones que esta genera corresponde a las propias normas federativas que actuarían en la contención inicial de los factores de riesgo objetivo, sometiendo la praxis deportiva a un régimen federativo reglado, de tal manera que las conductas admitidas por la regla técnica constituyen un parámetro de licitud que bloquearía la aplicación del derecho penal, en lo relativo a las agresiones físicas, o civil en lo relativo a la responsabilidad por lesiones (CARRETERO LESTÓN,1989:53 y ss). De modo que podríamos considerar que un primer factor corrector y por tanto preventivo de la peligrosidad, en la mayoría de las prácticas deportivas, vendría constituido por su propia reglamentación interna.

Pero en ocasiones, ni la técnica más depurada ni las más exquisitas reglas o protocolos de práctica pueden impedir que las AFD afecten a la salud de los practicantes y se produzca una lesión. Es por este motivo que asumimos naturalmente que las actividades deportivas sean actividades de riesgo. Afirmación que se prodiga con la misma facilidad que aquella en cuya virtud afirmamos sus bondades y beneficios para la salud. De ambas premisas, la que desde un punto de vista político resulta asumida y difundida como estrategia promocional es la que hace coincidir al deporte con las actividades saludables. Pero jurídicamente resulta asumida aquella otra en cuya virtud se acepta que la práctica deportiva entraña riesgos objetivos para la salud que son asumidos voluntariamente por quienes lo practican. Circunstancia esta que en términos de responsabilidad, se ha traducido en una exoneración de la culpabilidad en las lesiones o daños causados entre los practicantes, siempre que estos se hayan producido durante la actividad y con sometimiento a sus normas o procedimientos, conforme a la teoría del riesgo aceptado.

Resulta evidente que la pesca fluvial o el ajedrez no exponen al practicante del mismo modo en que lo hacen el descenso por una pendiente de nieve o el boxeo. No podemos por tanto generalizar, señalando que la actividad deportiva es peligrosa *per se* y sería conveniente poder distinguir entre unas y otras y no solo desde un punto de vista meramente intuitivo o lógico, sino desde parámetros objetivos a partir de los que

podrían establecerse diferentes niveles de riesgo y peligrosidad que diferenciaran a unas actividades de otras. Baste en este punto recordar la exposición que hemos efectuado en el capítulo anterior y que relaciona la AFD con la salud, para otorgar un carácter no predeterminado a la misma. No obstante si bien este argumento es admisible desde un punto de vista meramente intelectual, desde el punto de vista legal precisa ser matizado puesto que el legislador ha partido de una premisa determinante, en cuya virtud las actividades deportivas son peligrosas y además llevarían implícito con un cierto nivel de violencia aceptada *ab initio* como algo consustancial a las mismas. Tal planteamiento podemos confirmarlo en dos ámbitos diferenciados, en primer lugar en la propia actividad deportiva y en segundo lugar en el entorno inmediato a la celebración de esta. Legislativamente la regulación del entorno peligroso, incluso violento, en que se producen las actividades deportivas encuentra su regulación en la Ley 19/2007 de prevención de la violencia, el racismo, la xenofobia y la intolerancia en el deporte, que trataremos más adelante al examinar la peligrosidad extrínseca de las actividades deportivas.

El reconocimiento del carácter intrínsecamente peligroso de las actividades deportivas se manifiesta sin ambages en la Ley Orgánica de Protección de la Salud del Deportista 3/2013 (LOPSD), cuyo artículo 1.2 extiende su aplicación a todo tipo de manifestación deportiva. Por lo que el objetivo protector que pretende responde a la necesidad de que los poderes públicos actúen respecto del deporte en su conjunto y asumiendo una peligrosidad general implícita en el mismo. De la lectura del artículo 3 de la LOPSD se deduce igualmente la necesidad de efectuar un conjunto de acciones protectoras por parte de los poderes públicos para conseguir que la práctica deportiva «se realice en las mejores condiciones para la salud de los deportistas, así como para que se prevengan las consecuencias perjudiciales que puedan provenir de la actividad deportiva, especialmente, en el deporte de alta competición». Lo que significa que se acepta explícitamente la existencia de peligrosidad objetiva en la práctica del deporte. Peligrosidad que se concreta para el deporte federado o de competición oficial en el artículo 46 al regular la necesidad de efectuar reconocimientos médicos previos como

condición o requisito para la obtención de la licencia federativa. Y alcanzándose la máxima intensidad o expresión del riesgo en el deporte de alto nivel y en el deporte profesional, tal y como se reconoce en los artículos 47 y 48.

Las revisiones médicas obligatorias previas a la obtención de la licencia federativa que regula el artículo 46 de la LOPSD se efectúan bajo el presupuesto de que está en peligro la salud del practicante, aceptando implícitamente la peligrosidad de la actividad. Sin embargo no existe un concepto legal de peligrosidad deportiva, o una relación de los factores objetivos que pudieran predeterminar su aparición, sino que más bien se acepta que existe un riesgo genérico e indeterminado por la mera práctica del deporte federado, esto es, por la mera posibilidad de que el deportista federado participe en la competición oficial.

Esta ausencia de una definición legal de peligrosidad o la omisión de los factores objetivos que puedan concurrir para determinar su presencia y graduar su intensidad, no se produce en otros ordenamientos jurídicos sectoriales, en los que el legislador sí que ha procedido a definir la peligrosidad asociada a ciertas actividades, así como los factores de riesgo objetivos que la determinan, definiendo de modo cierto e indubitado en qué consisten los riesgos o peligros que las mismas llevan asociadas. En tales ordenamientos, la posterior regulación legal de la peligrosidad queda sometida al principio de legalidad en su posterior desarrollo reglamentario. Así se ha producido por ejemplo, en materia de animales potencialmente peligrosos; materia regulada por ley 50/1999, de 23 de diciembre, sobre régimen jurídico de tenencia de animales potencialmente peligrosos y desarrollada mediante el Real Decreto 287/2002, modificado por el Real Decreto 157/2007, de 30 de noviembre y en el que se establece una definición precisa del tipo de animales que reciben tal calificación legal por sus características, relacionando incluso en una lista de su anexo I de las razas, cruces o factores que determinan la consideración legal de la peligrosidad en un animal y la aplicación de las cautelas establecidas por la norma que incluso exigen «disponer de capacidad física y aptitud psicológica para la tenencia de animales potencialmente peligrosos» (artículo 3.1.d) del RD287/2002); requiriendo de este modo una idoneidad cuya acreditación precisará de un reconocimiento médico previo y una posterior certificación de la aptitud del dueño de

animal potencialmente peligroso, regulada en el artículo 3.c) de la ley 50/1999.

También en materia de residuos peligrosos el artículo 3 de la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminantes, el legislador define que debemos entender por “residuo peligroso” definiendo y enumerando los distintos tipos y sus clases en el anexo III de la citada norma.

Por el contrario, la LOPSD 3/2013 no define en que consiste la peligrosidad en la práctica de los deportes, ni relaciona los distintos factores de los que esta depende y que permitirían graduar a las actividades deportivas en diferentes categorías por su riesgo implícito. Por lo que respecta al deporte federado, el artículo 46.3 se remite a un futuro desarrollo reglamentario que determinará las modalidades deportivas y el alcance de los reconocimientos médicos previos de naturaleza obligatoria que se impondrán a los deportistas en función de la intensidad de riesgo para cada modalidad concreta. Desarrollo reglamentario en el que el riesgo de exposición a la arbitrariedad en la fijación del contenido de tales reconocimientos y las posibles diferencias entre unos y otros en función de las modalidades existentes será muy elevada, al no existir una predeterminación legal de los factores de riesgo concurrentes en cada una de ellas.

Ante esta situación de indefinición legal cabría preguntarse si es posible obtener datos objetivos y contrastados respecto de la peligrosidad de las actividades deportivas y si es posible medir e identificar los factores de riesgo concurrentes que nos permitan establecer objetivamente una relación de aquellas prácticas que presentan una mayor peligrosidad.

El informe del programa de prevención de lesiones del Instituto Nacional de Consumo (INC), para la detección de accidentes domésticos y de ocio (Informe DADO) define de un modo genérico el accidente como:

“Un acontecimiento, independiente de la voluntad humana caracterizado por el efecto repentino de una fuerza externa, que puede alcanzar o no a una persona, y que origina que la persona tenga que solicitar posteriormente asistencia médica, independientemente del daño corporal o mental” (Informe

DADO 2007).

Según los datos ofrecidos en el este informe oficial, más de 1'7 millones de españoles sufrieron un accidente doméstico o de ocio en España durante 2011⁴⁸. El informe contempla “*todo accidente producido en el ámbito doméstico o acaecido durante el desarrollo de las actividades de ocio o deportivas y que haya necesitado cuidados sanitarios*”. Quedan por tanto excluidos del estudio los accidentes laborales, de tráfico, ferroviarios, marítimos o aéreos, los producidos por elementos naturales, los vinculados con enfermedades, violencia o autolesiones. Por tanto y a los efectos del referido informe, no se han considerado como accidentes los producidos sin resultado de lesión, al contrario de lo que ocurre en el ámbito laboral, donde se computan como *accidentes blancos* todos aquellos en los que el azar o las protecciones preventivas evitan la producción de un resultado lesivo, no obstante lo cual se computan como accidente a efectos estadísticos y con notables consecuencias prácticas en la acción preventiva.

En el apartado de los usos sanitarios se suelen diferenciar entre los usos hospitalarios, ambulatorios o de urgencias y se indica cuántos de estos usos o demandas de los servicios de salud tuvieron por causa una lesión o accidente derivado de la práctica deportiva. Dato este último no aparece en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), pero si en la de algunas CC.AA. Así el Servicio Valenciano de Salud en su encuesta 2011-12 y que fija en el 6'3% la tasa de accidentes que requirieron de la utilización de los servicios públicos de salud y que tuvieron su origen en una instalación deportiva. Dato este que supera incluso el porcentaje de lesiones o accidentes de tráfico o producidos en la calle o en carretera (5'5%)⁴⁹. Por su parte, el exhaustivo y detallado estudio elaborado en el País Vaco respecto de las lesiones no intencionadas, incluye datos respecto de las producidas en lugares de recreo o deporte y a las que asigna un 26'3% de las producidas,

⁴⁸Fuente <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/InformeResumenDado2007.pdf> consultada el 28/09/2014.

⁴⁹ Fuente: http://www.san.gva.es/documents/153218/167513/I_Plan_8escv00_01.pdf. Consultada el 16/09/2014.

en hombres y el 9'6% en mujeres⁵⁰.

El referido informe DADO, a diferencia de la ENS o las encuestas de salud autonómicas, sí que ofrece datos respecto de los accidentes (con lesión) producidos en actividades deportivas. La existencia de estos datos oficiales nos muestran la evidencia de la peligrosidad objetiva que tales actividades entrañan. En el conjunto de los accidentes domésticos y de ocio, el mayor porcentaje de accidentalidad recayó en el ámbito doméstico con un 54'5%, seguido del área del transporte con un 13'2% y en el ámbito del deporte con un 9'3%. La tendencia ha sido a la baja desde 1999 (16'7%) alcanzando un repunte en 2003 en que se alcanzaron valores del 19'6% sobre el total de accidentes estudiados. Junto a este dato debemos considerar el correspondiente a las actividades de juego y tiempo libre, que supone un 13'6% de la siniestralidad.

CUADRO N°8: EVOLUCIÓN DE LOS ACCIDENTES DEPORTIVOS EN ESPAÑA.

Accidentes haciendo deporte	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2007	2011
Total accidentes deportivos	16,7	11,2	12,1	12,8	19,6	12,5	12,6	11,5
Atletismo	6,7	5,4	4,5	4,5	7,1	8,4	5,7	9,3
Gimnasia	7,9	8,6	10,1	10,5	8,7	9,2	9,6	9,1
Deporte con raqueta o palo	3,4	3,4	6,9	6,2	7,6	8,1	4,3	3,8
Deporte de equipo con pelota	60,3	64,5	62,0	61,6	60,2	50,1	48,4	46,9
Deporte de combate	2,4	3,0	2,4	3,5	3,4	1,6	2,2	1,5
Deporte ruedas sin motor	4,6	3,6	3,6	2,1	0,8	9,3	13,5	15,9
Deporte con vehículo motorizado	5,1	0,0	0,3	0,4	0,1	0,3	1,0	0,1
Deporte con animales	0,6	0,7	0,3	0,9	0,7	0,5	1,1	0,7
Deporte de invierno	4,5	4,3	4,3	4,8	5,2	4,1	7,5	2,2
Acuáticos	2,1	3,8	3,6	3,6	4,7	3,9	4,2	4,6
Deporte con pelotas sólidas	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,9
Deportes aéreos	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
Deporte con armas	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1
Escalada	1,9	0,9	1,3	1,0	0,4	0,9	0,4	1,2
Deportes de baile	0,5	0,7	0,5	0,4	0,4	0,2	0,4	0,2
Deportes combinados	0,1	0,5	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3
Otros deportes	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	2,5	1,3	3,2
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: D.A.D.O. 1999- 2011.

⁵⁰ Fuente: <http://www.osakidetza.euskadi.net/>. Consultada el 17/09/2014.

El Informe DADO 2011 señala que la práctica de deportes en equipo con pelota, concentra casi la mitad de los accidentes deportivos registrados, alcanzando el 46'9%. Este porcentaje en años anteriores alcanzó el 60% y disminuyó en 2004 al 50'1% y en 2007 al 48'4%, por lo que se evidencia su tendencia a la baja respecto de años anteriores. A mayor distancia se encuentran los deportes de ruedas sin motor (patinaje, ciclismo) como segunda causa de accidentes, alcanzando el 15'9% respecto de la accidental deportiva total. El atletismo y la gimnasia con un 9'3%, obteniendo el resto de deportes estudiados valores muy residuales, como se muestra en la tabla adjunta.

Los datos ofrecidos resultan de notable interés para verificar cuales prácticas deportivas resultan ser objetivamente más peligrosas que otras, y por tanto desvelan donde deben dirigirse los esfuerzos preventivos o evidencian precisamente dónde se han dirigido tales esfuerzos. Pero adolece de una diferenciación entre los accidentes acaecidos en prácticas competitivas; en competición oficial o fuera de ella, en una práctica deportiva recreativa libre, o bien en una actividad no competitiva organizada, etc... Asimismo la accidentalidad en el apartado del "juego y actividad de tiempo libre" tampoco permite identificar a estos accidentes con los ocurridos en el ámbito del deporte recreativo o de la actividad física, ya que es admisible considerar que estos podrían constituir una subclase dentro de las actividades generales de ocio y contribuir parcialmente al resultado total que las mismas han obtenido.

La ausencia de parámetros unificados respecto de los índices de peligrosidad en AFD genera valoraciones de riesgo muy diferentes entre modalidades deportivas e incluso entre diferentes compañías aseguradoras. Atendiendo a los datos estadísticos oficiales que nos proporciona el informe DADO, las primas aseguradoras de los deportes colectivos de pelota deberían ser superiores a los deportes de combate, o los deportes de invierno. Pero de hecho si esta diferencia se tiene en consideración debe ceder ante la posibilidad de obtener un mayor volumen de contrataciones en aquellas modalidades en las que, pese a su mayor riesgo objetivo (estadístico) de siniestralidad, su enorme popularidad y por tanto mayor demanda, posibilitan un mayor volumen de contrataciones

que a su vez permitan asumir menores costes.

En el ámbito del aseguramiento privado de accidentes, la peligrosidad de una actividad parece venir determinada por la gravedad de las lesiones previsibles en cada una de las aseguradas, considerando el histórico de siniestralidad de un determinado riesgo. En este sentido, suele ser frecuente que las compañías aseguradoras excluyan de las pólizas tipo o *estándar*, la cobertura de los denominados *deportes de riesgo* cuya delimitación es un tanto ambigua y su siniestralidad no está específicamente recogida en las estadísticas oficiales. La calificación *deporte de riesgo*, parece guardar relación con la mayor probabilidad de sufrir un accidente grave o muy grave, lo que supondría que la aseguradora asuma un mayor riesgo aceptando el coste indemnizatorio. Las exclusiones por este concepto suelen reiterar una cláusula tipo que con escasas variantes entre las diferentes compañías aseguradoras, suele recoger un tenor literal como el siguiente:

*“Riesgos no asegurados:... “La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas y especialmente las siguientes: automovilismo, motociclismo, submarinismo, navegación del altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros) escalada, espeleología, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.”*⁵¹

Puede observarse la ambigüedad en la redacción de este tipo de cláusulas tanto por la definición del sujeto organizador al referirse a “organismos similares”, ya que no existen organizaciones similares a las federaciones deportivas cuyo régimen jurídico y competencias no tienen parangón en el asociacionismo deportivo español. Y por el hecho de que las actividades calificadas como notoriamente peligrosas lo son a título meramente enunciativo y no limitativo. Lo que en la práctica supone una posibilidad abierta para la exclusión de las coberturas correspondientes.

Podemos considerar que el ordenamiento jurídico ha establecido un tratamiento

⁵¹ Cláusula tipo de condiciones generales y especiales ACC-PERS-11, de un seguro de accidentes personales <http://www.bicimad.com/resources/docs/Seguro%20de%20Accidentes%20Personalespdf.-> Fuente consultada el 24/09/2014.

diferenciado para las prácticas deportivas en competición oficial de aquellas que cursan fuera de las mismas. Ofreciendo un aseguramiento específico para la primeras y uno genérico, con cargo a la Seguridad Social en las segundas. Asimismo, podemos apreciar que las prácticas deportivas que cursan con competición, fuera del sistema federado, son objeto de un tratamiento diferenciado al exigir la existencia de aseguramientos específicos de la actividad que las prácticas de naturaleza recreativa no tienen, así como las no competitivas.

Asimismo se verifica que los reglamentos deportivos tienden a sujetar la praxis deportiva impidiendo realizaciones libres que pongan en peligro la seguridad de los intervinientes. Y asimismo comprobamos la existencia de protecciones reglamentarias en muchos deportes que pretenden una protección eficaz ante acciones que objetivamente entrañan un mayor riesgo objetivo, como las equipaciones o protecciones reglamentarias del hockey, kendo, o las existentes entre los deportes de contacto o de combate. Por lo que entendemos que existiría una suerte de calificación indirecta de la peligrosidad de las prácticas deportivas tanto por la existencia de un aseguramiento específico de su actividad, como por la existencia de reglamentos o normativas de desarrollo que regulen su realización, incluyendo los equipos de protección, o la existencia de técnicas o procedimientos de ejecución que actúen como moderadores de una peligrosidad que, lejos de referirse a parámetros objetivos, regulan la peligrosidad por sus efectos más que por una previa calificación legal de la misma.

De todo ello podríamos deducir lógicamente que existen prácticas deportivas cuya peligrosidad objetiva es superior a otras. No obstante esta generalización, no resulta posible pormenorizar con detalle esta cuestión dado que la Administración Pública no ha previsto el estudio de aquellos datos de siniestralidad diferenciada que nos permitan obtener resultados concluyentes.

Sin duda en los casos de los denominados *deportes de riesgo*, el elevado coste de las indemnizaciones, pese a la baja siniestralidad reportada, ha debido condicionar las habituales limitaciones o exclusiones de aseguramiento, lo que hace suponer que las compañías aseguradoras siguen una política de aseguramiento del sector en función de sus propios datos estadísticos de siniestralidad por sectores. Datos que no suelen ser

publicados y que por tanto no pueden ser ofrecidos en el presente trabajo.

La tasa de peligrosidad de la actividad, referida al practicante, está directamente vinculada con el nivel o intensidad en que esta podría afectar a su integridad o salud. Los citados deportes de riesgo se caracterizan precisamente, por la elevada peligrosidad para la integridad física de aquellos que los practican. La concurrencia de ciertos factores propios de la actividad concreta que se efectúe, como los ya citados de la altura, velocidad, desequilibrio, la existencia o no de contacto físico, así como la duración de la actividad, actuarían como parámetros de peligrosidad objetiva de una actividad deportiva que determinarían que el paracaidismo o el esquí sean actividades objetivamente más peligrosas que otras. Mientras que los factores externos como la existencia de infraestructuras y equipamientos adecuados a la normativa de seguridad y salud, la aplicación o no a la actividad de reglamentos deportivos, la utilización de protecciones reglamentarias, la presencia de árbitros, la exacerbación de la territorialidad, la existencia de apuestas o la realización de la actividad como espectáculo de pública concurrencia, así como la presencia de personal cualificado para la dirección de la actividad incidirían como factores externos de la peligrosidad. La concurrencia de estos parámetros de peligrosidad exógena son factores que podrían afectar a la propia actividad incrementando su peligrosidad al favorecer la intensidad en el desempeño de la misma, incrementando las probabilidades de que concurran lesiones y accidentes tal y como analizaremos en el siguiente apartado.

2. La peligrosidad extrínseca de las actividades deportivas. Especial referencia al fenómeno de la violencia.

Hemos visto en el apartado anterior que el deporte puede manifestarse como una actividad objetivamente peligrosa por cuanto que la presencia de la actividad física en mayor o menor medida supone un riesgo implícito, aunque indeterminado, para la integridad o la salud de quien lo practica.

La existencia de competición es un factor de riesgo cuyo nivel dependerá del nivel de la propia competición. El máximo nivel competitivo exigirá siempre el mayor esfuerzo físico y mental para la obtención de los mejores resultados, por lo que el deporte profesional propiciará más ocasiones de que el deportista se lesione que cuando compiten unos amigos o escolares de un modo recreativo, aunque en el deporte profesional también concurre una prevención profesional de todos los riesgos que este implica. El factor competitivo y las distintas manifestaciones de su peligrosidad objetiva han sido entronizados por la LOPSD al establecer un nivel preventivo o básico, consistente en las revisiones médicas previas para la práctica del deporte federado y unos niveles de mayor prevención para el deporte de alto nivel y profesional.

Pero no solo podemos calificar el riesgo de una actividad deportiva por su propia actividad o el modo en que se ejecuta. También es posible calificar la peligrosidad por el entorno o circunstancias en que esta tiene lugar, pudiendo calificar una actividad deportiva por su posible peligrosidad social. Existen ciertos factores ante cuya presencia una actividad deportiva podría convertirse en socialmente peligrosa. Tal sería el caso de la ejecución de la actividad como espectáculo deportivo, incluso con la existencia de apuestas; o cuando la actividad lleva aparejada elementos como la autoafirmación de la identidad del grupo o la identificación territorial. En tales casos a la peligrosidad intrínseca de la actividad deportiva desarrollada, se une a la peligrosidad externa de modo que esta pueda quedar afectada desde el entorno en el que se realiza. Factores todos ellos que el legislador ha tomado en consideración para la calificación legal del “alto riesgo” para determinadas competiciones.

La violencia, en cuanto que expresión de la máxima peligrosidad, es un factor difícilmente predecible y habitualmente se ha considerado como un fenómeno relacionado con la seguridad del entorno deportivo más que con la salud del deportista. Sin embargo el avance de los estudios en el campo de la psicología del deporte no dejan lugar a dudas respecto de la enorme influencia que la presión del ambiente puede ejercer sobre la intensidad de la acción deportiva, su peligrosidad intrínseca, o sobre la actitud del deportista, ejerciendo una presión directa para ejecutar acciones antirreglamentarias, de mayor riesgo o que impliquen una valoración inadecuada del mismo. En estas

situaciones, el deportista se coloca en situación de una mayor vulnerabilidad a sufrir una lesión. Y se ha demostrado que el entorno puede tener un efecto directo no solo sobre la acción deportiva, sino sobre el propio deportista, convirtiéndose en un factor condicionante de la protección de su integridad física.

Autores como MILLAN GARRIDO o GAMERO CASADO diferencian entre la violencia propia de la actividad deportiva y que se origina entre los contendientes durante el juego o *endógena* y la violencia ad-extra que se desencadena en el recinto deportivo y especialmente por los espectadores, a la que denominan violencia *exógena*⁵². Ambas esferas de violencia interactúan estando comprobado que la agresividad entre los contendientes desata la del público y viceversa, pudiendo llegar a una espiral de violencia difícilmente controlable. También un importante sector doctrinal de la sociología y psicología (BAKKER y VAN DER BRUG), llega incluso a considerar que el deporte puede potenciar los impulsos agresivos de participantes y de espectadores, provocando un efecto multiplicador de la violencia e incluso impidiendo que el fenómeno de catarsis colectiva se desarrolle pacíficamente.⁵³ Pese a lo cual otros autores como GUTIERREZ han querido armonizar estas contradicciones de la ética deportiva, destacando el rechazo mayoritario de las conductas antideportivas y demostrando que la competitividad inherente en el deporte puede coexistir con el repudio de la violencia y las conductas antideportivas, para lo cual cita un estudio realizado por IRLINGUER (1993) quien acredita que a violencia es condenada por un 62'1% y la de los hinchas rechazada por el 85'3% (GUTIERREZ SANMARTIN, 1995: 77 y ss).

Podemos resumir los estudios más recientes que relacionan el factor ambiente con la producción de lesiones, conforme son relacionados por NAVLET SIERRA y que o bien asocian la siniestralidad deportiva a factores como la percepción del éxito, o bien a

⁵² Vid. Millán Garrido (Coord), *Régimen jurídico de la violencia en el deporte*, Bosch, Barcelona, 2006, en cuyas páginas 569-571 se incluye una completa relación de la bibliografía española sobre la materia

⁵³ El Presidente del Comité de Seguridad en los Deportes de Quebec, el juez R. BERNIER llega a afirmar que en algunos deportes como el hockey sobre hielo “*la violencia es aprobada y explícitamente fomentada entre los propietarios, los espectadores e incluso los medios de comunicación*” (en *El análisis jurídico de la violencia en el deporte*, Ilustre colegio de Abogados de Barcelona. Barcelona 1989, págs 4 y sigs)

otros factores como la sobre-motivación o la ansiedad competitiva (OLMEDILLA ZAFRA, *et al*, 2005), reforzando este último factor como determinante en la ocurrencia de las lesiones deportivas⁵⁴. En las últimas décadas los estudios publicados tratan de examinar las estrategias que utilizan los deportistas para manejar el estrés competitivo y regular su respuesta emocional. Se trata de nuevas líneas de investigación que *se dirigen precisamente al empleo de estrategias de afrontamiento que ayuden al deportista a gestionar adecuadamente las demandas internas y externas asociadas a la competición deportiva* (NAVLET SALVATIERRA, 2012). Autor este último que procede a identificar las estrategias que el deportista debe utilizar para eludir tales condicionantes y sustraerse de un entorno que pueda afectar tanto a su rendimiento deportivo como a su salud. Incluso se señala la utilidad de incorporar a los programas deportivos el entrenamiento en este tipo de destrezas psicológicas, ampliando de este modo el repertorio de competencias del deportista que favorezcan la mejora del rendimiento.

En caso de que la actividad deportiva curse con competición y presencia de espectadores, a la naturaleza potencialmente peligrosa del deporte se suman las circunstancias de un entorno que pueden favorecer y propiciar un incremento en la intensidad de la práctica, elevando de este modo su peligrosidad objetiva al aumentar las situaciones de estrés y, por ende, las probabilidades del accidente deportivo. Estas circunstancias externas o exógenas al propio hecho deportivo, también pueden llegar a entrañar un riesgo para el espectador. De tal modo que la peligrosidad objetiva de la actividad deportiva queda sometida a una suerte de fuerza centrípeta que contagia de riesgo al entorno en el que se desarrolla el deporte y hace que se retroalimente a sí misma. Es precisamente en este punto donde los poderes públicos han establecido las medidas correctoras necesarias para que la peligrosidad extrínseca no se convierta en una nueva causa de riesgo que ponga en peligro la integridad del espectador e introduzca, a su vez, nuevas circunstancias de riesgo para el propio deportista.

⁵⁴ Citándose en su estudio las aportaciones en este sentido más significativas: Oledilla, *et al*. Cfr Blackwell y McCullagh, 1990; Falkstein, 2000; Hanson, McCullagh y Tonymonn, 1992; Pascual y Aragués, 1998; Petrie, 1993; Aslan, Aslan y Alparslan, 2000; Goodrich, 2001; Kleinnert, 2002; Ye, 2002.

Existe por tanto una considerable unanimidad entre los expertos de diferentes campos del conocimiento en el hecho de que la peligrosidad del entorno (extrínseca) puede derivar en violencia efectiva (exógena), o bien en un clima que la pueda propiciar, contaminando la disposición del deportista y sometiéndolo a situaciones de mayor vulnerabilidad frente a las lesiones. El legislador al regular el fenómeno de la violencia ha establecido un entramado de normas que, de un modo directo o indirecto, protegen no solo al espectador sino al propio deportista y al deporte en su conjunto, pretendiendo que cuando la competición cursa como espectáculo esta se desarrolle sin afectar al orden público o a la salud. Sin embargo, el legislador ha partido de un presupuesto conceptual sin precedente: aceptar que el deporte en general es una actividad violenta *per se*. Tal afirmación la podemos encontrar en la exposición de motivos de la Ley 19/2007, de 11 de julio, Contra la Violencia, el Racismo, la Xenofobia y la Intolerancia en el Deporte. Explícitamente la norma señala que: *...Por ello, el deporte conlleva siempre y en diversa medida violencia en tanto que uso de la fuerza que se aplica sobre los elementos (tierra, agua y aire), bien sobre las personas que devienen adversarios en el ámbito deportivo.* Pero no solo el legislador establece un axioma, ciertamente cuestionable, en cuya virtud el deporte, todo deporte, es una actividad violenta, sino que afirma la necesidad de aceptar ese hecho regulando la intensidad del mismo. Así más adelante señala: *“... es el propio mundo del deporte el que, al establecer las reglas del mismo en cada modalidad, determina un nivel de violencia aceptable y cuándo esa aplicación de fuerza es inadmisibles por ser contraria a los reglamentos deportivos.”*

Solo más adelante la norma modera esta calificación absoluta respecto de la naturaleza del deporte, para aceptar que la violencia puede no ser un atributo innato, sino que puede ser alimentada por la actuación de los sujetos intervinientes cuando señala que: *La violencia en el deporte es, por lo demás, un aprendizaje que se inicia en las categorías inferiores incidiendo de manera directa en el proceso de educación infantil y juvenil.*

En el artículo 1.2 de la citada Ley queda perfectamente establecido que el ámbito objetivo de la Ley *está delimitado por las competiciones deportivas oficiales de ámbito*

estatal y, por tanto, el fenómeno de la violencia el racismo y la xenofobia que se regula se produciría exclusivamente en el ámbito de la competición oficial o federativa y más concretamente cuando esta cursa como espectáculo. De este modo nuevamente el preámbulo señala que: *... la violencia en el deporte es un elemento estrechamente relacionado con el espectáculo, por la propia atracción que genera el fenómeno de la violencia.* Pero no obstante esta perfecta delimitación a un ámbito de práctica deportiva exclusivamente profesional y que por supuesto no abarca el rico y variado universo de las actividades deportivas, el legislador insiste a lo largo de toda la norma, incluso en su propio título, en una identificación impropia entre el fenómeno de la violencia con todo el deporte en general, sin precisar a qué tipo de deporte se refiere. Hasta tal punto que la Ley 19/2007 reitera esta identificación entre deporte y violencia hasta en 147 ocasiones y el Real Decreto 203/2010, de 26 de febrero por el que se aprueba el Reglamento de prevención de la violencia, el racismo, la xenofobia y la intolerancia en el deporte, lo hace hasta en 99 ocasiones. Y dado que el legislador había acotado el objeto de la regulación exclusivamente al ámbito del deporte oficial y federado, solo se constata en muy contadas ocasiones que las referidas normas especializadas en la materia, se refieran a su objeto de un modo ajustado. Esta reiterada imprecisión de ambas normas en lo que se refiere al tratamiento de su objeto, no solo tiene como efecto la injustificada asimilación del fenómeno de la violencia a todo el deporte en su conjunto, sino también la inadecuada asimilación de todo el deporte con la competición oficial.

Podemos concluir que la peligrosidad extrínseca es fuente de riesgo en el deporte y que también frente a este hecho, el legislador se ha mostrado decidido a buscar la protección de la integridad, y por tanto de la salud, del deportista. Llegamos por tanto en esta sede a la misma conclusión que GAMERO CASADO (2005) cuando señalaba que: «El régimen jurídico de la prevención y lucha contra la violencia deportiva a lo largo de la historia ha servido para contribuir a la transformación de la lucha en juego y para preservar una serie de valores educativos que, precisamente por la erradicación de la violencia de que ha sido objeto, se asocian al desarrollo de la actividad físico deportiva, erigiéndola en una actividad de interés público sujeta a intensos poderes de

fiscalización».

Excluida en esta sede el estudio de las normas dirigidas a proporcionar la lógica protección del espectador, por supuesto respecto de otros espectadores del mismo espectáculo deportivo y del propio entrono, (la obligación de los organizadores de mantener la seguridad de los recintos deportivos, los controles de acceso, aforo, alcoholemia y drogas, el control de grupos de seguidores incluso hasta la separación física de estos, o el sometimiento de los espectadores a la grabación de su imagen o a la realización de registros personales, como ejemplo de algunos medios de control que prevé el Real Decreto 203/2010), nos centraremos en este apartado en el análisis de aquellos aspectos de la salud, o la integridad, que pretenden salvaguardarse cuando concurren supuestos de peligrosidad extrínseca a la práctica deportiva y que pueden trascender del entorno y afectar al propio deportista.

Los factores de riesgo de la conducta agresiva o violenta constituyen *variables predictoras* cuya concurrencia determinará la producción del resultado negativo, salvo la concurrencia de los denominados *factores de protección*, entre los que debemos considerar la existencia de una adecuada legislación en la materia. Es preciso señalar que no siendo un objeto del presente trabajo ahondar en un estudio exhaustivo de estas variables o circunstancias, sobradamente analizadas por diversos autores, no podemos menos que ofrecer una síntesis de aquellos que de algún modo han sido contemplados mayoritariamente por sociólogos, psicólogos del deporte y otros especialistas,⁵⁵ aportando una modesta visión esquemática del asunto que podemos condensar en dos factores que de algún modo han sido recogidos implícitamente por nuestra legislación vigente: la territorialidad y la frustración de expectativas.

⁵⁵ La conducta agresiva del deportista ha sido estudiada atendiendo a las posibles causas eficientes (variables predictoras) de la misma, entre otros, por VOLKAMER (1971), que consideró la frustración del jugador; VOIGT (1982) asociada con los deportes de contacto; WOLF (1961) relacionándola con la derrota; LEFEBRE Y PASSER (1974) como una estrategia de la propia competición; así como WIDEMEYER Y BRICH (1984); KINGSMORES (1970) por imitación o influjo de la conducta agresiva en otros; Smith (1974,1975) asociada al nivel socio-económico del deportista; FROGNER Y PILZ (1982) en cuanto a la incidencia de la edad en el aprendizaje de la conducta agresiva y en el mismo sentido PFISTER Y SABATATIER (1994).

El deporte competitivo, en especial de equipo, ofrece de un modo especialmente visible al espectador la escenificación de la confrontación, como arquetipo reduccionista del binomio bueno-malo, la oposición ritual del bien y el mal. Existe una búsqueda de lo que MAGUIRE denominaba “significado apasionante” del deporte (DUNNING, E. *cfr.* MAGUIRE:1992): “...*La búsqueda de la identidad, identificación, sentido y prestigio están entrelazadas en una trama compleja junto con la búsqueda de las emociones*”. El bien, lo bueno, se identifica con uno mismo, con lo propio, asociado al lugar de arraigado o de origen, a las señas de identidad territorial propias de un grupo, habitualmente relacionadas a una ciudad o nación. DUNNING señalaba que “*Las identidades personales y colectivas son más importantes en el deporte que en ninguna otra actividad de ocio*” (DUNNING, 1999:34). A esta referencia inicial y automática, visible en cualquier club y equipo de nuestra geografía, se asimilan posteriormente todas las señas de identidad concomitantes con la territorialidad como son los símbolos, los colores de una enseña o bandera, la música y los cánticos o lemas locales propios. Como podemos observar, todos estos elementos coinciden con la imagen intelectual de una formación militar que se dirige a la batalla, por lo que las connotaciones bélicas de los denominados “duelos históricos” está naturalmente servida y el riesgo de que exista violencia en un encuentro entre deportistas y sus respectivas aficiones, no requiere de mayor explicación. La exhibición de tales símbolos, emblemas o la entonación de los citados cánticos, son considerados por la Ley 19/2007 como actos que incitan a la violencia [artículo 2.1 b), c) y d)] cuando se producen en determinadas circunstancias. Y el legislador implícitamente señala que la violencia a la que se incita puede producirse tanto dentro como fuera del terreno de juego. Resulta evidente que dicho elemento externo a la propia actividad deportiva afectará al desarrollo de la misma pudiendo llegar a producirse una mutua influencia de modo que como se señaló anteriormente, el entorno afecte a la actividad deportiva, incluso como causa eficiente de lesiones. Respecto a esta decisiva influencia del ambiente BAYONA AZNAR dice de los seguidores “ultras” que “*De ellos depende el ambiente y el impulso que reciben los jugadores (que a su vez se dirigen a ellos para pedirles ánimo o para brindarles el gol); a ellos se atribuyen remontadas de los marcadores adversos que constituyen auténticas proezas; gracias a*

ellos el público no se limita a aplaudir o protestar esporádicamente las jugadas, sino que vive el enfrentamiento... ejercen tal hegemonía sobre el resto del público y los jugadores que fuerzan a los dirigentes de los clubes a contar con ellos”(BAYONA AZNAR, 2000: 3).

El segundo elemento que favorece la peligrosidad de la actividad deportiva, suele ser la frustración de las expectativas. Algo que afecta tanto al deportista como al espectador. Ambos están mentalizados y motivados para la victoria. Se ha escrito respecto de la proclamación anticipada de la victoria y la simultánea humillación del contrario, como una especie de “profecía autocumplida”. La confrontación deportiva se proyecta y planifica técnicamente como un proceso para alcanzar el triunfo y cualquier elemento que distorsione o impida esta visión apriorística y legítima de la victoria, suele ser una fuente de conflictos y de frustración. Pero también supone un nuevo riesgo para que la actividad se convierta en peligrosa para sus actores y espectadores. La supuesta trasgresión de una norma sin sanción se considera una derrota parcial e injusta. Y, por supuesto, la derrota definitiva, aun siendo justa puede ser mal aceptada y convertirse en la semilla de una nueva confrontación, incluso extra-deportiva.

En el dictamen de la comisión especial del Senado para la investigación de la violencia en los espectáculos deportivos, con especial referencia al fútbol, (1990:85) se establece que el primer factor desencadenante de la violencia en el fútbol son: *las decisiones arbitrales y las acciones de los jugadores, seguidas por grupo de espectadores o amplio sector público y por decisiones del juez de línea y actuación de un espectador; en baloncesto, aun cuando el primer lugar lo ocupen también las decisiones arbitrales y grupos de espectadores, al mismo nivel se sitúa la actuación de un jugador, seguido por la situación deportiva previa, de escasa relevancia en el fútbol.*

En esta misma línea se ha concluido que la frustración del espectador, cuando no presencia las expectativas esperadas, eleva el nivel de la agresión (GOLDSTEIN y ARMS, 1971). Por supuesto, el ideal del *fair play* y la imparcialidad de los árbitros y jueces deportivos, así como la estructura de órganos competentes de la disciplina

deportiva, deben ser elementos que eliminen, o al menos minoren, este factor de riesgo.

De este modo el artículo 18 de la Ley 19/2007 señala la necesidad de depurar las reglas del juego y sus criterios de aplicación por los jueces y árbitros deportivos “*a fin de limitar o reducir en lo posible aquellas determinaciones que puedan poner en riesgo la integridad física de los deportistas o incitar a la violencia...*”.

Finalmente y por paradójico que parezca, el propio riesgo objetivo e intrínseco que conlleva la actividad deportiva, se convierte es un riesgo igualmente objetivo pero externo a la misma. De algún modo podríamos afirmar que así como lo violento atrae a la violencia, lo peligroso atrae al peligro.

La fatalidad, de un modo absoluto, tanto referida al imaginario de una posible derrota como a la pérdida de la integridad del deportista al intentarlo, suele planear siempre en las actividades de competición; siendo más intensa cuanto mayor sea el reto competitivo propuesto. En dicho concepto debemos considerar que la propia derrota, aun la que es parcial o de un concreto lance del juego, es una manifestación de dicha fatalidad. Y sin duda el público premia la habilidad, la técnica, incluso el arte con que el deportista burla esta fatalidad en cada uno de los momentos, eludiendo el peligro y salvando los obstáculos que se presenten, incluso con riesgo de su propia integridad y superando el estándar de la condición física media con tal de alcanzar el resultado. Este tercer factor no hace referencia al peligro que supone la superación del reto, o a la posible frustración de no alcanzar la victoria, sino a la expectativa que crea el hecho de que, al intentarlo, el deportista salga indemne del mismo. Por supuesto el resultado afectará tanto dentro como fuera del terreno de juego y con el se generarán nuevas expectativas y frustraciones que seguirán alimentando el proceso.

En la competición deportiva el objetivo es el triunfo y este ideal máximo de la victoria se consigue cuando no solo el resultado es favorable sino cuando este ha sido obtenido salvando la integridad, incluso la vida, que el reto deportivo ha planteado. Aspecto este que resulta especialmente visible en los deportes denominados de alto riesgo

y que tal vez por este motivo gozan de una intensa repercusión mediática.⁵⁶ Es por esta razón que las cautelas del legislador se orientan a limitar o amortiguar en la medida de lo posible las situaciones de riesgo objetivo que cada práctica deportiva puede entrañar en los términos que ya han sido examinados.

Las manifestaciones deportivas del más alto nivel competitivo conllevarán el máximo nivel de riesgo físico o de exposición de la salud del deportista y supuestamente también conllevarán la máxima aplicación de medidas correctoras para evitar un resultado lesivo. Especialmente en los deportes competitivos de alto rendimiento y que cursan como espectáculo y en los que aparecen asociados otros intereses vinculados a la propia actividad, generalmente de naturaleza económica como las apuestas, la publicidad, o los derechos de imagen; pero también de naturaleza emocional como la territorialidad y los sentimientos de pertenencia al grupo. Del mismo modo, las realizaciones deportivas de menor trascendencia competitiva o bien menos exigentes, incluso aquellas de carácter recreativo o no competitivo, implicarán un menor nivel de riesgo para la salud, pues en estas manifestaciones se pierde o debilita el interés del espectador en su contemplación como espectáculo deportivo y por tanto, también disminuye la aparición de los intereses económicos y comerciales vinculados a la práctica, desapareciendo también la intervención emocional de los espectadores. La desaparición de todos estos factores de riesgo supondrían un menor riesgo objetivo para la integridad y la salud del deportista. En todo caso, el impacto que la actividad deportiva tenga en la salud del deportista será determinable en función de una serie de factores variables, entre los que debemos considerar la modalidad deportiva concreta que se realice, la intensidad u orientación de la práctica, así como de las condiciones del entorno. Por lo que aunque a los efectos del presente trabajo se hayan separado intelectualmente y analizado separadamente el

⁵⁶ En este sentido, ejemplos como el record de salto estratosférico en paracaídas de Félix Baumgartner con caída libre a 39.000 Km.; o los ascensos al legendario “ocho mil” Annapurna, como ejemplos del enorme tirón mediático e interés del público en general que suscitan tales gestas en las que se implica, de un modo considerable y directo, la integridad del deportista: Fuente: <http://www.elmundo.es/elmundodeporte/2012/12/15/masdeporte/1355560412.html>, (consultada el 20/04/2014)

diferente impacto que pueden tener en la salud del deportista los denominados riesgos objetivos internos, de los riesgos objetivos externos, juntos forman una realidad única en la que ambos factores se comunican e interactúan de un modo continuo y permanente.

3. El reconocimiento legal y jurisprudencial del deporte como actividad potencialmente peligrosa.

Prácticamente no existen sentencias relativas a reclamaciones de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones o accidentes ocurridos durante la práctica de los deportes. Existe una convicción generalizada acerca de que estas cuestiones deben resolverse en el ámbito deportivo y no en el judicial, de acuerdo con la idea ampliamente generalizada de que lo que sucede en el terreno de juego tiene sus propias reglas.

La teoría del riesgo aceptado o de la asunción del riesgo en el deporte, fue implantada en nuestro sistema por el Tribunal Supremo en la sentencia de 22/10/1992 y fue la primera en fijar una doctrina que fue seguida desde entonces por la mayoría de las sentencias del alto Tribunal y de las Audiencias Provinciales; y que implica que quienes practican un deporte y conocen sus reglas y su práctica normal, conocen también sus riesgos y asumen de modo voluntario tales riesgos implícitos (roturas de ligamentos, fracturas óseas, etc.), salvo que la conducta de los otros participantes pueda ser calificada como dolosa o culposa.

Para los deportistas profesionales y aquellos que en general participan en la competición, la aplicación de la teoría de la asunción del riesgo supone que cuando se acepta participar en una competición, se asumen los riesgos inherentes de la actividad. Y por tanto las lesiones o accidentes sufridos en la práctica no se reclaman judicialmente, pues el sistema deportivo ha articulado un tratamiento propio al margen de los tribunales de justicia. Excepto que se pruebe una clara imprudencia temeraria o una actuación notoriamente dolosa (VERDERA SERVER, 2003)⁵⁷. No resultando sencillo demostrar

⁵⁷ VERDERA sugiere que no existe un claro incentivo económico para el deportista profesional en el

que un deportista tuviese la intención de lesionar gravemente a su oponente. Es por este motivo que se habla de un cierto ámbito de impunidad respecto de los accidentes deportivos ocurridos a nivel profesional y federado, pues no solo queda excluida la intervención de la esfera penal (por delitos o faltas de daños), sino también la civil, constituyéndose en un sistema independiente que tiende a resolver por sí mismo estas cuestiones. Efectivamente los deportistas profesionales cuentan con un profundo conocimiento de las posibilidades de accidente que les acechan y por tanto conocen plenamente las mismas, cuales son riesgos normales y cuales extraordinarios. Por lo que para que prosperase una reclamación judicial de daños, la prueba debería dirigirse a la intencionalidad dolosa de quien realiza la acción y la correlativa exclusión de la teoría del riesgo aceptado por quien la padece.

Podemos considerar que en el deporte profesional y en el aficionado-federado, existe un pacto tácito convencional en cuya virtud las lesiones y accidentes ocurridos en la práctica deportiva, deben regirse por las propias normas de la actividad. Dicha convención implica que los sujetos acomodan los umbrales de la diligencia y cuidado a la *lex artis* o diligencia de un buen deportista. Pacto que como hemos dicho supone la asunción de un eventual riesgo y sus efectos.

Pero la citada sentencia del Tribunal Supremo de 22/10/1992 excluye la aplicación de la teoría de la asunción del riesgo a la actividad deportiva aficionada. De modo que se ha construido una doctrina por la cual quienes practican un deporte fuera de la competición oficial, con carácter no profesional, de modo recreativo o bien en el trascurso de la docencia o aprendizaje de un deporte, no asumen en principio que la actividad que desarrollen sea en sí misma peligrosa. De este modo el posible accidente o la lesión surgirán por la propia imprudencia, el caso fortuito, o bien porque el riesgo haya sido creado culposamente por un tercero, o por la existencia de un riesgo implícito o

hecho de reclamar judicialmente un daño o lesión puesto que ya tiene asegurado su tratamiento y además también tiene cubierto su salario con una ficha o nómina cuya cuantía sigue cobrando aunque no juegue; aunque habría que revisar este planteamiento ya que los pleitos por esta causa deberían tener como motivación la pérdida económica de primas por partidos dejados de jugar o de ganar, o la depreciación de la cotización de un jugador lesionado a la hora de negociar un futuro contrato.

potencial del que no han sido debidamente informados.

En cada tipo de actividad deportiva el practicante efectúa una valoración de los posibles riesgos que entraña su práctica. Asumiendo solo los que considera normales, o bien decidiendo el umbral de aceptación de estos en atención a la información facilitada por un tercero (por ejemplo en el turismo deportivo recreativo de riesgo, tales como el barranquismo, rafting, puenting, piragüismo, paseos a caballo o parapente, entre otros). Numerosas sentencias han puesto el acento en la necesidad de que el organizador de una actividad de riesgo, proporcione una adecuada información previa al deportista ocasional de turismo-deportivo en relación a los riesgos de la actividad, medidas de seguridad, manejo equipos adecuados e incluso una instrucción sumaria de las técnicas aplicables a la actividad. La acreditación de haber efectuado diligentemente este protocolo así como una conducta cuidadosamente atenta es la prueba que excluye la culpa de la que deriva la responsabilidad extracontractual.⁵⁸ De este modo por el consentimiento informado a los usuarios se acredita que estos practican de modo libre y voluntario una actividad organizada por quienes deben probar su cualificación para organizarla y dirigirla, así como haber indicado los riesgos implícitos de la misma y los requisitos físicos y psíquicos que se precisan para su práctica⁵⁹. Si pese a ello se produce una lesión o accidente solo cabe su imputación en caso de negligencia. Y esta reclamación tiene su

58 Entre otras y a título enunciativo las Sentencias siguientes: STS, 1ª de 23.3.1998 (Ar.2226) que confirma la SAT de Barcelona y condena por incumplimiento contractual a la estación de Baqueira Beret a pagar 92.507'78 € a un esquiador que se cayó en una pista helada, a consecuencia de lo que quedó parapléjico. La condena se basa en la falta de información proporcionada sobre el Estado de la pista. SASP Huesca Sección 1ª 192/204, 19.10.2004 (JUR 303035) en un accidente sufrido por una practicante de barranquismo, al efectuar un salto desde 8 metros con lesiones; desestima de responsabilidad de la empresa y el monitor indicando que se practicó voluntariamente un deporte de riesgo, bajo supervisión de monitores titulados, habiendo recibido información previa de la actividad y el riesgo que comportaba, sin obligarla a efectuar acciones arriesgadas, al ofrecérsele una vía alternativa antes de saltar, para bajar por otro camino.

La STS, 1ª, 17-10.2001 (Ar. 8639) En la que se resuelve respecto de la muerte de un practicante de rafting al caer de la embarcación en la que efectuaba el descenso del río, al señalar que aunque no pudiera probarse la existencia de consentimiento informado el fallecido no ignoraba todas las circunstancias expresadas pues no era la primera vez que hacía rafting.

59 Piñero Salguero, J. (2009) efectúa un análisis de la normativa de las Comunidades Autónomas que han ido regulando los deportes de aventura o de riesgo. Así, señala unas normas comunes a dichas regulaciones: Todas ellas requieren información por escrito dejando constancia de que se ha proporcionado dicha información a los usuarios Y el contenido de dicha información debe versar sobre el trayecto, material, requisitos físicos y psíquicos, riesgos, así como patologías que desaconsejen su práctica. Así los participantes asumen los riesgos de la actividad salvo negligencia del monitor o de la empresa organizadora.

cauce idóneo en la vía judicial de la responsabilidad civil extracontractual de un tercero; lo cual implicará necesariamente que se pruebe alguno de los extremos que fijó como requisitos la STS 14-4-1999⁶⁰:

–La creación de un riesgo o culpa activa del demandado.

–La no evitación de un riesgo previsible o minoración del producido, como expresión de la culpa omisiva; que se manifiesta mediante la culpa *in eligendo* o la culpa *in vigilando*.

Estableciendo el tribunal la teoría de la inversión de la carga de la prueba, en cuya virtud corresponde al demandado de responsabilidad extracontractual probar su diligencia en la evitación del daño.

No obstante lo anterior también en los deportes de recreación se ha ido incorporando la teoría de la asunción del riesgo, tanto en aquellos deportes donde se produce el riesgo de modo unilateral como el esquí o la equitación; como en deportes de riesgo bilateral, especialmente en el caso de los entrenamientos de artes marciales y los entrenamientos o prácticas efectuadas fuera de la competición oficial⁶¹.

60 STS de 14.4.1999, por la caída de una persona en sesiones de parapente, en la que se señala en el FJ1º que aunque la actividad es peligrosa por sí misma «al curso se accede voluntariamente, aceptando los riesgos del aprendizaje y práctica (consentimiento informado) y no hay nada en los autos que permita deducir que no le suministraron las enseñanzas suficientes para realizar los ejercicios de despegue del parapente en carrera sobre el suelo, ni de la enseñanza de pequeñas elevaciones para posarse después, maniobra en la que no se siguió las enseñanzas sobre tracción de poleas Al caso de autos no es de aplicar la doctrina de la creación del riesgo ni de la inversión de la carga de la prueba y no puede indiscriminadamente atribuir responsabilidad por hechos de los que razonadamente hay que tener por causa a la propia víctima».

61 Ver las SAP Sevilla, Sección 5ª, 17-1-2003 sobre las lesiones de un alumno federado de full-contact al efectuar un combate simulado con su profesor después de una clase y al margen de la actividad docente, recibiendo un fuerte golpe en la cara. El demandando debe asumir el riesgo de la lesión al participar en un combate en el que es posible recibir un golpe o una patada aunque no se realicen acciones antirreglamentarias. La SAP Vizcaya, Sección 4ª, 15-12-1999 desestimó la demanda de un alumno de kárate en combate con otro, ambos cinturón marón, siendo que el demandante perdió un ojo como consecuencia de una patada no esquivada. Señala la AP que el practicante de un deporte asume los riesgos del mismo y solo puede hacer responsable al causante cuando su conducta ha sido intencionada o se ha desentendido totalmente de las reglas del deporte. O la SAP Asturias, Sección 4ª, 15-12-1999, quien resuelve la demanda por una fractura de nariz entre dos alumnos de kickboxing federados, durante un entrenamiento vigilado por el monitor de la instalación deportiva. No considera responsabilidad de la agrupación deportiva, ni del monitor aunque sí parcialmente de la federación por no haber cubierto con el seguro al deportista que sí había pagado su licencia. La SAP de Jaén de 29.11.1994 respecto de las lesiones por la práctica de kung-fu en un gimnasio tras la clase y entre alumnos, que atribuye a la responsabilidad del gimnasio al permitir que después de la clase los alumnos permanecieran en el local practicando

Sin embargo no se acepta con carácter general la aplicación de la teoría de la asunción del riesgo para los espectadores quienes en ningún caso asumen el mismo como terceros ajenos a la actividad contemplada.

También es de destacar que los tribunales han separado el concepto de accidente causado en la práctica deportiva de aquellos producidos con ocasión de la docencia deportiva, inaplicado la teoría del riesgo aceptado en actividades de enseñanza por su diferencia respecto de la competición deportiva. Tal diferencia se produce porque aparece una relación de jerarquía que impone al docente la obligación de prever el daño y acentuar al máximo las precauciones y cautelas. En estos términos se pronunciaron, entre otras el Tribunal Supremo en la ST de 29/12/1984, referida a la muerte de un piragüista en la que se imputa al monitor una culpa con previsión; así como la SAP Málaga 677/1995, sección 4ª, 5.12.1995, en relación a las lesiones graves de una taekwondista por su propia profesora⁶².

ejercicios con o sin monitor siendo la obligación de los expertos el vigilar y controlar una actividad peligrosa, siendo aplicables las normas relativas a la responsabilidad extracontractual.

62 En la referida Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga 677/1995, sección 4ª, 5.12.1995. En las lesiones causadas por una profesora a una alumna cinturón naranja de Taekwondo, en el gimnasio «club Koryo» de Málaga, declara la responsabilidad de la profesora 4º Dan, al no imponer como exigencia, y dada la relación jerárquica, la utilización de las protecciones oportunas consistentes en colocación peto y casco a la alumna que lesionó, con una fractura de mandíbula que tardó en sanar 140 días Alumna que no debe asumir tal eventualidad al señalar que debemos descartar la aplicación de la teoría del riesgo mutuamente aceptado propio de las prácticas deportivas, pues estamos ante una actividad de enseñanza deportiva, que no ante una competición deportiva, lo cual varía ostensiblemente el marco de aplicación de las normas pues en las relaciones profesor-alumnos, el riesgo debe ser previsto y evitado en lo posible por el enseñante, quien no puede refugiarse en la inexperiencia del aprendiz, ya que su ignorancia y escasa destreza es inherente a su condición de educando.

Por su parte la STC de 29.12.1984, imputa al monitor una culpa con previsión, caracterizada por constituir la frontera no siempre fácilmente determinable entre la pura negligencia y el dolo eventual tanto civil como penal, hasta la simple omisión de cuidados, diligencias o cautelas propias de un normal padre de familia, sin olvidar tampoco las conductas asociales peculiares de quienes sobre la base de encontrarse en condiciones psíquicas idóneas para prever como posible la producción de un resultado dañoso, sus módulos psicológicos o acaso morales les conducen a eliminar mentalmente la posibilidad de su producción, o incluso a que les resulte indiferente que ello acontezca, razón por la cual se abstienen de adoptar las previsiones oportunas, conductas estas que bien merecen la calificación dada por un conocido jurista de «pecados de desamor» y en la que ha incidido el entrenador en cuestión.

CAPITULO IV

EL TRATAMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA REALIZACION DE LAS COMPETENCIAS PÚBLICAS EN MATERIA DE DEPORTE.

1. Análisis del derecho a la salud en las competencias Europeas en materia de deporte.

A partir de la firma por parte de los Estados miembros de la UE del tratado de Lisboa el 13 de diciembre de 2007 se considera que existe una competencia europea directa en materia de deporte. Antes de esa fecha, la ausencia de una competencia explícita en esta materia había obligado a la unión a utilizar otros ámbitos competenciales para justificar actuaciones en el ámbito deportivo. Al no ser posible la acción directa esta fue suplida por la intervención a través de otros ejes competenciales como el crecimiento económico; o bien, a través de la defensa de derechos protegidos en el espacio europeo como la libre circulación de ciudadanos o la salud pública. De este modo ámbitos inicialmente ajenos al deporte se convirtieron en aliados de este, al servir de soporte para la construcción del espacio social y económico europeo. Fenómeno este que es fácilmente comprensible, considerando que el deporte es una actividad generalizada en todos los Estados miembros y que incide de una manera múltiple en la sociedad.

En palabras del Presidente de la Comisión Europea con ocasión del discurso de la presentación de “Europa 2020”: *«Europa 2020 es la estrategia de crecimiento de la UE para la próxima década. En un mundo en transformación, queremos que la UE posea una economía inteligente, sostenible e integradora. Estas tres prioridades, que se refuerzan mutuamente, contribuirán a que la UE y sus Estados miembros generen altos niveles de empleo, productividad y cohesión social. Concretamente, la Unión ha establecido para 2020 cinco ambiciosos objetivos en materia de empleo, innovación,*

educación, integración social y clima/energía. En cada una de estas áreas, cada Estado miembro se ha fijado sus propios objetivos La estrategia se apoya en medidas concretas tanto de la Unión como de los Estados miembros» (BARROSO).

Como podemos comprobar el deporte no se encuentra en ninguno de los objetivos de Europa 2020 citados de un modo explícito, pero sin embargo está presente en todas las políticas de integración social, de educación y también de empleo que constituye cada una de las áreas estratégicas de la Europa 2020.

En el Tratado constitutivo de la Unión Europea se dio un importante impulso a la salud pública al introducir en su texto el artículo 152 (C 325/102. DOUE de 24.12.2002) vigente hasta el 1 de diciembre de 2009, fecha de entrada en vigor del Instrumento de Ratificación del Tratado por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, hecho en Lisboa el 13 de diciembre de 2007.

El artículo 152 establece que:

1. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

La acción de la Comunidad, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias.

La Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.

2. La Comunidad fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción.

Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1. La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación.

3. La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

4. El Consejo, con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 251 y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, contribuirá a la consecución de los objetivos del presente artículo adoptando:

a. Medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más estrictas;

b. Como excepción a lo dispuesto en el artículo 37, medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública;

c. Medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana, con exclusión de cualquier armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros.

El Consejo, por mayoría cualificada y a propuesta de la Comisión, podrá también adoptar recomendaciones para los fines establecidos en el presente artículo.

5. La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica. En particular, las medidas contempladas en la letra a) del apartado 4 no afectarán a las disposiciones nacionales en materia de donaciones o de uso médico de órganos y de sangre.

En diciembre del año 2000 en la declaración del Consejo Europeo sobre las características específicas del deporte y su función social en Europa, se reconoce el protagonismo del deporte en la sociedad moderna y la necesidad de tenerlo en cuenta a la hora de implementar políticas comunes (“Declaración de Niza”). En esta declaración ya se indicaba la responsabilidad de los Estados miembros y de las federaciones, al mismo tiempo que reconocía que, aunque en ese momento la UE carecía de competencias propias en materia deportiva debía “*tener en cuenta las funciones social, educativa y cultural del deporte, que conforman su especialidad, a fin de salvaguardar y promover la ética y la solidaridad necesarias para preservar su papel social*”. Reconociendo el papel que el deporte desempeña en la sociedad en cuestiones de salud, educación, e integración social y cultural.

En el año 2003 fue establecida la red europea sobre la nutrición y la actividad física, con el fin de aconsejar a la Comisión sobre el desarrollo de acciones comunitarias en el ámbito de la nutrición, la prevención de las enfermedades vinculadas a los regímenes alimentarios, la promoción de la actividad física y la lucha contra la obesidad.

En el año 2005 la preocupación de la Comisión por las altas tasas de obesidad en los países de la UE (hasta un 27 % de los hombres y un 38 % de las mujeres, incluidos más de 3 millones de niños)⁶³ y la consideración de que esta circunstancia era causa de enfermedades evitables y muertes prematuras en Europa, justificaron que la Comisión interpelase a los miembros respecto del modo de acometer los retos planteados, dando lugar a la aparición de denominado “Libro Verde”, de 8 de diciembre de 2005, para «Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas» [COM (2005) 637 final - no publicado en el Diario Oficial].

El Libro Verde invitó a las partes interesadas a presentar contribuciones sobre una amplia gama de temas relacionados con la nutrición y la actividad física. Las aportaciones del documento fueron poco ambiciosas en cuanto a las posibilidades de intervención pública en esta materia, pues se limitó a proponer como idóneas las políticas de transporte y urbanismo que promoviesen los desplazamientos a pie o en bicicleta y el uso de medios de transporte no motorizados como medio para contribuir a asegurar la integración de la actividad física en la rutina diaria la población. Por otro lado se señaló el importante papel de los profesionales de la salud por su posición estratégica y su útil contribución en las acciones pedagógicas, dirigidas a la población para que los pacientes comprendieran mejor la relación que existe entre el régimen alimentario, la actividad física y la salud y en cuanto que protagonistas de cambio en los hábitos de vida.

Sin duda se obvió el papel de otros agentes sociales (poderes públicos, federaciones deportivas, clubes) así como la posibilidad de incorporar otras acciones estratégicas desde la actuación pública, pero la importancia de este precedente se encuentra en que apuntó a una conexión conceptual entre la salud de la población europea

⁶³ Datos estadísticos que se incluyen en el Libro Verde.

y la actividad física desarrollada por esta, que se fortalecería en años sucesivos y que la Comisión iría enriqueciendo con acciones posteriores más decididas y enmarcadas en actuaciones más estructuradas y con estrategias más claramente orientadas a este propósito.

Es justamente con la presentación al Parlamento Europeo, al Comité de las Regiones y al Comité Económico y social Europeo del denominado “Libro Blanco sobre el deporte” [COM(2007) 391 final] que la UE comience a tratar las cuestiones relacionadas con el deporte de un modo global y con una clara orientación estratégica. Esta iniciativa organizó el tratamiento de la nueva estrategia en materia de deporte en tres ámbitos de actuación claramente diferenciados: la importancia del deporte en la sociedad, su dimensión económica y la organización del mismo en cuanto que esta pueda concernir a cuestiones tales como la libre competencia y mercado interior, libre circulación y nacionalidad, o protección de menores, entre otros aspectos.

Por lo que respecta a la primera línea de actuación, el aspecto social del deporte, es donde se incardinan las propuestas de mejora de la salud pública a través de la actividad física. Podría ser oportuno comentar que el “Libro Blanco”, establece una distinción semántica interesante diferenciando entre las cuestiones relativas a la salud de los deportistas profesionales, cuestión que relaciona con la actividad “deporte”, de aquellas otras actividades relativas a la salud de la población en general, para las que reserva la utilización de la expresión “actividad física”. De este modo señalaba la necesidad de mantener al deporte, libre de dopaje pues *debilita el principio de competencia leal, constituye un factor desalentador para el deporte en general y coloca al profesional en una presión excesiva*. Mientras que acoge la denominación “actividad física” cuando se refiere a las actividades que favorecen la salud ciudadana.

Esta diferenciación semántica, y tal vez conceptual, se mantiene y refuerza en el documento al incluir un concepto ciertamente novedoso, la “Actividad física beneficiosa para la salud” (AFBS, HEPA en inglés) atribuyendo al movimiento deportivo la condición agente en la consecución de la salud de la población y proclamando la necesidad de desarrollar esta “herramienta” a menudo infrautilizada. Apelando a las

recomendaciones de la OMS de realizar un mínimo de treinta minutos diarios de actividad física moderada en los adultos y de sesenta en los para los niños, anima a las autoridades públicas y privadas de los Estados miembros a alcanzar este objetivo.

La convicción y claridad con que el “Libro Blanco” reclama la necesidad de invertir la tendencia en la disminución de la actividad física, otorgando una significativa importancia en la adopción de medidas que la promuevan entre la población, es palmaria cuando señala que *“La falta de actividad física aumenta la incidencia del sobrepeso, la obesidad y una serie de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares o la diabetes que disminuyen la calidad de vida, ponen en riesgo la vida de las personas y constituyen una carga en los presupuestos sanitarios y la economía.”*

Las acciones que el “Libro Blanco” proponía en el ámbito de la mejora de la salud pública a través de la actividad física eran las siguientes:

- 1) La elaboración por parte de la Comisión de nuevas directrices sobre la actividad física de los Estados miembros antes de 2008.
- 2) Apoyar la constitución de una “Red Europea” sobre “Actividad física beneficiosa para la salud” AFBS para que actuara como piedra angular de las actividades relacionadas con el deporte y tratase de que tal prioridad se tuviera en cuenta de la manera más adecuada en los instrumentos financieros pertinentes, entre otros:
 - El séptimo programa marco de investigación y desarrollo tecnológico (estilo de vida y aspectos de salud).
 - El programa de salud pública 2007-2013.
 - Los programas sobre juventud y ciudadanía.
 - El programa de aprendizaje permanente.

Tales acciones serían implementadas o financiadas por la Comisión y constituirían el plan de acción denominado “Pierre de Coubertain”, que guiaría a la Comisión en sus actividades relacionadas con el deporte durante los años siguientes.

Con la firma del tratado de Lisboa (Diario Oficial de la Unión Europea, C 306, 17

de Diciembre de 2007) se introdujeron modificaciones en el Tratado de la Unión Europea y en el Tratado constitutivo de la Unión Europea. El artículo 2 inserta un nuevo título referido a las categorías y ámbitos de competencias de la unión, creando los nuevos artículos 2A al 2E y señalando en este último que:

La Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros. Los ámbitos de estas acciones serán, en su finalidad europea:

- *a) la protección y mejora de la salud humana;*
- *b) la industria;*
- *c) la cultura;*
- *d) el turismo;*
- *e) la educación, la formación profesional, la juventud y el deporte;*
- *f) la protección civil;*
- *g) la cooperación administrativa.»*

El tratado de Lisboa supuso la consolidación definitiva de los precedentes anteriormente citados en los que la UE había venido conectando las AFBS con la salud pública. Pero esta nueva competencia no vino sola sino que se materializó junto a otras competencias, entre las que también se encontraba la mejora de la salud humana y su protección. Así se estableció la posibilidad de apoyar, coordinar y complementar las acciones del ámbito del deporte y de que se actuase para desarrollar la dimensión europea del deporte (artículo 165 del TFUE). El Tratado produjo por tanto modificaciones en el Tratado de la Unión Europea y en el Tratado constitutivo de la Unión Europea.

En el año 2008 y con el fin de impulsar a los ciudadanos de todas las edades a ser más activos en su vida diaria, la Comisión desarrolló unas directrices para la promoción de la actividad física. La “Guía de Actividades Físicas de la UE” (EU Physical Activity Guidelines)⁶⁴, fue aprobada por los ministros de deporte de la unión y proporcionaron hasta cuarenta y una recomendaciones concretas dirigidas a los principales responsables políticos de los Estados miembros; aunque su grado de aplicación varía de uno a otro Estado, tal y como se recoge en el documento “Table on the implementation of de Guidelines”⁶⁵. Los ministros responsables del deporte en la UE respaldaron informalmente las citadas directrices, en las que se indicaba cómo utilizar las políticas y prácticas locales, nacionales y de la propia UE para ayudar a los ciudadanos a mantenerse físicamente activos en su vida diaria. De modo tal que varios Estados miembros utilizaron tales directrices como punto de partida de sus iniciativas políticas nacionales.

En 2011 con casi todas las acciones contempladas en el plan de acción “Pierre de Coubertain” estaban concluidas o bien en ejecución. Y la Comisión abrió una consulta pública en Europa, especialmente a través de Estados miembros y agentes clave del mundo del deporte (Foro Europeo del Deporte y grupo de expertos independiente). En las consultas efectuadas se apreció un elevado nivel de coincidencia respecto de aquellos asuntos que debían ser prioritarios en la agenda política europea para el deporte, entre los que figuraba en primer lugar la actividad física saludable, junto a la lucha contra el dopaje, la educación, la formación, el voluntariado y las organizaciones deportivas no lucrativas, la integración social en el deporte, la igualdad entre el hombre y la mujer, la financiación sostenible del deporte base y la buena gobernanza. El sector deportivo no gubernamental, planteó como prioritarios otros asuntos, entre los que no figuraba la dimensión social del deporte ni el fomento de las AFBS como factor preponderante de las políticas de salud pública. Sin embargo, y pese a esta no coincidencia, la Comisión sí que consideró las estrategias de mejora de la salud a través del deporte e incluyó con esta misma denominación un apartado (2.4). Del documento elaborado por la Comisión, se

⁶⁴ <http://www.femede.es/popup.php?/OtrosDocumentos/ActividadFisicaSalud>

⁶⁵ La OMS publicó posteriormente en 2010 un manual de recomendaciones mundiales sobre actividad física. Ver en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf?ua=1, consultada el 1/06/2014.

dio traslado al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, en relación al “Desarrollo de la dimensión europea del deporte” adoptando la forma de “Comunicación” [COM(2011)12 final].

En este documento se señala que la actividad física que *“es uno de los principales determinantes de la salud en la sociedad moderna y puede contribuir en gran medida a reducir el sobrepeso y la obesidad y a prevenir algunas enfermedades graves”*. Y acaba calificando a la actividad física como *“un elemento fundamental de todo planteamiento de política pública”*. Asimismo se indica que *“La relación entre la salud y la actividad física es tan estrecha que el aumento del ejercicio físico constituye una parte esencial del Libro Blanco de 2007”*.

Tras la aprobación del tratado de Lisboa y considerando la necesidad de apoyar y coordinar a los Estados miembros en el desarrollo de los contenidos del Libro Blanco del Deporte⁶⁶ el Consejo, mediante Resolución 2011/ C 162/ 01 aprobó el “Plan de Trabajo Europeo para el Deporte, para 2011-2014” (PTED)⁶⁷ en el que se establecía *“El desarrollo de la dimensión europea del deporte, mediante el desarrollo de un Plan de Trabajo Europeo”*. Dicho Plan detallaba las acciones en el periodo comprendido entre 2011-2014 y que debían poner en marcha los Estados miembros

Con el fin de desarrollar la dimensión europea del deporte el Consejo aprobó el primer plan de trabajo de la UE a tres años, que detallaba las acciones que debían poner en marcha los Estados miembros y la Comisión, e identificaba tres prioridades que irán acompañadas de acciones durante el periodo 2011-2014:

- 1) La integridad del deporte, en particular la lucha contra el dopaje y el amaño de partidos.

⁶⁶ Fuente del documento: <http://www.planamasd.es/sites/default/files/recursos/libro-blanco-sobre-el-deporte-de-la-ue.pdf>

⁶⁷ Plan de Trabajo Europeo para el deporte 2011-2014,. Fuente: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/;jsessionid=8QhnTFKHhgG5G3KW9SxKcXLccZJPxxv6XR5dcFMrqKrJlGtVkc10!1132357182?uri=CELEX:42011Y0601\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/;jsessionid=8QhnTFKHhgG5G3KW9SxKcXLccZJPxxv6XR5dcFMrqKrJlGtVkc10!1132357182?uri=CELEX:42011Y0601(01))

- 2) Los valores sociales del deporte, en especial la salud, la integración social, la educación y el voluntariado.
- 3) Los aspectos económicos del deporte, en particular la financiación sostenible del deporte popular y una actuación basada en datos probados. En este sentido, se establecen dos acciones:

De las citadas prioridades de los Estados miembros y por lo que se refiere a la presente investigación, parece pertinente referirnos a la salud “como valor social del deporte”. Cabe destacar que el tratamiento de la salud ciudadana se efectúa desde el ámbito de la promoción (apartado 2.1), claramente diferenciado del ámbito de la represión propio de la lucha contra el dopaje y que se corresponde con la protección de la salud del deportista profesional, tratado sistemáticamente por el documento en un apartado diferenciado (2.2). Introduciendo por tanto, a la ya citada diferenciación lingüística entre “deporte” y “actividad física”, una nueva diferenciación entre “salud del deportista” y “salud pública” relacionado esta última con la AFBS y el deporte para todos. En este sentido, al señalar la Comisión las acciones concretas de los Estados miembros para que se materializase esta prioridad, señalaba que la exploración de las vías para fomentar la salud se realizase *“aumentando la actividad física y la participación en el deporte popular”*.

La aplicación del citado plan se encargó a un grupo de expertos creado por la Comisión y a los países de la UE en diferentes ámbitos de actuación, esto es, la salud en relación a la lucha contra el dopaje, la buena gobernanza en el deporte, educación y formación en el deporte, participación, estadísticas deportivas y financiación sostenible del deporte.

El 24 de enero de 2014 la Comisión informó al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones respecto de la aplicación del citado plan de trabajo [COM (2014) 22 final].

El informe, una vez evaluada la ejecución del plan de trabajo 2011-2014, presenta un elenco de diez acciones como base de otro nuevo plan de trabajo, aplicable a partir de mediados de 2014.

De entre las acciones propuestas destacaremos tres de ellas, por tener una íntima conexión con el objeto del presente trabajo y por representar todas ellas un significativo avance en la idea de que un adecuado fomento salud pública debe apoyarse en acciones de fomento de la actividad física tal y como a continuación se relacionan:

- Presentar un conjunto de recomendaciones sobre la lucha contra el dopaje en el deporte recreativo que pueda aplicarse tanto a escala de la UE como nacional.
- Proseguir la inclusión de cualificaciones relacionadas con el deporte en los Marcos Nacionales de Cualificaciones (MNC) con referencia al Marco Europeo de Cualificaciones (MEC).
- Explorar vías para fomentar la salud aumentando la actividad física y la participación en el deporte popular.

1.1. La lucha contra el dopaje.

No podemos ignorar las acciones específicas que la UE ha emprendido en la lucha contra el dopaje en el deporte competitivo, tendentes a la protección de la salud de los deportistas de élite y con permanentes contribuciones a la revisión del código AMA. No obstante, este ámbito de protección no alcanza ni realiza aportación alguna a favor de la salud general de los ciudadanos que practican deporte y que dirigen su actividad al deporte no competitivo, siendo este un ámbito de actuación totalmente diferenciado y en el que la UE aún no había intervenido.

El citado informe del plan de trabajo 2011-2014 presentaba un punto de inflexión y un notable cambio conceptual en las políticas de la UE en materia de dopaje y también en la propia concepción del deporte, al aceptar que el ámbito de protección de la salud en el deporte solo puede estar completo si se considera también a los ciudadanos de la UE que practican deporte no competitivo de un modo organizado o dirigido, ampliando de este modo el campo de actuación de la protección de la salud, a lo que el Libro Blanco identificaba en 2007 como “actividades físicas” y que ahora se denomina sin ambages como “deporte recreativo”; introduciendo una calificación que se vincula con un concepto más amplio de deporte, en consonancia con la misma concepción amplia que ya se consideraba en el artículo 2 de la Carta Europea del Deporte para Todos (1975) y que globalizaba el fenómeno deportivo y lo calificaba como una realidad plural y no excluyente, ni circunscrita en exclusiva al deporte de competición⁶⁸.

Para esta primera acción, el informe reporta que el Consejo votó ampliar el mandato del grupo de expertos “antidopaje” a fin de “*recopilar, inclusive mediante la cooperación con las partes implicadas pertinentes, las mejores prácticas en la lucha contra el dopaje en el deporte recreativo en los Estados miembros de la UE por ejemplo, en relación con la prevención, la prevención [sic], el control y medidas afines...*” y sobre esta base presentar, antes de 2013, un conjunto de recomendaciones sobre la lucha del dopaje en el deporte recreativo y que pudiera aplicarse tanto a escala de la UE como nacional.

El informe de la Comisión cita el documento denominado “Conclusiones del Consejo y los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del consejo el 10 de mayo de 2012, sobre la lucha contra el dopaje en el deporte recreativo”⁶⁹ (publicadas en el DOUE de 15/6/2012. C 169/9). El documento consideraba el dopaje en el deporte recreativo y sus entornos, como los gimnasios, como un problema importante en todo el territorio de la UE y que no sólo pone en peligro a la

⁶⁸ Recordemos que en el citado artículo 2, se señalaba que a los fines de la Carta “Se entenderá por deporte todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles”.

⁶⁹ Dopaje recreativo: <http://eur-lex.europa.eu> Fuente consultada el 1/06/2014.

salud de las personas y a su entorno inmediato, sino que perjudica a la integridad del deporte recreativo, señalando que suele estar asociado con prácticas delictivas y afecta en particular a los jóvenes. Pese a reconocer que no se dispone de conocimientos suficientes sobre la magnitud o extensión del dopaje en el deporte recreativo, considera que debe ser un complemento al esfuerzo realizado a la lucha contra el dopaje en el deporte de élite y una garantía de un entorno limpio y seguro en todos los niveles de práctica deportiva. Se fijan las causas de este tipo de dopaje, en la búsqueda de motivaciones vinculadas a la mejora del aspecto físico, el aumento en la confianza en uno mismo, o la experimentación de Estados eufóricos producidos por las sustancias consumidas. Y concluye realizando una doble invitación a la Comisión Europea: por un lado que se emprendiera un estudio recopilatorio de toda la información sobre el consumo de sustancias dopantes en el deporte recreativo en los Estados miembros de la UE. Y por otro, que la Comisión fomentara y apoyara el intercambio de buenas prácticas en la lucha contra el dopaje recreativo, fomentara campañas transnacionales de sensibilización o la difusión de proyectos y sus resultados; proponiendo a título de ejemplo que el intercambio de las citadas buenas prácticas podría guardar relación con los siguientes aspectos:

- *educación, información y sensibilización pública.*
- *control de sustancias dopantes en el deporte recreativo.*
- *tratamiento y recuperación del consumo ilícito de sustancias dopantes en el entorno del deporte recreativo.*
- *etiquetado y control del contenido de los suplementos nutricionales para evitar la ingesta involuntaria de sustancias dopantes*
- *medidas legislativas que ya se hayan mostrado eficaces a la hora de abordar el dopaje en los deportes recreativos en cada uno de los Estados miembros de la UE.*

1.2. El marco europeo de las cualificaciones profesionales

El desarrollo del marco europeo de cualificaciones profesionales comenzó en

2002 como respuesta a las peticiones de los Estados miembros, interlocutores sociales y otros interesados en la necesidad de una referencia común para dotar de transparencia al sistema de cualificaciones. En ese año se produjo una declaración de los Ministros Europeos de Educación y Formación Profesionales y la Comisión Europea, reunidos en Copenhague los días 29 y 30 de noviembre de 2002, sobre una cooperación europea reforzada en materia de educación y formación profesionales – «La Declaración de Copenhague» (no publicada en el Diario Oficial). Este acto dio origen al denominado “Proceso Copenhague” que tiene por objeto mejorar los resultados, la calidad y el atractivo de la educación y formación profesionales por medio de una mejor cooperación a escala europea. El proceso estaba basado en prioridades mutuamente acordadas que se revisarían cada dos años. Así a la declaración inicial de 2002 siguieron sucesivas declaraciones bianuales sobre las futuras prioridades de una cooperación europea reforzada en materia de educación y formación profesionales (EFP). En el año 2004 con el comunicado de Maastrich, a la que siguió en 2006 el comunicado de Helsinki, en 2008 con el comunicado de Burdeos y finalmente en 2010 con el comunicado de Brujas. En todos los comunicados la preocupación manifestada por los Estados era la necesidad de crear un marco europeo para la formación y cualificaciones de los profesionales, su financiación y puesta al servicio de un mercado común de servicios que debía ser muy receptivo y flexible.

El denominado “Proceso Copenhague” puso en marcha la estrategia Europea sobre cooperación reforzada en materia de educación y formación profesional. Como continuidad de sus planteamientos y propuestas y una vez facilitada una revisión general del proceso por el “Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional” (CEDEFOP), tuvo lugar la reunión de Ministros Europeos de Educación y Formación Profesional, interlocutores sociales y la Comisión Europea, el 7 de diciembre de 2010 en la ciudad de Brujas, con objeto de revisar las prioridades y el planteamiento estratégico del «Proceso Copenhague». De dicha reunión surgió el ya citado comunicado de Brujas⁷⁰

⁷⁰ http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/vocational_training/ef0018_eshtm. Fuente consultada el 5/06/2014.

en el que, entre otras consideraciones, se señalaba que *“El sistema de cualificaciones profesionales pretende el reconocimiento y validación del aprendizaje no formal e informal, respaldados, cuando proceda, por marcos nacionales de cualificaciones. Estos procedimientos deben centrarse en conocimientos, destrezas y competencias, con independencia del contexto en que se hayan adquirido...Además deben tenerse más en cuenta los conocimientos, las destrezas y las competencias que no desemboquen necesariamente en cualificaciones formales completas.”* A lo que el documento añade que, a este respecto también es importante una estrecha colaboración con otros ámbitos de actuación entre los que considera el deporte junto a la cultura, los asuntos sociales o juventud.

En los años 2004 y 2006 los informes conjuntos del Consejo y de la Comisión sobre la ejecución del programa de trabajo “Educación y Formación 2010” también incidieron en la necesidad de desarrollar un Marco Europeo de Cualificaciones.

En el año 2008 la Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de abril, relativa a la creación del MEC para el aprendizaje permanente (2008/C 111/01/CE) establecía en su considerando nº 12 que se debía contribuir *“...a la consecución de objetivos más amplios tales como la promoción del aprendizaje permanente y la mejora de la capacidad de empleo, la movilidad y la integración social de los trabajadores y las personas en proceso de aprendizaje.”*

La Resolución del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, relativa a un plan de trabajo europeo para el deporte 2011-2014 (2011/C 162/01) resalta la importancia que debe otorgarse a la correspondencia entre las cualificaciones nacionales y las normas internacionales de cualificación de las federaciones deportivas internacionales. El grupo de expertos «Educación y Formación en el deporte» presentó en otoño de 2013 un amplio informe concluyendo que *“el proceso de inclusión de las cualificaciones relacionadas con el deporte en los MNC está en curso y que la inclusión en los MNC de las cualificaciones relacionadas con el deporte obtenidas en el sistema educativo de las organizaciones deportivas nacionales había planteado problemas importantes a nivel nacional.”*

Pero es el informe de la Comisión sobre la “Aplicación del Plan de Trabajo Europeo para el Deporte para 2011-2014” [Bruselas 24/01/2014. COM (2014) 22 final]⁷¹ el documento que concluye en un proceso de inclusión de las cualificaciones profesionales relacionadas con el deporte en los marcos nacionales de cualificaciones (MNC) y su puesta en marcha aunque con problemas a nivel nacional debido a la adecuada correspondencia entre estas cualificaciones nacionales y las normas internacionales de cualificación de las federaciones, proponiendo la creación de un “Espacio Europeo de las Aptitudes y las Cualificaciones”.

Asimismo la UE ha verificado la necesidad de relacionar esta cuestión con la dimensión social del deporte; relacionando los denominados Marcos Nacionales de Cualificaciones (MNC) con el Marco Europeo de Cualificaciones (MEC o EQF, en inglés: *European Qualifications Framework*).

La acción de la UE en materia de cualificaciones profesionales tiende a propiciar la regulación por parte de los Estados miembros de itinerarios formales en la obtención de títulos oficiales para el ejercicio de las profesiones del deporte, complementados con itinerarios de reconocimiento de los conocimientos, competencias y destrezas adquiridas en ámbitos no formales (formación por la experiencia) y que deberán llevar a cabo según los patrones fijados por el MEC.

Este ámbito de promoción debería tener una enorme trascendencia para una correcta y adecuada protección de la salud de los deportistas, pues el reconocimiento de las competencias profesionales de quienes prestan los servicios deportivos, se muestra como una garantía objetiva en la protección de la salud de los usuarios del deporte. Pero es de advertir que el objetivo de la protección o promoción de la salud no está relacionado con esta acción en absoluto. Las instituciones Europeas han fijado como objetivos del MEC el propiciar una mejor adaptabilidad a la demanda laboral y mejora de la movilidad de los profesionales en el ámbito europeo, para lo que resulta imprescindible el reconocimiento oficial del aprendizaje no formal. En este sentido el «Comunicado de Brujas» señalaba la existencia de un doble objetivo de la educación y formación profesionales: “*contribuir a las posibilidades de empleo y crecimiento económico, por un*

⁷¹ <http://programasue.info/documentos/2013-COM-022.pdf>. Fuente consultada el 1/06/2014.

lado, y de responder a las necesidades sociales más amplias, especialmente en el fomento de la cohesión social.”

Documentos de los que resulta que el objetivo establecido por la UE para el MEC, no era precisamente el de la protección de la salud de los deportistas, o en general, la de los usuarios de servicios deportivos. No obstante lo cual debe ser considerada la notable importancia que tiene el marco europeo de las cualificaciones profesionales en el tratamiento de este tema, por cuanto que el futuro desarrollo que los Estados miembros hagan del mismo en sus respectivos MNC, puede coadyuvar de un modo determinante al logro de otros objetivos como la protección de la salud, inicialmente no previstos en Europa y que implícitamente pueden quedar así protegidos.

1.3. La exploración de las vías para fomentar la salud, aumentando la actividad física y la participación en el deporte popular

Por lo que se refiere a esta tercera acción la Carta Blanca para la Salud (2007) ya establecía un enfoque en el que la UE proponía la utilización estrategia de la dieta y el ejercicio físico como elementos coadyuvantes de la salud de la población europea [COM(2007) 630 final].

Asimismo existe un nuevo factor que ha contribuido significativamente a la conexión entre el deporte y la salud. Se trata de las políticas emprendidas para favorecer un envejecimiento activo de la población, así como la necesidad de acometer de un modo eficiente y sin un aumento del gasto sanitario el problema del progresivo envejecimiento de la población europea. La UE es concedora de los profundos cambios sociales que están trasformando a la sociedad, siendo el envejecimiento de la población un fenómeno gradual que supone un auténtico desafío. La edad media de la población en Europa pasó de 37'5 años en 1992 a 41'5 en 2012 y podría alcanzar los 52'3 años en 2050. Previéndose que la población con 65 o más años se duplicará en la UE entre 1990 a 2050. Y reconociendo la enorme influencia que el envejecimiento tendrá en la sociedad y la

economía europeas⁷²

A la vista de estos datos el Consejo elaboró unas conclusiones el 27 de noviembre de 2012, respecto del “Envejecimiento sano a lo largo del ciclo vital” (DOUE C396/8 de 21.12.2012)⁷³, recordando que uno de los objetivos de la estrategia “Europa 2020” era precisamente alcanzar un crecimiento inteligente, sostenible e integrador; subrayando la necesidad de *repensar la estructura de los servicios para un sector sanitario más eficiente y sostenible fomentado por una sociedad más adaptada a las personas mayores*. El Consejo, invitaba en este documento a la Comisión a que se mejorara el uso por los Estados miembros de las orientaciones de la UE en materia de actividad física, recogidas en las conclusiones de la Presidencia de la reunión del Consejo de ministros del Deporte de la UE, celebrada informalmente en noviembre de 2008. Y por otro lado invitaba a que se siguiera con la *“aplicación de la estrategia sanitaria⁷⁴ y de su objetivo de fomento de la buena salud en una Europa que envejece y que apliquen un planteamiento intersectorial que incluya a los sectores social y sanitario, con el apoyo del Grupo “Salud Pública” a nivel de los altos funcionarios y en cooperación con el Comité de Protección Social.”*

Una de las aportaciones más interesantes del documento es sin duda un planteamiento intersectorial entre deporte y salud, en la línea ya iniciada por las conclusiones antes referidas del Consejo 2012 en relación al envejecimiento saludable.

La recomendación del Consejo a la Comisión es la de *“trabajar en políticas intersectoriales en materia de AFBS, impulsando un planteamiento intersectorial que englobe ámbitos políticos como el deporte, la salud, la educación, el medio ambiente y el transporte, tal y como se describe en las Directrices de actividad física de la UE y con arreglo a las especificaciones nacionales”*.

De un modo más específico el Parlamento Europeo, en su Resolución de 2 de

⁷² Datos obrantes en la Comunicación de la Comisión comunicó al Parlamento Europeo, Consejo, Comité Económico y Social y Comité de las Regiones, en el «Balance de Estrategia Europa 2020 [COM (2014) 130 final] para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador».

⁷³ Fuente: http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/council_ccl_2012_c396-02_espdf . Consultada el 30/05/2014.

⁷⁴ Fuente: http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_en.htm. Consultada el 30/05/2014.

febrero de 2012 sobre la dimensión europea del deporte [2011/2087 (INI)], en el apartado 6º recomienda a la Comisión a que *“fomente la práctica deportiva entre personas de edad avanzada, porque permite fomentar la interacción social y facilita un nivel elevado de buena salud”*. Sin perjuicio de que dicha recomendación se extendiera seguidamente para la práctica del deporte a todas las edades al calificar el *“gran potencial para aumentar el nivel general de salud de los europeos y pide, por tanto, a la UE y a los Estados miembros que faciliten la participación en el deporte y promuevan un estilo de vida saludable, aprovechando plenamente las oportunidades del deporte, reduciendo así el gasto en salud”*.

También la Recomendación del Consejo de 26 de noviembre de 2013, “AFBS en distintos sectores” (DOUE C345/1 de 4.12.2013)⁷⁵, en el que se recomienda que las políticas de envejecimiento activo se dirijan al fomento de las AFBS y no solo para el segmento de población de la tercera edad. Y el anteriormente citado informe de la Comisión de 2014 (Bruselas 24/01/2014) en el que se evidencia que la UE siempre ha unido el concepto de la actividad física y el de la salud al efectuar en el punto 2.8 (Acción 8) un recordatorio de las acciones estratégicas emprendidas en el marco europeo en este sentido.

En el programa Estadístico Europeo 2013-2017 se han incluido nuevas disposiciones para elaborar estadísticas sobre la actividad física. La encuesta Eurobarómetro sobre el deporte y la actividad física, encargada por la Comisión y cuyos resultados fueron hechos públicos en marzo de 2014, revelaba que el 59% de los ciudadanos de la UE no hacen ejercicio ni practicaban deporte alguno nunca o casi nunca, frente a un 41% que declaraba una frecuencia mínima de una vez por semana.⁷⁶ El resultado del Euro-barómetro fue comentado en sus conclusiones por la Comisaria Europea responsable del deporte, Androulla Valliliou quien declaró que: *“Los resultados del Eurobarómetro conforman que hace falta aplicar medidas que animen a las personas a hacer del deporte y la actividad física una parte integrante de su vida cotidiana. Esto no solo es esencial en relación la salud, el bienestar y la integración de la persona, sino*

⁷⁵ Fuente: <http://www.naosaesan.msssi.gob.es>. Consultada el 30/05/2014.

⁷⁶ Fuente: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-300_eshtm. Consultada el 13/06/2014.

también por los importantes costes económicos que conlleva la falta de actividad física. La Comisión se ha comprometido a apoyar a los Estados miembros en sus esfuerzos por animar a la población a llevar una vida físicamente más activa. Vamos a aplicar la recientemente aprobada Recomendación del Consejo sobre la promoción de la actividad física beneficiosa para la salud y a seguir avanzando con los planes para una Semana Europea del Deporte. El nuevo programa Erasmus+ también va a proporcionar financiación, por primera vez, para las iniciativas transnacionales encaminadas a promover el deporte y la actividad física”.

El creciente interés por la dimensión Europea del deporte, quedará plasmado en una nueva resolución del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo el 21 de mayo de 2014, para establecer el denominado “Plan de trabajo de la Unión Europea para el deporte 2014-2017” (214/C 183/03; DOUE de 14.6.2014). Estamos por tanto ante el segundo plan de trabajo de la UE en relación a esta materia. El primero de ellos, como ya vimos, fue aprobado mediante Resolución del Consejo Resolución 2011/ C 162/ 01 para el periodo 2011-2014; y este segundo plan, ha sido establecido para el periodo 2014-2017.

El documento recuerda en su introducción que: “*la competencia atribuida a la Unión Europea, en particular los artículos 6 y 165 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, según los cuales el deporte es un ámbito en el que la actuación a escala de la UE, debe apoyar, coordinar y complementar las acciones de los Estados miembros*” (apartado 1.1). Y se decide a impulsar en mayor medida la dimensión europea del deporte mediante el establecimiento de este nuevo plan de trabajo. Un plan en el que se conviene crear cinco “grupos de expertos”, nombrados por los Estados miembros y que se ocuparán de las siguientes cuestiones: amaño de los partidos, gobernanza, dimensión económica, AFBS y desarrollo de recursos humanos en el mundo del deporte. Remitiéndose al anexo de la Resolución para concretar los principios de la composición el funcionamiento del grupo de expertos; entre los que destaca la preparación de recomendaciones sobre el fomento de la educación física en las escuelas «incluidas las habilidades motrices en la primera infancia y la creación de interacciones provechosas

con el sector del deporte, los organismos locales y el sector privado». Tareas encomendadas para el primer semestre de 2015. Así como la coordinación de la aplicación de Recomendación del Consejo en materia de AFBS, para el segundo semestre de 2016.

Esta Resolución del Consejo invita a los Estados miembros, a la Comisión y a las presidencias, a fomentar un mejor conocimiento de la contribución del deporte a los intereses generales de la estrategia Europa 2020, valorando los efectos positivos que el potencial que este sector puede tener entre ámbitos como la salud pública y el envejecimiento activo.

Sin embargo una de las aportaciones que a nuestro juicio se presentan como más relevantes de la estrategia de la UE para el ejercicio de sus competencias en materia de deporte y que además pretende determinar el modo en que el Consejo y los Estados miembros deben tratar este eje competencial, viene de la mano de las “Conclusiones del Consejo de Europa sobre la nutrición y la actividad física” (DOUE 8/07/2014. C 213/1)⁷⁷.

La aportación de este documento no solo se refiere a la construcción del binomio nutrición-actividad física como elementos de lucha contra la enfermedad de la obesidad, sino muy especialmente porque la UE introduce un nuevo interés en la competencia del deporte, consistente en la consideración económica que produce el gasto sanitario a los Estados miembros y que tiene su origen en el sedentarismo de la población y en las múltiples enfermedades con que este hábito no saludable se manifiesta. El Consejo reconoce que: “...*existe una carga económica que llega al 7% de los presupuestos sanitarios anuales de la UE que se deriva de enfermedades asociadas a la obesidad, a lo que se suman otros costes resultantes de la pérdida de productividad por motivos de salud y muertes prematuras*” (observación nº 13, párrafo 2º). La óptica transversal con que el documento contempla la competencia Europea del deporte es trascendental cuando se reconoce de un modo explícito que “*es menester abordar los problemas nutricionales*

⁷⁷ Véase la cita que aparece de este documento del Consejo en el epígrafe “deporte y salud”, en el que se reconoce la importancia de la actividad física en la lucha contra la obesidad; a la que considera como una de las enfermedades de proporciones epidémicas y que alcanza a más de la mitad de la población de la UE, con arreglo a la clasificación de la OMS

y de la actividad física de manera integrada, e incorporados horizontalmente al orden del día de las formaciones pertenecientes al Consejo” (reconocimiento nº 20). Y, especialmente cuando una estas estrategias al logro de los objetivos establecidos en “Europa 2020”, al señalar que: “La inversión en salud, el fomento de la buena salud y el mantenimiento de la actividad durante más tiempo pueden contribuir a mejorar la productividad y la competitividad, y al logro de los objetivos establecidos en la Estrategia Europa 2020” (reconocimiento nº 15). Llegando incluso a invitar a los Estados miembros a apoyar y facultar a los profesionales sanitarios para: “dispensar asesoramiento preventivo y atención a los ciudadanos en materia de... actividades físicas saludables” (invitación nº38); así como a acometer “medidas intersectoriales y de integración horizontal de la promoción de una dieta saludable y de la actividad física en todas las políticas para hacer frente a la creciente incidencia de ENT” (invitación nº 39). Cuestión esta que se concreta igualmente con una nueva invitación, en este caso a la Comisión, para que “siga aportando apoyo y coordinación al marco actual de la política de nutrición y actividad física, por medio del grupo de alto nivel sobre nutrición y actividad física y la plataforma de acción de la UE sobre alimentación, actividad física y salud...” (Invitación nº 49).

A la vista de los documentos relacionados parece no quedar duda alguna respecto de la orientación de la dimensión social del deporte al ámbito de la salud de la ciudadanía, a la contención del gasto sanitario Europeo y a la contribución con esto a las políticas de sostenimiento económico, competitividad e implementación de las estrategias Europeas 2020, así como la consolidación de esta tendencia. De este modo la promoción del deporte ha dejado de contemplar en exclusiva la enorme trascendencia económica del fenómeno deportivo como actividad transnacional de mercado, como espectáculo de masas o como manifestación de la territorialidad y de relación pacífica entre los pueblos; contemplando su valor social y más concretamente, su capacidad para actuar como factor determinante de la salud de la población.

Con el tratado de Lisboa la UE ha ido configurando la competencia en materia de

deporte como una actividad protectora y promotora de variados intereses y derechos dignos de tutela y por tanto como una competencia multifactorial, en la que los diferentes elementos que la conforman pueden estar interrelacionados.

El gasto público en materia de deporte empieza a considerar no solo la enorme actividad económica derivada de las actividades de ocio masivo y el esfuerzo público en inversiones, recomendando a los Estados miembros la orientación de las políticas deportivas a conseguir un deseable retorno de ese esfuerzo inversor, de modo que sean capaces de generar un ahorro en el gasto sanitario y social y un crecimiento en el bienestar de la ciudadanía.

El reconocimiento europeo del valor social contenido en la formulación del deporte para todos y la decidida apuesta por las AFBS, son dimensiones que completan la realidad del deporte como un fenómeno social y supera la limitada consideración de sus aspectos mercantiles o como espectáculo mediático antes citada. Este hecho no deja lugar a dudas respecto de la formulación por parte de la UE de un concepto muy amplio de deporte y que enriquece la visión limitada que ofrece la competición deportiva y sus vicisitudes. A esta consideración global del deporte se han incorporado las aportaciones que posibilitan que esta actividad universaliza pueda actuar como coadyuvante en la resolución de los serios problemas que aquejan a la población europea: el sedentarismo y los hábitos de vida poco saludables; mostrando cómo esta nueva dimensión social puede intervenir positivamente en las políticas que favorezcan el envejecimiento activo de la población y mejoren la salud de la ciudadanía, ayudando de este modo a la disminución del gasto público sanitario.

Sin duda una progresiva configuración del deporte como derecho ciudadano debe llevar inexorablemente a condicionar las políticas de los Estados miembros de la UE a un tratamiento más amplio de este derecho y su relación con otros derechos fundamentales, en especial los derechos a la educación y la salud. Y consecuentemente, a emprender políticas de promoción y protección en las que el deporte sea un eje de transversalidad, cuyo tratamiento revierta significativamente en otros ámbitos competenciales.

2. Análisis del derecho a la salud en las competencias estatales en materia de deporte.

Podemos verificar el modo en que el Estado español ha previsto el tratamiento del derecho a la salud en el ordenamiento deportivo mediante la comprobación de los diferentes tipos de actuación pública existentes y los momentos en que esta se realiza. La construcción jurisprudencial que han venido realizando los tribunales de justicia internacionales respecto del derecho a la salud, han venido perfilando la necesaria intervención de una serie de acciones públicas cuya concurrencia determinaría la plena satisfacción del referido derecho, mediante la adecuada concurrencia de acciones protectoras o asistenciales, acciones preventivas y también acciones promocionales o de fomento. Como ya se analizó en los apartados anteriores no puede existir un contenido jurídico idéntico, universal y exportable del derecho a la protección de la salud, en su vertiente objetiva o colectiva en todos los ordenamientos jurídicos, por cuanto el nivel de riqueza de un país y la limitación de sus propios recursos, pueden condicionar las prioridades en la acción o intervención pública. Y dicha capacidad determinará a su vez la forma en que sería posible la máxima realización de este derecho.

Aplicado al ordenamiento deportivo este mismo esquema que apela a los diferentes tipos de intervención que realizan las Administraciones en materia de salud pública, podemos comprobar el nivel de concreción con que el legislador español ha tratado este derecho en la normativa deportiva estatal. Con este fin debemos considerar los siguientes tipos de intervención pública en la salvaguarda del derecho subjetivo a la salud de quienes practican actividades físico-deportivas: por un lado, las acciones preventivas de la salud; de otro las acciones protectoras o asistenciales; y finalmente las acciones de fomento o promoción de la salud.

A su vez en cada uno de estos tipos de intervención pública, debemos diferenciar cómo se producen, en qué tipo de actividad deportiva y con qué intensidad se dan, en orden a comprobar la tipología de las acciones públicas en materia de salud, en cada una de las manifestaciones de la AFD.

2.1. Las acciones preventivas en materia de salud del deportista en la legislación deportiva estatal.

Pese a que las normas deportivas estatales no contienen una definición o un concepto relativo a las acciones preventivas en el deporte, atendiendo a la definición de la OMS (Ginebra 1984) que aparece recogida en el glosario del Anexo II, podemos considerar por analogía que constituirán acciones enmarcadas en este tipo de intervenciones públicas, a todo tipo de medidas tendentes no solo a evitar lesiones y accidentes en la práctica deportiva sino aquellas tendentes a la reducción de los denominados factores de riesgo, deteniendo su avance y atenuando sus consecuencias.

La directiva 89/391/CEE del Consejo de Europa, de 12 de junio de 1999, relativa a la aplicación de las medidas para promover la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, en su artículo 3.d) define como prevención: “*el conjunto de disposiciones o de medidas adoptadas o previstas en todas las fases de la actividad de la empresa, con el fin de evitar o de disminuir los riesgos profesionales*”. Definición que nos invita a considerar un contenido jurídico de la prevención vinculado necesariamente con las actividades de evitación o disminución del daño previsible.

El contenido jurídico de las acciones preventivas de la salud que pueden adoptar los responsables de una actividad susceptible de generar un riesgo para la salud son difíciles de establecer, por cuanto dependerá del tipo de actividad y del riesgo que esta lleve implícito. En todo caso, contamos con un referente en nuestro ordenamiento jurídico constituido precisamente por el desarrollo de las actividades preventivas en el entorno laboral, cuyo desarrollo conceptual y legal ha llegado a su máxima expresión y que bien pueden ser utilizadas, al menos como un referente intelectual, para efectuar una delimitación previa del concepto. En este sentido el artículo 4 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales (LPRL) establece como definición de prevención el “*conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de la actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo*”.

También en la doctrina laboral resulta una cuestión pacífica el establecer una clara

diferenciación entre las acciones de prevención y las de protección. Así para GONZALEZ DIAZ, la ejecución de ambas actuaciones perfectamente diferenciadas corresponde a un orden predeterminado. Así primeramente se realiza una actividad dirigida a la prevención y, en segundo lugar, cuando a pesar de ello se ponga de manifiesto la existencia de riesgos se acomete una labor de protección. «Además, puede afirmarse que las actuaciones preventivas constituyen la primera respuesta ante el riesgo y si este no puede evitarse adquieren importancia las actividades de protección dirigidas a mitigar los efectos negativos de aquel» (GONZALEZ DIAZ, 2001:179).

Tomando como referencia estas consideraciones podemos establecer una noción genérica de las actividades de naturaleza preventiva que sea susceptible de ser aplicada para todo tipo de actividades, incluidas las producidas en el ámbito la actividad físico deportiva. Y en su virtud considerar incluidas en dicho concepto a todas las actividades y medidas adoptadas por el legislador que obligan al organizador de actividades deportivas a prever la producción de riesgos a la salud derivados de la actividad organizada, así como a adoptar las medidas tendentes a impedir o disminuir los riesgos derivados de la misma.

La LPRL ha desarrollado un repertorio de actividades preventivas que podemos traer a colación para efectuar la imprescindible delimitación conceptual que existe entre la prevención del daño, o acción preventiva en sentido estricto, y la acción directa posterior al mismo y que constituye un tratamiento al resultado lesivo, más propio de la actividad protectora o asistencial a la víctima.

En base a esta consideración el artículo 15 de la LPRL diseña una serie de acciones preventivas que se enmarcan dentro de un deber general de evitación/disminución del daño, y que entrañarían la intervención de una serie de principios que serían conceptualmente válidos para cualquier actividad de riesgo para la salud, inclusive la actividad deportiva. Tales principios serían:

- Evitar riesgos
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en origen.

- Adaptar la actividad a la persona.
- Tener en cuenta la evolución técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la actividad preventiva.
- Adoptar las medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los sujetos sometidos a un riesgo.

Por lo que el hallazgo de cualquiera de estas acciones por parte de los poderes públicos en relación a las actividades deportivas, podría hacerlas susceptibles de ser calificadas como acciones claramente preventivas.

Fijado el ámbito conceptual de la prevención del riesgo, debemos centrarnos en las acciones de esta naturaleza que se contemplan en la legislación deportiva estatal, resultando la existencia de las siguientes acciones públicas de contenido u orientación claramente preventiva:

- a) Los reconocimientos médicos previos al deportista y los planes de apoyo a la salud.
- b) La actividad preventiva realizada en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito del deporte profesional.
- c) La normativa técnica y constructiva sobre seguridad de las instalaciones deportivas.
- d) La normativa relativa a las titulaciones deportivas y certificaciones profesionales en las actividades físico-deportivas.
- e) La regulación de las profesiones del deporte.
- f) La regulación de las condiciones laborales y la cualificación del profesional del deporte como factor relacionado con la prevención de los riesgos al usuario.
- g) Las actuaciones preventivas de naturaleza indirecta.

Pero nuestro legislador deportivo no ha previsto un reconocimiento explícito de las acciones preventivas descritas identificándolas como tales. Tampoco ha procedido a una calificación y agrupación sistemática de estas. De hecho, la mayor complejidad estriba precisamente en la identificación de tales medidas, al no existir un orden sistemático y encontrarse en algunos casos reguladas en disposiciones e incluso en ordenamientos diferentes. Lo cual pese a ser un inconveniente para su identificación en el sistema deportivo es admisible, habida cuenta de la necesidad de que el tratamiento de la salud como derecho debe efectuarse, como hemos visto, con una acción transversal en todas las políticas de salud. No obstante la transversalidad no debería renunciar a la existencia de un tratamiento desde la unidad conceptual, reconocible por utilizar técnicas similares a las empleadas en otros ordenamientos para regular la misma materia, sin perjuicio de que exista una adecuada comunicación entre dichas normas y una remisión coherente a una norma marco que estableciera tal metodología reguladora.

Seguidamente procederemos a la revisión sistemática de las acciones públicas descritas en materia de la prevención de la salud en este ámbito.

2.1.1. Los reconocimientos médicos previos al deportista, y los planes de apoyo a la salud.

Por lo que se refiere al primero de los parámetros enunciados, la inclusión los reconocimientos médicos se efectúa en el artículo 59.3 y 4 de la Ley 10/1990. Tales reconocimientos previos parten de una previsión general en la que se señala:

“3. En función de las condiciones técnicas, y en determinadas modalidades deportivas, el Consejo Superior de Deportes podrá exigir a las Federaciones deportivas españolas que, para la expedición de licencias o la participación en competiciones oficiales de ámbito estatal, sea requisito imprescindible que el deportista se halla sometido a un reconocimiento médico de aptitud.

1. *Las condiciones para la realización de los reconocimientos médicos de aptitud, así como las modalidades deportivas y competiciones en que éstos sean*

necesarios, serán establecidas en las disposiciones de desarrollo de la presente Ley”.

El desarrollo de esta medida claramente encaminada a la evitación de riesgos para el deportista federado, ha sido completada por la previsión que se efectúa en el artículo 46 de la Ley Orgánica 3/2013 de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva (LOPSD) *“para una mejor prevención de los riesgos para la salud de los practicantes”.*

La citada ley enmarca este tipo de reconocimientos previos de naturaleza obligatoria en la sección 1ª del capítulo III del título II, bajo la denominación: *“planificación de la protección de la salud”.* Título que lleva inexorablemente al equívoco, por cuanto lo que realmente se prevé es la planificación de actividades preventivas, categoría en la que reconocemos no solo a los citados reconocimientos médicos sino también a la confección de planes de apoyo a la salud. La ley diseña una serie de medidas de corte claramente preventivo, esto es, dirigido a la prevención del accidente o lesión con carácter anterior a su producción y no a su protección, una vez acaecido este. Materia que sin duda tienen su tratamiento adecuado en las previsiones legales relativas al aseguramiento de la actividad como más adelante veremos.

En el primer nivel de acciones preventivas se sitúan los citados reconocimientos médicos previos a la expedición de las licencias en el deporte federado y regulados en el artículo 46. Y cuyo contenido debe adaptarse a cada modalidad deportiva considerando los siguientes parámetros de contenido mínimo:

- . Las características de la modalidad.
- . El esfuerzo y condiciones físicas que exija la modalidad.
- . Las condiciones ambientales
- . Las diferencias por razón de edad, sexo o capacidad.

En este aspecto la regulación del artículo 46.1 se asemeja bastante a la previsión

que ya efectuaba el citado artículo 59.3 de la Ley 10/1990, con la salvedad de que la implantación progresiva de esta medida, ahora se atribuye a un órgano especializado que es la Agencia Estatal de Prevención de la Salud en el Deporte (AEPSAD). Aunque al igual que ocurría con la Ley de 10/1990, la medida se circunscribe al ámbito de la competición oficial, al señalar su carácter previo a la expedición de la licencia federativa; pero no en todos sino “*en aquellos deportes en que se considere necesario para una mejor prevención de los riesgos de salud de sus practicantes*”. Haciéndose esta regulación más intensa y explícita en el deporte de élite y el deporte profesional.

En un segundo nivel preventivo se sitúan los reconocimientos y seguimientos de salud a los deportistas de alto nivel que regula en el artículo 47, diseñados de un modo específico y estableciendo un sistema de “*seguimiento de la salud de los deportistas de alto nivel*” y cuyo contenido contribuya a asegurar los riesgos así como la prevención de enfermedades y accidentes deportivos de estos, definiendo que las acciones sobre este colectivo son: “*una prioridad en los medios de la medicina deportiva de la Administración General del Estado*”. Tendencia que se ratifica en la sección 3ª al regular las medidas de salud ligadas a la prevención del dopaje en el deporte, en las que el artículo 51 prevé los seguimientos de salud para los deportistas de mayor riesgo según determinaciones del “Plan de Apoyo a la Salud”, esto es, centrado en quienes participan en competiciones deportivas de ámbito estatal (artículo 41.3) y en los individuos de mayor nivel deportivo (artículo 51.2).

En el tercer nivel se sitúan los seguimientos y la protección de la salud de los deportistas profesionales, regulada en el artículo 48 y que será objeto de estudio en el apartado siguiente.

Para efectuar la planificación de las políticas de prevención a la salud, la ley cuenta con el citado organismo especializado AEPSAD como agencia Estatal de las establecidas en la Ley 28/2006 de 18 de julio, de Agencias Estatales para la mejora de servicios públicos. Institución heredera de la anterior “Agencia Estatal Antidopaje” que creó la derogada Ley Orgánica 7/2006 y que recibe en la disposición adicional tercera la consideración de agente de financiación y de ejecución del Sistema Español de Ciencia,

Tecnología e Investigación a los efectos del artículo 3 de la Ley 14/2011, de 1 de junio⁷⁸. La AEPSD además de asumir las competencias que el CSD venía ejerciendo en relación a la salud del deportista, también asume las competencias sancionadoras de las Comunidades Autónomas y se configura, según el artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2013 como:

“el organismo público a través del cual se realizan las políticas estatales de protección de la salud en el deporte y, entre ellas, de modo especial, de lucha contra el dopaje y de investigación en ciencias del deporte”.

Asimismo el artículo 41.1 señala que la AEPSAD: *“establecerá una política efectiva de protección de la salud de los deportistas y de las personas que realizan la actividad deportiva”.* Como ya se apuntó anteriormente, el legislador confunde los ámbitos de la prevención y la protección de la salud, puesto que al definir las competencias de la Agencia, señala la necesidad de que la misma establezca políticas de protección, cuando en su desarrollo define acciones netamente preventivas.

Por otro lado la redacción del artículo 41.1 parece acoger tanto al deportista en competición oficial como a quien realiza una práctica deportiva general o ciudadana; siendo ambos sujetos quienes, en principio, deberían ser los destinatarios las acciones en materia de salud antes citadas. No obstante, la regulación posterior se referirá casi en exclusividad al deportista federado, resultando que en la definición de deportista que se prevé en el Anexo I, se identifica al deportista con un *“competidor”* al definirlo como *“cualquier persona que participe en un deporte a nivel internacional o estatal, así como cualquier otro competidor en el deporte que está sujeto a la jurisdicción de cualquier signatario o a otra organización deportiva que acepte el código.”* Por tanto se identifica al deportista con el competidor sometido a una relación especial de sujeción.

Los reconocimientos médicos previos de carácter obligatorio no son un supuesto

⁷⁸ El artículo 3 citado establece: *“A efectos de esta ley, se entiende por Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación el conjunto de agentes, públicos y privados, que desarrollan funciones de financiación, de ejecución, o de coordinación en el mismo, así como el conjunto de relaciones, estructuras, medidas y acciones que se implementan para promover, desarrollar y apoyar la política de investigación, el desarrollo y la innovación en todos los campos de la economía y de la sociedad”.*

excepcional o exclusivo de la legislación deportiva ya que nuestro ordenamiento jurídico prevé la posibilidad de tratamientos sanitarios obligatorios en dos supuestos claramente diferenciados: bien cuando existe un peligro para la salud pública, o bien cuando está en peligro la salud del propio sujeto en el ámbito de una relación de especial sujeción.

En el primero de los supuestos y dentro del ámbito sanitario, el artículo 1 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril de medidas especiales en materia de salud pública (LOMESP), otorgaba cobertura a las autoridades sanitarias dentro del ámbito de sus competencias, «cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad» con el objeto de que puedan «adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle la actividad» (artículo 2 LOMESP). La citada norma también admite que las autoridades públicas, con el fin de controlar enfermedades transmisibles, puedan «realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible» (artículo 3 de la LOMESP). Bajo la premisa de la existencia de un posible peligro para la salud de la población y ante la certeza de una peligrosidad objetiva, el legislador ha previsto la posibilidad de intervenciones directas que exigen controles médicos o revisiones obligatorias no solo en el ámbito sanitario, sino también en otros ámbitos en los que igualmente se producen situaciones de riesgo para terceros, como la conducción de vehículos, la tenencia de armas de fuego, o la tenencia de animales potencialmente peligrosos. Supuestos todos ellos en los que la legislación sectorial ha regulado la obligatoriedad de un reconocimiento médico previo a la expedición de ciertas autorizaciones administrativas para el ejercicio de una determinada actividad; y siempre con el fin de verificar las aptitudes psicofísicas del sujeto y contribuir a proporcionar las mayores garantías de haber eliminado los factores de riesgo que amenacen a la salud, tanto para el sujeto autorizado administrativamente a realizar una actividad concreta, como para la seguridad de terceras personas concurrentes o

susceptibles que ser afectadas por dicha actividad.

La concesión de los permisos y licencias de conducción está condicionada a la verificación de que los conductores reúnen los requisitos de aptitud psicofísica y los conocimientos, habilidades, aptitudes y comportamientos exigidos para su obtención y regulados en el Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores (RGCO). Las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar el permiso o la licencia de conducción son las que se establecen en el Anexo IV del citado reglamento.

Respecto al uso de armas de fuego, los reconocimientos médicos obligatorios previos se regulan en el Reglamento de armas RD 137/1993 y, en concreto, para el tema que nos ocupa, los artículos 96, 97 y 98 del RD 2283/85, de 4 de diciembre, que regula la emisión de los informes de aptitudes necesarios para obtener licencias, permisos y tarjetas de armas

En cuanto a la tenencia de animales potencialmente peligrosos, la Ley 50/1999, de régimen jurídico de la tenencia de animales potencialmente peligrosos, prevé en su artículo 3.c) la obligatoriedad, entre otros requisitos, de obtener un certificado de aptitud psicológica como requisito previo a la expedición de la correspondiente licencia administrativa municipal.

Por lo que se refiere a las relaciones de especial sujeción como segunda de las posibilidades de imponer tratamientos médicos obligatorios, cabe interrogarse si la relación de los deportistas federados, o de los atletas de élite con sus respectivas federaciones podrían subsumirse en esta categoría y en su virtud, podría llegar a estar justificada la obligatoriedad de someterse a tales reconocimientos médicos “para una mejor prevención de los riesgos de los practicantes”, tal y como señala el artículo 46.1 de la LOPSD.

LOPEZ BENITEZ define la “relación de especial sujeción” como aquella de naturaleza jurídico administrativa caracterizada por «una duradera y efectiva inserción del administrado en la esfera organizativa de la Administración a resultas de la cual queda sometido al régimen jurídico peculiar que se traduce en un especial tratamiento de la libertad y de los derechos fundamentales, así como de sus instituciones de garantía, de

forma adecuada a los fines típicos de cada relación». Ha sido este autor quien ha estudiado con detalle este tipo de relaciones en las que los derechos pueden quedar limitados en ciertos colectivos como presos, funcionarios civiles, militares profesionales, o funcionarios policiales (LÓPEZ BENITEZ, 1994:264)⁷⁹.

En nuestra opinión los reconocimientos médicos previos impuestos al deportista federado tendrían la naturaleza de una actividad preventiva y la obligatoriedad del tratamiento impuesto actuaría como un requisito administrativo previo a la obtención de la autorización o licencia administrativa correspondiente para la participación en actividades deportivas oficiales, esto es, federadas. Bajo esta consideración y teniendo presente que las federaciones deportivas actúan como agentes colaboradores de la Administración y asumen por delegación funciones administrativas entre las que, con carácter destacado, se encuentra la expedición de licencias federativas, la técnica utilizada por el legislador en el ámbito del deporte federado sería semejante a la utilizada para la expedición de otros tipos de licencia administrativa como el permiso de conducir, la licencia de armas o la autorización para la tenencia de animales peligrosos, en los que la acreditación previa de las condiciones o aptitudes de salud, se establecen como un requisito previo *ex lege* a la concesión de la autorización administrativa.

Sin embargo, solo una vez obtenida la licencia federativa estatal o autonómica homologada, se producirá la posibilidad de una participación en competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal que se organicen por entidades deportivas en el marco de la Ley 10/1990, de 15 de octubre del deporte y determinará la existencia de una especial sujeción del deportista que justificará la imposición de tratamientos sanitarios obligatorios y un elenco de medidas que determinantes de la relación, conforme a la definición dada por LOPEZ BENITEZ para las relaciones de especial sujeción. En este tipo de relación tendrán un tratamiento especial tanto la libertad como los derechos

⁷⁹ Aunque el concepto “relación de especial sujeción” es impreciso, el Tribunal Constitucional ha considerado que la reclusión en un centro penitenciario origina una relación de esta naturaleza. Así lo entendió el Alto Tribunal en su sentencia 120/1990, de 27 de junio, en la que se pronunció sobre el derecho-deber de la Administración penitenciaria de suministrar asistencia médica a reclusos en huelga de hambre contra su voluntad cuando la vida de estos corría peligro.

fundamentales, de modo que se producirá una limitación en el ejercicio de los mismos que encuentra su fundamento en la Constitución de 1978. Por lo que consideramos que resultaría jurídicamente admisible el sometimiento obligatorio de los deportistas a tratamientos sanitarios a través de los controles de dopaje y que llevan aparejadas una serie de medidas restrictivas a su libertad e intimidad personal, solo en el caso de que tales actuaciones se impusieran bajo los parámetros de la relación de especial sujeción, surgida entre el deportista y la Administración deportiva (AEPSD) o sus agentes delegados conforme a lo determinado por el artículo 12.1 de la LOPSD 3/2013. Relación que será objeto de un análisis diferenciado más adelante.

Otra de las acciones de prevención de la salud previstas por la LOPSD 3/2013 son los denominados *planes de apoyo a la salud* regulados en el citado artículo 41. En los planes quedarán determinados los riesgos comunes y específicos de la actividad deportiva, atendiendo a la diversa necesidad de mujeres, hombres, menores o discapacitados; y donde asimismo se determinarán “*las medidas de prevención, conservación y recuperación que puedan resultar necesarias en función de los riesgos detectados*”. Sin embargo, al artículo 41.3 cierra el foco de atención de los citados planes de apoyo a la salud al establecer que tales actuaciones “*cuidarán de garantizar particularmente su efectividad en las competiciones deportivas de ámbito estatal en las que participen grupos especiales de riesgo...*”.

Uno de los planes de apoyo al deportista promovido desde AEPSAD es el “Plan de apoyo Río 2016” en el que podemos verificar su orientación al deporte de competición internacional en el que España tenga o aspire a tener una representación deportiva que actúe en el máximo nivel. Según informa el CSD desde su página web oficial: “*El apoyo médico y biológico a los deportistas que nos representan a nivel internacional es una de las prioridades de la AEPSAD*”⁸⁰. Para afrontar el desarrollo del Plan de Apoyo “Río

⁸⁰ La AEPSDA propone el Plan de Apoyo 2016 con el objetivo principal de ofrecer un protocolo específico por deporte y modalidad deportiva, individualizado para cada deportista. El plan aportará la información médica, fisiológica y científica necesaria para optimizar el entrenamiento,

2016”, la AEPSAD cuenta como centro de referencia el Centro Nacional de Medicina del Deporte; así como con la colaboración de los Centros de Medicina del Deporte de las Comunidades Autónomas.

Esta tendencia preferente por el deporte de competición oficial se explicita al definir las medidas de carácter específico que la Agencia puede desarrollar en el marco de los planes de salud, al definir acciones que tienen que ver exclusivamente con este ámbito del deporte y en el que se excluyen por omisión al resto de realizaciones deportivas ajenas a la competición federada. Así el artículo 43 reduce el campo de estas medidas específicas a dos:

“a) Proponer criterios y reglas técnicas para que las competiciones y pruebas de modalidades deportivas se configuren de modo que no afecten ni a la salud ni a la integridad de los deportistas

b) Realizar propuestas sobre la asistencia sanitaria a dispensar a los deportistas y sobre los dispositivos mínimos de asistencia sanitaria que deben existir en las competiciones deportivas”

No parece por tanto anodina o de menor importancia la denominación elegida por el legislador para definir el objeto tanto de la LOPSD 3/2013 así como la propia denominación de la agencia encargada de asumir las competencias que deben hacer efectivo su cumplimiento. En la ley la denominación es la de “protección de la salud del deportista”. La agencia se denomina “de protección de la salud en el deporte”. En ambas se enuncia un objeto de regulación que llevará inmediatamente al equívoco, pues en ningún caso se alcanza a regular un objeto tan amplio y diverso como el anunciado, salvo que aceptáramos sin reservas una identificación reduccionista entre el deporte con la

mejorar el rendimiento y minimizar los impactos negativos sobre la salud, así como para tratar de forma rápida y eficiente las patologías y lesiones. El plan prevé documentar las investigaciones y trabajos realizaos para que puedan servir en los programas de futuros ciclos olímpicos Fuente: http://www.aepsad.gob.es/aepsad/salud-deporte/planes-de-apoyo-la-salud-en-el-deporte.html#Plan_de_apoyo_R_o_2016. Consultada el 23/11/2014.

competición federada o con el olimpismo que chocaría frontalmente con la concepción europea del deporte.

Por lo que a la LOPSD se refiere, esta regula exclusivamente las cuestiones de salud de cierta clase de deportistas pero no de todo el colectivo. En cuanto a la agencia, pese a que con su denominación inicialmente parece pretender regular la salud en el ámbito global de un sector de actividad, en la práctica se dirige en exclusiva a las realizaciones competitivas del deporte federado y de alto rendimiento. Tanto la LOPSD como la AEPSAD se circunscriben al desarrollo de tres únicos niveles de realización: el deporte federado común, el deporte de alto nivel y el deporte profesional. Pudiéndose constatar que al margen de estos tres niveles no existe ninguna mención a las acciones de prevención/protección de la salud para el deporte recreativo, el deporte para todos, el escolar, o para las actividades físicas calificadas por la Comisión Europea como actividades beneficiosas para la salud, cuya regulación preventiva u orientación a este propósito resultan por tanto inéditas.

2.1.2. La actividad realizada en materia de prevención de riesgos en el ámbito del deporte profesional.

En cuanto al deporte profesional, el artículo 2 del Estatuto de los Trabajadores prevé como relaciones laborales especiales las de los deportistas profesionales. Según RIBAS VALLEJO (2011:112), *“el ordenamiento otorga a estas relaciones una especialidad debido al lugar en que se desarrolla el trabajo, el tipo de actividad que se ejercita o las especiales características del sujeto. Pero no por ello las mismas dejan de ser relaciones laborales”*. El régimen jurídico de esta relación laboral especial está regulado mediante el Real Decreto 1006/1985, de 26 de Julio, en cuyo artículo 21 se establece como derecho supletorio el Estatuto de los Trabajadores y las demás normas de general aplicación, en cuanto que no sean incompatibles con la naturaleza especial de la relación laboral de los deportistas profesionales. El artículo 2.1 del RD 1006/1985 define a este colectivo señalando que:

“son deportistas profesionales quienes en virtud de una relación jurídica

establecida con carácter regular se dediquen voluntariamente a la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de organización y dirección de un club o entidad deportiva a cambio de una retribución”

Por otro lado el artículo 7, apartado 5 del RD citado señala que los deportistas profesionales tendrán los derechos y deberes básicos previstos en los artículos 4 y 5 del Estatuto de los Trabajadores; resultando que en el artículo 4.2.d) se establece que los trabajadores en su relación de trabajo, tendrán derecho a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene, de modo que corresponderá al empresario respecto de sus trabajadores/deportistas profesionales (federación, club, empresa de gestión o de espectáculos deportivos) el garantizar su seguridad y salud. De modo que la prestación de los servicios de los deportistas profesionales queda sujeta a la Ley 31/1995 y normativa de desarrollo sobre prevención de riesgos laborales.

Como es sabido los servicios de prevención deben ser prestados obligatoriamente por el empresario; bien con cargo a los propios trabajadores que actúan como delegados de prevención en el supuesto de las empresas que cuenten con menos de 10 trabajadores; bien con cargo sus recursos, constituyendo un servicio de prevención propio (SPP) constituido por personal de plantilla de la propia empresa, cuando esta cuente con más de 500 trabajadores o entre 250 y 500 y se desarrollen determinadas actividades o con exposición a los riesgos a que se refiere el Anexo I del RD 39/1997 (supuesto en el que la empresa deberá contar con un órgano especializado en salud laboral que cuente como mínimo con dos especialistas en medicina del trabajo, seguridad en el trabajo, higiene industrial, ergonomía y psicología del trabajo con la titulación oficial correspondiente); o bien por último contratando este servicio obligatorio de modo que sea prestado por un servicio de prevención ajeno (SPA) mediante empresas especializadas y con personalidad jurídica propia diferente a la del empresario, cuya regulación viene establecida en los artículos 17 y 34 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Correspondiendo conforme al artículo 31 de la LPRL a dichos SPA una serie de funciones especializadas y diferenciadas de la acción protectora, propia de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y

Enfermedades Profesionales (MATEPSS); y cuya denominación legal ha pasado a ser la de Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social (MCSS) tras la reforma operada por la Ley 35/2014 por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

De modo concreto en el artículo 31.3.c de la LPRL se regula que la función de los SPA cuya función en la empresa consiste en: *“La planificación de la actividad preventiva y la determinación de las prioridades en la adopción de las medidas preventivas y la vigilancia de su eficacia”*.

No obstante este encuadre legal y pese a la obligatoriedad de las diferentes actuaciones preventivas en los entornos laborales en los que existan deportistas profesionales, autores como IRURZUM UGALDE (2006)⁸¹ han puesto de manifiesto cómo incluso tras la promulgación de esta normativa, existen muchas entidades deportivas que no han dado cumplimiento a los deberes básicos de crear las estructuras preventivas exigidas por la ley o de elaborar el plan de prevención de riesgos laborales para sus instalaciones o servicios deportivos, máxime considerando el carácter universal que la propia LPRL predica en su exposición de motivos, al abordar de manera global y coherente el conjunto de problemas derivados de los riesgos relacionados con el trabajo, cualquiera que sea el ámbito en el que el trabajo se realice.

La citada LO 3/2013, califica su contenido y alcance en el preámbulo señalando que: *“(La Ley) excede con mucho de lo que sería una simple norma antidopaje. Por el contrario, la intención del legislador es incluir un potente sistema de protección de la salud para quienes realicen cualquier actividad deportiva, prestando especial atención al grado de exigencia física y, por tanto, al riesgo que se derive de la actividad deportiva en cuestión, así como a los supuestos en los que participen menores de edad”*. Pero el examen de las actividades preventivas no parece cumplir este propósito generalista al prever que las competencias y actividades de la AEPSAD se dirigen a atender

⁸¹ Fuente: <http://kirolan.org/> consultada el 9/10/2014.

específicamente el deporte de competición oficial, al deportista con licencia federativa, al de alto nivel y al deportista profesional.

2.1.3. La normativa técnica sobre seguridad de las instalaciones deportivas.

En la prevención de riesgos para la salud resulta de notable importancia la producción legislativa relativa a las instalaciones y el equipamiento deportivo. La instalación deportiva es susceptible de convertirse en centro de trabajo del profesional que presta habitualmente allí sus servicios deportivos y como tal, adquiere la calificación de “condición de trabajo”, en los términos que para tal concepto aparece definido en el artículo 4.7º.a) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales (LPRL). De modo que cualquier característica de los locales, instalaciones, equipos, productos o útiles del centro deportivo, pueden tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud tanto del deportista/ciudadano que los usa, como del trabajador por cuenta ajena que encuentra en estos su centro de trabajo.

El centro o instalación deportiva convertido en centro de trabajo redoblará su importancia en cuanto que “factor de riesgo” y a tal efecto deberá someterse no solo al cumplimiento de la normativa técnica de las instalaciones deportivas, sino a la propia normativa laboral de la prevención de riesgos convirtiéndose en el objeto de los estudios específicos y obligatorios que forman parte de la evaluación de los riesgos y la planificación de las actividades preventivas propias de cualquier centro de trabajo.

Asimismo el centro deportivo, cuando es usado por usuarios en general y liberado por tanto de su condición de centro de trabajo se someterá a la normativa técnica general relativa a la seguridad de instalaciones y equipamientos deportivos, de contenido muy extenso y detallado. Dicha normativa especializada se enmarca en la previsión general efectuada por el artículo 70 de la Ley estatal 10/1990, para las instalaciones de uso público y en el artículo 71 para las destinadas a espectáculos deportivos estatales e internacionales. En este ámbito debe considerarse tanto la normativa sobre instalaciones deportivas y para esparcimiento (normas NIDE) elaboradas por el CSD con el objeto de

definir las condiciones reglamentarias que deben tenerse en cuenta en los proyectos, planificación, diseño y construcción de instalaciones, como la normativa que cada comunidad autónoma elabore en esta materia, cuyo estudio pormenorizado excede del objeto del presente trabajo. A este respecto solo cabe señalar que el estricto cumplimiento de la normativa legal de instalaciones deportivas constituye un elemento decisivo en la evitación de riesgos deportivos, siendo habitual que las legislaciones autonómicas prevean la obligatoriedad de que el titular de las mismas asegure la responsabilidad civil derivada de tales riesgos

2.1.4. La regulación de las titulaciones deportivas y certificaciones profesionales como factor preventivo de la seguridad y salud de los usuarios.

Por lo que se refiere a las titulaciones deportivas oficiales, la existencia de profesionales titulados constituye un factor preventivo de notable importancia y su presencia es una de las más eficaces garantías en la evitación del riesgo de lesiones y accidentes. El ordenamiento laboral, cuya experiencia y rigor en el ámbito de la protección de riesgos para la salud debe constituir un referente obligado, nos ofrece un principio que no deja lugar a dudas y que se rige por la exigencia general de la formación y competencia para el desempeño de aquellas actividades o funciones que sean susceptibles de generar riesgos a terceros. De este modo, la capacitación y competencia del sujeto que realiza o dirige una actividad, actúa siempre como un factor limitador o excluyente del riesgo de la misma, afectando a la seguridad y salud de quienes la realizan. Este mismo principio es el que el legislador ha contemplado con carácter general para el desempeño de actividades susceptibles de ser peligrosas, aplicándose tanto a la formación general obligatoria de todos los trabajadores en materia de prevención de riesgos, como al campo específico del manejo de los equipos de protección individual (EPI), al manejo de maquinaria, la realización de trabajo en altura o la conducción de vehículos laborales de carga o transporte tales como grúas o carretillas. La realización de ciertas actividades susceptibles de generar un riesgo a la salud, como

también lo son las actividades físico-deportivas, precisan de la intervención de un tercero con una formación contrastada, considerando siempre será adecuada toda formación oficial y reglada, cuya competencia y capacitación actúa como garantía de que la realización o dirección de las actividades no será lesiva. Tal planteamiento supone la necesidad de una regulación del currículo formativo para la obtención de los títulos oficiales y, por otro lado, la necesidad de regulación de la actividad profesional, actuando ambas circunstancias de modo concurrente y simultáneo como factores preventivos inseparables.

CUADRO N°9: TITULACIONES DEPORTIVAS OFICIALES.

ENSEÑANZAS UNIVERSITARIAS
Licenciado en EF o Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Post-grado en especialidades deportivas (gestión, eventos, salud...etc). Doctorado (línea de investigación de actividad física y deporte).
Maestro Especialista en Educación Física (R.D. 1440/1991, de 30 de agosto)
CICLOS FORMATIVOS DE FORMACION PROFESIONAL.
Grado superior: Técnico superior en animación de actividades físicas y deportivas (R.D. 2048/1995, de 22 de diciembre)
Grado medio: Técnico en conducción de actividades físicas en el medio natural (actividades ecuestres; Guía en el medio natural y de tiempo libre. (R.D.2049/1995, de 22 de diciembre)
ENSEÑANZAS DE RÉGIMEN ESPECIAL
Nivel superior: Técnico Deportivos Superior en la modalidad deportiva correspondiente (R.D. 1913/1997, de 19 de diciembre)
Nivel medio: Técnico Deportivo Medio en la modalidad correspondiente (R.D. 1913/1997, de 19 de diciembre)
SISTEMA NACIONAL DE CUALIFICACIONES PROFESIONALES.
Cualificaciones de la familia de las “Actividades físicas y deportivas”. Certificados de profesionalidad.

Fuente: Elaboración propia).

En relación a la primera cuestión las enseñanzas deportivas oficiales están reguladas de forma diferenciada: como formación universitaria, como enseñanza de régimen especial, como formación profesional a través de los módulos formativos y también mediante las certificaciones de la cualificación profesional.

Las titulaciones oficiales deportivas de carácter universitario son: El título universitario oficial en ciencias de la actividad física y el deporte regulado mediante Real

Decreto 1670/1993 para licenciatura y Real Decreto 1393/2007 sobre ordenación de las enseñanzas oficiales universitarias de grado y postgrado, así como el título de doctor; el título universitario oficial de maestro en sus diversas especialidades, que incluye la de maestro especialista en EEFF, establecido mediante Real Decreto 1440/1991, de 30 de agosto.

El artículo 3.2.h) de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de Educación (LOE) clasifica a las deportivas como enseñanzas de régimen especial. Esta norma desarrolla en el capítulo VIII del título I, los artículos 63 a 65, dedicados a las denominadas enseñanzas deportivas cuya reforma ha tenido lugar con ocasión de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre de mejora de la calidad educativa (LOMCE). Al amparo de dicha regulación las enseñanzas deportivas se estructuran en dos grados, grado medio y grado superior. El desarrollo de estas se realiza mediante el Real Decreto 1363/2007, de 24 de octubre, por el que se establece la ordenación general de las enseñanzas deportivas régimen especial y por el que se especifican los grados de técnico deportivo y técnico deportivo superior.

Conforme a lo previsto en el artículo 22 del citado RD 1363/2007, las titulaciones oficiales de régimen especial tienen validez académica profesional en todo el territorio nacional; acreditan las competencias del perfil profesional y la formación que contienen y en su caso las unidades de competencia incluidas en el título. Aunque el apartado segundo de esta misma norma, precisa que: *“El contenido del presente real decreto no constituye regulación del ejercicio profesional”*. No obstante es de destacar que el artículo 63.2.d) de la LODE (no modificado por la reforma parcial que efectúa la LOMCE) establece como una de las finalidades de estas enseñanzas oficiales el contribuir a que los alumnos adquieran capacidades que les permitan *“...desarrollar su labor en condiciones de seguridad”*, lo que ineludiblemente está asociado a los aspectos preventivos relacionados con la actividad que deban desplegar estos profesionales.

De un modo específico y para cada modalidad o especialidad deportiva, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, de conformidad con lo dispuesto en la disposición adicional decimocuarta del RD 1363/2007, ha ido regulando mediante diversos Reales Decretos, los títulos correspondientes a las enseñanzas de técnico deportivo y técnico deportivo superior para determinados deportes. Así en la actualidad

cuentan con Real Decreto regulador de dichas titulaciones oficiales, las modalidades de atletismo, baloncesto, balonmano, buceo deportivo, deportes de invierno, deportes de montaña y escalada, esgrima, espeleología, fútbol y fútbol sala, hípica, judo, salvamento y socorrismo, así como vela⁸². Asimismo y hasta la progresiva implantación efectiva de las enseñanzas oficiales de una determinada modalidad, el CSD ha ido elaborando una serie de planes formativos por los que se regulan los aspectos curriculares, los requisitos generales y los efectos de las actividades de formación deportiva a los que se refiere la D.T.1ª del citado RD 1363/2007; permitiendo la Disposición Adicional 5ª que la impartición de dichas materias sea posible por parte tanto de Comunidades Autónomas como de federaciones deportivas, de modo que respetando el contenido de los bloques común, específico y periodo de prácticas, tales enseñanzas no oficiales pueden alcanzar el reconocimiento, dando lugar a la equivalencia profesional que corresponda al ciclo de enseñanza deportiva, respecto de las enseñanzas oficiales en la misma modalidad o especialidad. Tal situación es conocida como *régimen transitorio*, encontrándose en la actualidad hasta 41 modalidades/especialidades deportivas en esta situación, en la que el Ministerio aún no ha regulado un título oficial. Sin embargo es de destacar que en todos estos casos los planes formativos aprobados por el CSD y publicados en el BOE, cuentan en su nivel I con un bloque específico, cuyo apartado está dedicado a una formación específica en materia de “seguridad e higiene”. Dicho apartado tiene claros aspectos preventivos respecto de las actividades a desarrollar, tal y como a continuación se describen⁸³:

- a) Identificar las condiciones de seguridad en la práctica.
- b) Interpretarla normativa de seguridad en las zonas de práctica.

⁸² La relación detallada respecto de los Reales Decreto reguladores de las titulaciones citadas puede consultarse en la página Web del CSD: <http://www.csd.gob.es/csd/sociedad/3Ens Depor/normativa-por-modalidades-deportivas>. (Consultada el 20/02/2015)

⁸³ A título de ejemplo puede comprobarse en el plan formativo para la disciplina del aikido (arte marcial cuya gestión corresponde a la Real Federación Española de Judo), publicada en el BOE nº 113 de 9-5-2014. Es de observar cómo incluso para un deporte oficial no competitivo como este, el CSD ha previsto el citado módulo de contenidos en materia de seguridad e higiene.

- c) Identificar las lesiones más frecuentes, con especial hincapié en el conocimiento de los medios y métodos de su prevención.
- d) Aplicar los hábitos de higiene imprescindibles en la práctica deportiva.
- e) Identificar la influencia de los materiales y equipamientos deportivos en la posible generación de lesiones.
- f) Describir las características de los materiales, su efecto en el juego y las normas y procedimientos de mantenimiento del mismo.

Por otro lado las enseñanzas deportivas oficiales no universitarias, se imparten como módulos formativos conducentes a la obtención de los títulos de técnico medio y superior en animación de actividades físicas y deportivas (TAFAD), establecido mediante Real Decreto 2048/1995, de 22 de diciembre; y grado medio de conducción de actividades físicas y deportivas.

Frente a estas titulaciones oficiales (universitarias, de régimen especial y de formación profesional), encontramos las titulaciones no oficiales de naturaleza privada, bien sean estas provenientes de una asociación civil (de objeto deportivo) o de una federación deportiva, cuya validez en ambos casos queda restringida única y exclusivamente al ámbito privado en el cual las mismas actúan. Cabe señalar que en algunas CC.AA. solo las titulaciones oficiales habilitan para impartir la docencia deportiva o dirigir este tipo de actividades desde instalaciones o servicios deportivos, especialmente para colectivos sensibles como son los menores en edad escolar. Comunidades que ya han establecido la obligatoriedad de estar en posesión de esta cualificación oficial para la docencia deportiva no reglada, efectuada por ejemplo a través de las escuelas municipales de iniciación deportiva.

La regulación de las titulaciones oficiales se cierra con el sistema de cualificaciones profesionales, establecido mediante la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de “Cualificaciones Profesionales y Formación Profesional”. A través de este sistema se equipara con una titulación oficial la formación adquirida a través de la experiencia laboral de quienes carecen de un título oficial, dando así plena validez a la formación que en principio no es oficial. La evaluación y acreditación de las

competencias profesionales adquiridas por la experiencia tienen como referente al Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. Así se regula en el artículo 8.2 de la LO 5/2002 que crea el denominado Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP), constituido según el artículo 7.1 por “*las cualificaciones identificadas en el sistema productivo y por la formación asociada a las mismas, que se organizará en módulos formativos, articulados en el Catálogo Modular de Formación Profesional*”.

Como vimos en el epígrafe anterior al tratar de las competencias europeas en materia de deporte, el Parlamento Europeo y el Consejo de Europa proponen en el COD 2006/1063 la recomendación de que los Estados miembros utilicen el marco europeo de cualificaciones profesionales como instrumento de referencia para comparar los diferentes criterios de cualificaciones desde una perspectiva de aprendizaje continuo. La U.E. estableció los principios comunes para la validación del aprendizaje no formal e informal, que son necesarios para fomentar la equiparación entre los Estados miembros así como para la transferencia y aceptación de los resultados educativos y formativos en distintos entornos. En las reuniones del Consejo Europeo de Lisboa y Barcelona, así como en el proceso de Copenhague (2004), se reconoció la necesidad de las cualificaciones para convertir la diversidad de las instituciones y marcos educativos en un valioso recurso.

Este marco europeo establece un sistema para identificar profesionales, personas cualificadas con independencia de su titulación y establece vínculos entre la formación y el mundo laboral en un espacio europeo que exige cada vez una mayor movilidad de los trabajadores y una necesaria homologación profesional de sus capacidades, fomentando la formación continuada a lo largo de toda la vida o LLL (*long live learning*), a la que deben dirigirse todas las estrategias y políticas de aprendizaje y cualificación.

El Instituto Nacional de Cualificaciones Profesionales (INCUAL) es, conforme a lo previsto en el artículo 9.2. del RD 1128/2003 y el artículo 5.3 de la LO 5/2002, el organismo responsable de elaborar y mantener actualizado dicho catálogo. El INCUAL fue creado por el Real Decreto 375/1999, de 5 de marzo. Es el instrumento técnico, dotado de capacidad e independencia de criterios que apoya al Consejo General de

Formación Profesional para alcanzar los objetivos del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional.

A los efectos del artículo 5,1.a) del RD1128/2003, de 5 de septiembre, la cualificación profesional es “*el conjunto de competencias profesionales con significado para el empleo que puedan ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación, así como a través de la experiencia*”. Conforme al Preámbulo de dicha norma (modificada más tarde mediante RD 1416/2005, de 25 de noviembre) por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP); este es “*el instrumento que ordena sistemáticamente las cualificaciones identificadas en el sistema productivo y establece, mediante un catálogo modular, la formación asociada a aquellas, atendiendo a los requerimientos del empleo*”. El Anexo I de la norma, establece 26 familias profesionales, entre las que se encuentra la familia de las “Actividades físicas y deportivas”. En la actualidad existen 664 cualificaciones profesionales aprobadas por el Consejo de Ministros y publicadas en el BOE, de las cuales 32 pertenecen a la familia de las actividades físicas y deportivas⁸⁴, reguladas conforme al respectivo nivel de cada una.

Así de los cinco niveles de cualificación previstos, solo existe una AFD en el nivel 1, para las operaciones auxiliares en la organización de actividades deportivas y funcionamiento de instalaciones deportivas. En el nivel 2 existen 23 actividades calificadas que están vinculadas mayoritariamente a cometidos de iniciación deportiva en modalidades como esgrima, karate, rugby, taekwondo, tenis, salvamento y socorrismo, piragüismo o para actividades de guía de itinerarios, entre otras. Y finalmente las funciones del nivel 3, entre las que se encuentran varias modalidades de animación físico deportiva y recreativa, de acondicionamiento físico, de coordinación en servicios de socorrismo, fitness acuático e hidrocinesia, así como la instrucción en yoga.

Los certificados de profesionalidad de de la familia de actividades físico-deportivas del sector del denominado “fitness” que se han publicado hasta la fecha son las siguientes:

⁸⁴ La consulta del catálogo puede efectuarse en la página Web oficial del Instituto Nacional de Cualificaciones Profesionales (INCUAL): <http://www.educacion.gob.es/educa/incual/html>.

- Acondicionamiento físico en sala de entrenamiento polivalente (Fitness, musculación y entrenamiento personal).
- Acondicionamiento físico en grupo con soporte musical (Actividades dirigidas).
- Instrucción de yoga.
- Fitness acuático e hidrocinesia.
- Socorrismo acuático.

El sistema creado supone la posibilidad de obtener certificados de profesionalidad a partir de la experiencia laboral acreditada o bien de vías no formales de formación, cuya equivalencia, convalidación y correspondencia con los títulos oficiales de formación profesional pueden ser fijadas por el gobierno, previa Consulta al Consejo General de Formación Profesional. De este modo los certificados de profesionalidad alcanzan carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, siempre que sean expedidos por las Administraciones competentes acreditando las cualificaciones profesionales correspondientes a quienes los hayan obtenido, conforme a lo establecido en el artículo 8.1 en relación con la Disposición Adicional 4ª de la citada L.O. 5/2002.

En nuestro país los certificados de profesionalidad pueden ser obtenidos a través de dos vías. Bien a través de los cursos formativos ocupacionales que cada Comunidad Autónoma ofrece a las personas en situación de desempleo y que van dirigidos a completar un certificado de profesionalidad que permita aumentar las posibilidades de empleabilidad de los parados. O bien a través de la acreditación de competencias para ejercer una profesión en los términos que regula el Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral.

En palabras de JACOMET CARRASCO (2014:39) *“es un mecanismo mediante el cual, una persona, digamos que “empaqueta” su curriculum vitae y por medio de la suma de su experiencia laboral y formación formal, no formal e informal que haya realizado, acredita que tiene unas competencias para ejercer la profesión que se describe en su certificado de profesionalidad”*.

El Real Decreto citado, establece en su artículo 1 que tiene por objeto:

“... establecer el procedimiento y los requisitos para la evaluación y acreditación de las competencias profesionales adquiridas por las personas a través de la experiencia laboral o de las vías no formales de formación, así como lo efectos de esta evaluación y acreditación de competencias”. Señalándose en el artículo 5 que la evaluación es un proceso estructurado “por el que se comprueba si la competencia profesional de una persona cumple o no las realizaciones y criterios especificados en las unidades de competencia del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales”.

Es de destacar el hecho de que en el catálogo modular correspondiente a la familia de las actividades físicas y deportivas existen contenidos formativos comunes en los que siempre están presentes los aspectos de la prevención de riesgos, así como los relativos a la protección de la seguridad y salud de los usuarios. Este contenido se cubre mediante aspectos relativos a la evaluación de riesgos, verificación y evitación de los mismos o mediante la capacitación en primeros auxilios.

Podemos por tanto comprobar cómo en el sistema jurídico de titulaciones y acreditaciones oficiales, existe un hilo conductor y un denominador común consistente precisamente en verificar la capacitación de los profesionales en el ámbito de la prevención y protección de la salud.

Por otro lado y como se anticipaba al principio de este apartado, un correcto tratamiento prevencionista y protector de la salud del deportista no solo dependerá de la existencia de un régimen jurídico regulador de las titulaciones oficiales y sus equivalencias mediante la certificación profesional, sino que también dependerá de la exclusividad de su ejercicio por dichos profesionales competentes, es decir, de la existencia de una regulación del ejercicio profesional que solo permita la actuación de quienes ostenten la capacitación profesional, la titulación oficial o una certificación de equivalencia, considerando la existencia de un intrusismo profesional en caso contrario.

Podemos considerar que la regulación del ejercicio profesional constituye el complemento natural y necesario de la regulación de las titulaciones oficiales y cualificaciones profesionales a que nos referíamos anteriormente. Y constituye una garantía para la seguridad y salud de los receptores de tales actividades, en los términos regulados para la recepción de cualquier clase de servicio, tal y como se regula en el Real

Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto de la Ley para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, en cuyo artículo 8.a) establece el derecho a: *“La protección contra los riesgos que puedan afectar su salud o seguridad”*; precepto relacionado con el artículo 9 que impone la obligación de que los bienes y servicios ofrecidos sean seguros y no presenten riesgo alguno para la seguridad o salud de las personas.

La citada protección de consumidores y usuarios de servicios y actividades deportivas incumbe en una primera instancia a los profesionales del deporte, cuya formación determinará la competencia adecuada en la prevención y protección de riesgos. Pero no existe una regulación estatal de esta materia y de momento solo algunas Comunidades Autónomas han aprobado leyes reguladoras del ejercicio de las profesiones del deporte, o han regulado esta materia en sus respectivas leyes deportivas. Esta cuestión ha desatado la polémica respecto de la Administración competente para regular el ejercicio de las profesiones del deporte. Asunto que trataremos en un apartado independiente más adelante. Asimismo las normas autonómicas que han regulado esta cuestión también serán objeto de un comentario detallado en el apartado relativo al análisis de cada una de las normas deportivas existentes en cada comunidad autónoma.

Tal y como hemos visto, ni la regulación de las enseñanzas de régimen especial, ni la regulación de las cualificaciones profesionales a través de los Marcos Nacionales de Cualificaciones (MNC) con referencia al Marco Europeo de Cualificaciones (MEC), suponen una regulación del ejercicio profesional. Tal situación incide directamente sobre la eficacia de los aspectos preventivos en las actividades físico-deportivas, impidiendo que este factor pueda desarrollarse y aplicarse plenamente.

En opinión de JACOMET CARRASCO (2014: 41) las leyes que dicten las diferentes comunidades autónomas para regular las profesiones del deporte, deberían tener en cuenta el Marco del Catálogo Nacional de Cualificaciones Señala el referido autor que: *“El inicio del proceso legislativo debería estar en la definición de las profesiones y competencias que deben desarrollar: y todo ello referido al citado Catálogo (que además servirá para vertebrar la oferta de las nuevas formaciones profesionales). En definitiva, se trata de determinar las competencias necesarias para*

ejercerlas, establecer de manera expresa cuales son estas profesiones y la forma de acreditar estas competencias; sea por la vía de la formación reglada, sea por la vía de la acreditación y los certificados de profesionalidad. Una vez más no caigamos en el error de confundir profesión y título”.

Por último debemos citar una iniciativa complementaria en orden a actualizar y ampliar el marco de competencias de los técnicos deportivos para la mejora de su actividad. Con este objetivo la Resolución de 6 de marzo de 2014 de la Presidencia del CSD ha regulado el denominado “Proyecto Piloto del Programa de Formación Continua en el Deporte” (proyecto FOCO), dirigido a estimular la formación continua de los técnicos vinculados al sistema deportivo que puedan acreditar cualquier título oficial de enseñanzas deportivas en régimen especial o su equivalencia profesional, cualquier título oficial en actividad física y deporte o certificación de profesionalidad, así como quienes acrediten una formación realizada conforme a las previsiones de la disposición transitoria primera del Real Decreto 1913/1997, o diploma federativo expedido con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto 1363/2007, de 24 de octubre.

La formación del proyecto FOCO se realiza a través de las federaciones deportivas españolas, aunque dado el carácter experimental del proyecto piloto involucra exclusivamente a las federaciones de luchas olímpicas y disciplinas asociadas, pádel, natación, tenis e hípica y por tanto, a la formación complementaria en las modalidades y especialidades que estas federaciones gestionan. El contenido de las actividades de formación continua que se ofrecen es de dos clases: por un lado una formación general transferible a la mayor parte de los ámbitos de la actividad física; y por otro lado una formación específica o exclusiva para la correspondiente modalidad o especialidad deportiva. Existiendo tres perfiles profesionales diferentes: uno vinculado a la iniciación en la enseñanza, otro al perfeccionamiento técnico y la tecnificación y por último la formación vinculada al alto rendimiento.

A los efectos de nuestro trabajo interesa destacar que entre los objetivos prioritarios que la norma ha establecido para este tipo de formación, el artículo 4.b) ha previsto la seguridad y la salud en la práctica de la modalidad deportiva. Objetivo que

comparte protagonismo junto a otros, como la lucha contra el dopaje, la incorporación de nuevas tecnologías, la incorporación de las personas con discapacidad, la perspectiva de género o la mejora del rendimiento. La previsión respecto de la seguridad y salud ubicada entre los objetivos prioritarios de la formación continua de los técnicos deportivos, resulta reveladora de un concepto continuista y coherente con los contenidos de la formación oficial y de las acreditaciones profesionales, en los cuales siempre ha estado presente una formación con estos mismos contenidos, ahora calificados como “prioritarios” y que sin duda responden a la certeza de que tales aspectos son determinantes en quienes deben coordinar todos los factores de riesgo concurrentes en la actividad que imparten o dirigen.

El proyecto FOCO, iniciado con la publicación en la página web del CSD de la citada Resolución de 6/03/2014, sin duda debe propiciar nuevas iniciativas ampliadas a otras modalidades deportivas y que presupongan la necesaria colaboración de otras federaciones españolas en la formación continua de sus técnicos deportivos.

2.1.5. La regulación de las profesiones del deporte como factor preventivo de la seguridad y salud de los usuarios.

La inexistencia de una legislación estatal reguladora de las profesiones del deporte ha propiciado en algunas CC.AA. la necesidad de regular esta cuestión. La primera de todas fue la Ley 3/2008, de 23 de abril, de Cataluña de l'exercici de les professions de l'esport (modificada por la Ley 7/2015, de 14 de mayo); la Ley 1/2015, de 23 de marzo, del ejercicio físico y del deporte de La Rioja; y finalmente la Ley 15/2015, de 16 de abril, por la que se ordena el ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura.

La aparición de estas normas autonómicas ha suscitado una polémica que confirma la complejidad de esta materia del ejercicio de las profesiones tituladas desde un punto de vista competencial.

En todas las normas reguladoras de las profesiones del deporte se aprecia la preocupación de otorgar la mejor protección posible a los usuarios de las actividades

deportivas, bien mediante la verificación de las competencias de los profesionales encargados de velar e imponer la seguridad y salud en dichas actividades, o bien regulando las diferentes profesiones del deporte y las titulaciones legalmente exigibles para su ejercicio. Pero la doctrina se encuentra dividida respecto de la competencia legítima que tienen las CCAA para legislar ignorando la posible exclusividad de la competencia estatal en esta materia, lo que ha dado lugar a opiniones encontradas. Para un sector doctrinal en el que se ha significado ESPARTERO (2015), las competencias de las CC.AA. en la regulación del ejercicio profesional se subordinan a la del Estado y no en términos de absoluta uniformidad, sino en los que informó la STC 42/1981: *“En efecto, en el ejercicio de sus competencias, sea en materia funcional, de régimen local, o las relativas al ejercicio de las profesiones tituladas (artículo 10.1.1 y 9, números 8 y 23 del Estatuto), la Comunidad siempre tendrá que partir, al menos, del contenido y efectos reconocidos a los títulos académicos o profesionales por el Estado, pues de otro modo vendría a regular el alcance, y siempre tendrá límite de que cualquier desigualdad habrá de estar justificada y no habrá de ser discriminatoria ni podrá afectar a las condiciones básicas que garantizarán la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos constitucionales (artículos 149.1.30, 14,23 y 149.1.1 de la Constitución (FJ.5º)”*.⁸⁵

En opinión del citado autor, esta sentencia debe verificarse en el contexto de la actividad física y el deporte y plantearse «si en la competencia del Estado no confluyen otros títulos competenciales como el de unidad de mercado y la ordenación general de la economía. Si en un mismo título académico tiene un recorrido profesional u otro según la respectiva regulación autonómica podríamos encontrarnos con un mercado fragmentado,

⁸⁵ Asimismo deben considerarse las Sentencias del Tribunal Constitucional 83/1984, 42/1986 y 122/1989 que parten de la distinción entre profesiones tituladas y profesiones reguladas. La primera señala que el ordenamiento efectúa una reserva para el ejercicio de la profesión para quienes estén en posesión de un determinado título, cuya creación y regulación compete al Estado en exclusiva por los artículos 36 y 149.1.30 CE. La STC 42/1986 define las profesiones tituladas como aquellas que precisan la posesión de un título que reconoce la realización de ciertos estudios y su ratificación mediante un certificado o licencia. La STC 122/1989 declara que la competencia exclusiva para reconocer una profesión titulada corresponde al Estado, quien tiene atribuido verificar las exigencias del interés público y los datos producidos en la vida social, para determinar cuándo una profesión debe pasar de ser una profesión titulada con arreglo al artículo 149.1.30 CE. Y subraya que en la reserva de competencias en base al artículo 149.1.30º CE subyace el principio de igualdad de derechos de todos los españoles (artículo 139.1) por lo que dicho principio está estrechamente vinculado a la competencia.

sin referencias únicas y en condiciones muy complejas de articular la libertad de servicios desde una perspectiva transnacional» (ESPARTERO CASADO, 2015).

La jurisprudencia constitucional relativa a esta materia es clara, entre otras las más recientes SSTC 31/2010, de 28 de junio y 201/2013, de 5 de diciembre, cuyo fundamento jurídico 3º sintetiza los pronunciamientos anteriores del Tribunal Constitucional sobre la competencias estatal y autonómica en materia de profesiones tituladas:

“En materia de profesiones tituladas, la competencia estatal deriva de lo dispuesto en el artículo 149.1.30, que reserva al Estado la competencia exclusiva sobre la “regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales. En lo que respecta al alcance de las competencias estatales sobre esta materia, existe una amplia jurisprudencia constitucional, que sintetiza la STC 111/2012 de 24 de mayo, FJ 3, afirmando que la competencia del art. 149.1.30 CE “comprende la de establecer los títulos correspondientes a cada nivel y ciclo educativo en sus distintas modalidades, con valor habilitante tanto desde el punto de vista académico como para el ejercicio de las profesiones tituladas, es decir, aquellas cuyo ejercicio exige un título (...) así comprende también la competencia para expedir los títulos correspondientes y para homologar los que sean expedidos por el Estado (STC 42/1981 de 22 de diciembre FJ 3, reiterado en la ST 122/1989 de 6 de julio, FJ 3)...”

Por su parte la ley de Extremadura 15/2015 (preámbulo) fundamenta la regulación efectuada en base a su competencia exclusiva en materia de ejercicio de las profesiones tituladas y que fue desarrollada por la Asamblea de Extremadura mediante la Ley 11/2002, de 12 de diciembre, de Colegios y de Consejos de Colegios Profesionales de esta comunidad. Y en dos títulos habilitantes reconocidos por el Estatuto de Autonomía: al otorgar la competencia exclusiva en materia de deportes en el artículo 9.1.46 y la competencia para regular el ejercicio de las profesiones tituladas en el artículo 9.1.11. Asimismo señala la competencia autonómica exclusiva en la regulación de otras materias vinculadas e igualmente previstas en el artículo 9.1 citado como las competencias de desarrollo normativo en educación (ap.4) o sanidad y salud pública (ap.9), la protección de los consumidores y usuarios (ap 18), la promoción de la salud (ap.24) las actividades recreativas (ap. 43) el fomento del voluntariado (ap. 45) las promoción, regulación y planificación de las actividades de ocio (ap. 46).

Pero en sentido contrario, el Dictamen 5/2014 emitido por el Consejo Económico

y Social de Extremadura al anteproyecto de la Ley sobre ordenación de las profesiones del deporte en esta comunidad, efectuaba la siguiente valoración de carácter general: *“...es necesario un Marco Nacional Base, con objeto de evitar las diferencias y discrepancias que pudieran existir entre las normativas que comienzan a desarrollarse en las CC.AA. del país. De hecho, queremos llamar la atención acerca de que podrían existir atisbos de inconstitucionalidad en determinados artículos de la ley que se nos presenta, tal y como ocurrió con la Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 3/2008, de 23 de abril, del ejercicio de las profesiones del deporte.”*

Por su parte, la Ley 1/2015 de La Rioja fundamenta la regulación del ejercicio de las profesiones en el título III; según el preámbulo “de acuerdo con el principio de necesidad [...] y con base en el interés público”, señalando la *“necesidad de poner el acento en la concienciación social acerca del alarmante intrusismo observado en una actividad directamente relacionada con la salud y la seguridad personal...”*, pero sin efectuar un alegato jurídico a las competencias propias para regular la materia.

La ley de Cataluña 3/2008, recientemente modificada mediante la Ley 7/2015, de 14 de mayo (BOE nº 30 de 01/06/2015), reitera como justificación de un lado la recomendación 2006/1063 /COD) del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa como referente en la valoración de las competencias, asignación de ámbitos de trabajo y control adecuado del ejercicio de las profesionales del deporte y de otro sus competencias estatutarias, así como el mandato contenido en la DA 8ª de su ley del deporte aprobada mediante DL 1/2000, de 31 de julio, y por el cual el gobierno debía presentar al parlamento un proyecto de Ley que regulase el ejercicio de las profesiones del deporte en el territorio de Cataluña.⁸⁶

⁸⁶ Mediante la Resolución IRP/262/2009, de 9 de febrero, se dio publicidad al compromiso del Consejo de Gobierno de la Generalidad de Cataluña de promover la modificación del texto de la Ley 3/2008, según acuerdo de la Subcomisión de Seguimiento Normativo, Prevención y Solución de Conflictos de la Comisión Bilateral Generalidad-Estado (reunión celebrada el 29/01/2009). Pero en el trascurso de las negociaciones hubo una propuesta del Consejo de Ministros para la interposición de un recurso de inconstitucionalidad de los artículos 4,5, y 6 de la Ley 3/2008 que se sometió a consultas del Consejo de Estado cuyo dictamen nº 48/2009 de 29/01/2009 señalaba la existencia de fundamentos para interponer el citado recurso de inconstitucionalidad; siendo que el mismo día la Subcomisión adoptó otro acuerdo por el que “ambas partes coinciden en considerar resueltas las discrepancias manifestadas en relación a

En una posición intermedia LANDABEREA invoca una STC de 23/07/1989 para considerar que la resolución de la controversia podría justificarse con arreglo a esa doctrina propia del alto tribunal, en tanto no se hayan establecido las condiciones básicas relativas a “*La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales*” como competencia estatal del artículo 149.1.1. CE. Pues como señala dicha doctrina «resultará sumamente difícil atribuir a la legislación autonómica una invasión competencial y que el artículo 149.1.1 más que delimitar un ámbito material excluyente de toda intervención de las CC.AA., lo que contiene es una habilitación para que el Estado condicione – mediante precisamente, el establecimiento de unas condiciones básicas uniformes – el ejercicio de esas competencias autonómicas...Si el Estado considera necesario establecer en el futuro esas condiciones básicas y al dictarlas entra en contradicción con preceptos de las leyes autonómicas en vigor, estos últimos quedarían automáticamente desplazados por aquellas». (LANDABEREA UNZUETA. 2008).

En los marcos legales autonómicos citados en los que sólo está permitida la intervención de profesionales competentes y debidamente formados, los poderes públicos están en condiciones de garantizar la protección de los derechos e intereses de los potenciales clientes, pues en dicho sector de actividad solo intervendrán individuos capacitados para trabajar sobre las cualidades y capacidades físicas del usuario. Es por esta razón que unánimemente se considera que la regulación del ejercicio de las profesiones no solo tiene como objeto la protección de los intereses corporativos o propios de un gremio, sino muy especialmente el interés de los consumidores finales de la prestación de sus servicios. Algo que resulta especialmente visible en ámbitos de actuación como el sanitario en los que la actividad profesional actúa directamente sobre las cualidades psicofísicas del cliente, pero que ha permanecido casi invisible en el

las disposiciones contempladas en este acuerdo y concluida la controversia planteada” (ATSERIAS, M. 2015)

ámbito de las actividades físicas y deportivas, pese a tener por objeto la movilización dirigida del cuerpo humano y la mejora o preservación de sus capacidades psicomotrices, que justifica la imprescindible la presencia no solo de profesionales competentes sino de un entorno legal que impida la presencia de quienes no lo son.

Del análisis de la legislación autonómica existente en España podemos deducir que existen tres tipos de normativa autonómica clasificable por la forma en que han regulado la dirección o instrucción en actividades deportivas. De un lado están aquellas que, como las ya citadas, han procedido a la aprobación de leyes del ejercicio de las profesiones del deporte. En segundo lugar estarían aquellas CC.AA. que sin haber llegado a una regulación exhaustiva profesional, han previsto la exigencia de que este colectivo cuente al menos con una titulación oficial, aunque sin llegar a determinar cuál. Y, finalmente, nos encontraríamos con aquellas legislaciones autonómicas que han previsto la exigencia de una titulación sin precisar si esta debe ser oficial, incluso existirían CC.AA. que no han regulado esta materia en absoluto.

Hay CC.AA. que han creado organismos especializados para el control y fiscalización de las obligaciones que deben asumir todos los protagonistas de la gestión u organización de actividades deportivas, a través de una inspección deportiva entre cuyas funciones lógicamente se encontraría la de perseguir el cumplimiento de las obligaciones impuestas por la legislación autonómica respecto del ejercicio de las profesiones del deporte, la posesión de la titulación oficial o cualquier otro requerimiento legalmente establecido.

La intervención de profesionales con una titulación oficial adecuada constituye uno de los medios preventivos fundamentales para que las AA.PP. garanticen adecuadamente los parámetros de seguridad con que está diseñada una actividad deportiva. Y si bien es cierto que la regulación de las profesiones del deporte constituye una vía de regulación y protección especialmente idónea, no podemos obviar que tal protección podría complementarse por otras vías, como las que proporciona el derecho laboral al regular los mecanismos de prevención de riesgos laborales, inicialmente

concebidos para la protección de los trabajadores y que podrían ayudar a cerrar el diseño del sistema preventivo de un modo completo y determinante como veremos a continuación.

2.1.6. La condición y cualificación del profesional del deporte en la prevención de la seguridad y salud del usuario.

En este apartado examinaremos los aspectos de la salud tanto del profesional del deporte como de los usuarios de la actividad deportiva en aquellas relaciones que podemos calificar genéricamente como de dirección deportiva y que incluyen las que algunas CC.AA han regulado como las funciones propias de un “monitor”, “instructor” o incluso “animador”. Profesionales del deporte que tienen de común el haber hecho su profesión a partir de la intervención en las capacidades psicofísicas de sus clientes, mediante la movilización dirigida de su actividad física.

No existe en nuestro ordenamiento jurídico deportivo estatal una definición concreta para este colectivo de técnicos deportivos profesionales. Pero podemos citar los tres ordenamientos autonómicos que han efectuado una regulación del ejercicio de las profesiones del deporte y han propuesto una definición legal para estos profesionales. Así el 4.1 de la Ley 3/2008, de 23 de abril, del ejercicio de las profesiones del deporte de Cataluña, define que la profesión de animador/instructor como aquella que: *“permite ejercer funciones de instrucción deportiva, formación, animación, acondicionamiento físico, mejora de la condición física, control y demás funciones análogas respecto a las personas que aprenden y practican dicho deporte, si esta práctica no está enfocada a la competición deportiva”*.

En el artículo 18.1.a) 1º de la Ley 1/2015, de 23 de marzo, del deporte de La Rioja se define al instructor como una clase de técnico deportivo profesional que realiza *“funciones de aprendizaje deportivo, formación, animación, acondicionamiento y mejora de la condición física, control y demás funciones análogas respecto a las personas que entrenan, aprenden y practican ejercicio físico y deporte, si esta práctica no está enfocada a la competición deportiva.”*

Y en el artículo 9.1 de la Ley 15/20145 de 16 de abril, por el que se ordena el ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura, define como monitor deportivo a “*todo aquel profesional del deporte que orienta su actividad a la supervisión y control de la actividad física y deportiva no enfocada a la competición, proporcionando a los usuarios actividades y conocimientos adecuados a sus características y necesidades.*”

De todas las posibles formas de intervenir como profesional del deporte en actividades dirigidas, nos referiremos a quienes dirigen una actividad física dedicando buena parte de su jornada laboral a mostrar las técnicas propias de una determinada actividad física. Esta tarea precisará la implicación física directa de dicho profesional, que debe ejecutar la forma técnicamente correcta una actividad deportiva; pero también supondrá una intervención directa sobre las cualidades y condiciones psicofísicas del usuario o cliente. Así ocurre en muchas de las actividades dirigidas de gimnasio, *fitness*, o sala, tales como el yoga, pilates, aerobio o aquagim, entre otras, cuya práctica ha ido en auge en nuestro país significando un colectivo que representa al menos un 59% de la práctica deportiva total efectuada en España⁸⁷. A los efectos del presente epígrafe agruparemos a estos profesionales bajo la denominación genérica de “*técnicos deportivos*”. Un colectivo de profesionales en constante expansión, debido a la demanda creciente de servicios deportivos de esta naturaleza.

Estos profesionales no solo dirigen una actividad sino que, cuando utilizan la técnica de la demostración directa a sus clientes, realizan una praxis ideal de la actividad física, convertida así en modelo a seguir por el usuario que intentará imitar las mismas posturas y movimientos realizados por el técnico, en el mismo orden y secuencia, con la misma intensidad, pausas y descansos, convirtiendo a esta en una relación en espejo que hará que los riesgos de la actividad sean compartidos aunque no la regulación legal para su adecuada prevención y tratamiento, por lo que la protección de la salud de estos usuarios quedará en última instancia en las manos de estos profesionales, de su formación, de su modo de actuar e incluso de la propia regulación legal de su actividad,

⁸⁷ Datos obtenidos del Anuario de Estadísticas Deportivas 2014, publicado por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte (tabla 11.9, en la que se han considerado las actividades físicas de acompañamiento, las de piscina incluida la natación recreativa, musculación, gimnasia suave en centro deportivo, gimnasia intensa y actividades de inspiración oriental).

pues en aquello que el ordenamiento jurídico proteja la seguridad y salud del profesional protegerá igualmente la seguridad y salud del usuario.

2.1.6.1. La precariedad y polifuncionalidad laboral como factores de riesgo para la salud de profesionales y usuarios.

Hemos señalado anteriormente que en muchas actividades deportivas dirigidas puede existir una comunicación natural de los riesgos propios del profesional que imparte y dirige una clase, con los usuarios de tales servicios que comparten un mismo espacio y condiciones y coinciden en la misma actividad, al repetir la misma secuencia de movimientos o posturas mostrados por el profesional docente, en el mismo orden y con la intensidad solicitada por este. Los riesgos que afectan al profesional, aun siendo mayores que los que recibe el alumno por la reiteración y la carga laboral, son también los mismos riesgos que acechan al alumno que los imita.

El amplio mercado de las actividades dirigidas en gimnasios ha generado un sector de profesionales cuyas características más relevantes son la polifuncionalidad y la precariedad, a lo que debemos sumar los ya citados riesgos relativos a la inexistencia de una formación oficial y reglada para la mayor parte de las actividades así como la desregulación de la actividad profesional.

Según ERGA, publicación oficial del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), los profesionales de la actividad física en gimnasios se enfrentan a una elevada polifuncionalidad. En este mismo sentido PIEDRABUENA CUESTA (2014) señala que: «Es necesario considerar que en una instalación deportiva existe una amplia variedad de perfiles o puestos de trabajo y que cada uno de ellos se encuentra expuesto a unos riesgos específicos de su actividad [...]. Debido a la gama de actividades a realizar la diversificación de los riesgos a los que se encuentran expuestos también es mayor. [...] Por otra parte, la actualización y reciclaje profesional es prácticamente continuo debido a la aparición de disciplinas y modalidades».

En esta misma línea y en el frecuente caso de que tales actividades se lleven

también a cabo en instalaciones turísticas, residenciales y naturales, MARTINEZ SERRANO (2010) señala que en los últimos años las personas que ejercen funciones de animación-recreación deportiva y entrenamiento deportivos en España, poseen un elevado porcentaje de polifuncionalidad superando el 80%. Datos que también concuerdan con la variedad de funciones que aparecen representadas en esa investigación. Asimismo otras investigaciones añaden que una de las características laborales que definen a los trabajadores de las citadas instalaciones muestra que un 55% de personas trabajan por su cuenta y desarrollan actividad física y deporte sin ningún tipo de estructura ni organización legal y desarrollan sus funciones de actividad física y deporte sin contrato» (MARTÍNEZ SERRANO. 2007).

Junto a los datos relativos a la situación laboral de estos trabajadores, debemos considerar también los datos oficiales ofrecidos por el INSHT, en cuyo informe anual de accidentes de trabajo en España (2013) cifra en 3776'42 los accidentes ocurridos en el sector de las actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento. El 8'6% de los accidentes laborales ocurridos durante la jornada laboral ocurrieron en circulación, actividades deportivas y artísticas; de los cuales el 39% lo fueron por sobreesfuerzos, un 25% por choques o golpes contra objetos inmóviles y un 13% por choques o golpes contra objetos móviles.

La polifuncionalidad y la precariedad laboral son factores que condicionarán la posibilidad de efectuar una adecuada protección de la seguridad y salud del profesional de la dirección deportiva y esto afectará igualmente al usuario. En el caso de la precariedad laboral resulta obvio que un trabajador sin contrato queda fuera del sistema. Pero del mismo modo una exclusión parcial del sistema laboral también afectará al usuario. Esta situación resulta especialmente visible en los casos de contrataciones tapadera en las que se documenta un menor número de horas que las efectivamente son realizadas, o en los casos de encomienda de funciones y cometidos divergentes a la formación acreditada y/o contratada. Elementos de los que se infieren relaciones laborales en la que difícilmente se producirá un escrupuloso respecto de los derechos laborales, incluida una rigurosa evaluación de los riesgos laborales y una actitud vigilante del empresario respecto de los factores que inciden en la seguridad y salud en el trabajo y

que inevitablemente repercutirán en el usuario.

Por lo que respecta a la polifuncionalidad, aunque existan contratos de técnico deportivo que especifiquen la modalidad efectiva impartida, la evaluación de riesgos laborales (ERL) asociada al puesto de trabajo que realizan los servicios de prevención ajenos (SPA) de riesgos laborales, difícilmente singularizan los puestos por el trabajo técnico especializado que realiza el técnico deportivo. Mas bien al contrario, para estas empresas especializadas en la prevención, todos los riesgos del personal de un mismo centro deportivo se evalúan bajo una misma y genérica denominación de *monitor deportivo* o *técnico deportivo*; y esta calificación no considera ni diferentes espacios en los que se imparten ni la diversidad de actividades impartidas y por tanto desconoce la diferente movilización de los grupos musculares o articulares de cada una, así como sus riesgos asociados. En ocasiones se incluyen y evalúan conjuntamente actividades de agua y de sala sin mayor reparo conceptual. Este ha sido el resultado de un acceso investigador realizado en varios centros deportivos de gestión indirecta de la ciudad de Valencia en 2015⁸⁸, resultando que el análisis de las respectivas ERL aprobadas hacían posible la polifuncionalidad de los trabajadores obviando los riesgos singulares propios de cada actividad, con el riesgo potencial de transmitir dichos riesgos también a los usuarios. En estos casos las empresas de gestión deportiva pueden llegar a ser, al igual que los propios usuarios, víctimas de un sistema laboral preventivo insuficiente en el que resultaría imprescindible que participase el asesoramiento especializado de los profesionales de las Ciencias del Deporte y la Actividad Física, cuya colaboración en la confección de las ERL de las empresas de servicios deportivos sería muy adecuada en orden al asesoramiento de las diferentes actividades y modalidades, proponiendo un estudio riguroso de las pausas y tiempos de descanso entre ellas, los equipos de protección adecuados, los ejercicios de calentamiento recomendables, así como la compatibilidad entre unas y otras de cara a una programación específica que admita la polifuncionalidad laboral en la misma empresa o las inevitables sustituciones por circunstancias sobrevenidas. Y haciendo que todas estas circunstancias no fueran un imprevisto

⁸⁸ Se ha accedido a la documentación técnica preventiva de los polideportivos municipales de gestión indirecta de Patraix, Orriols y Abastos en Valencia.

trasladable al usuario que pudiera poner en peligro su seguridad y salud.

2.1.6.2. El profesional del deporte como recurso preventivo en la salud del usuario.

Como cualquier trabajador por cuenta ajena, el técnico deportivo está sometido a una legislación laboral en la que existe un profuso régimen regulador de su derecho a la salud. Concretamente en Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), aprobado mediante Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre. En cada una de las normas citadas y su correspondiente desarrollo reglamentario, encontramos la regulación de los aspectos preventivos, en la LPRL, y de los protectores o asistenciales en la LGSS y cuya consideración como acciones consecutivas nos permite contemplar de un modo global y completo el derecho a la salud en los términos que es formulado por el artículo 43 de la Constitución Española. En definitiva nos encontramos ante un sistema laboral que incide en la existencia de dos dimensiones: la acción preventiva que realizan los servicios de prevención contratados por la empresa; y la acción protectora que asumen las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social frente a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Los técnicos deportivos son trabajadores por cuenta ajena, por lo que la protección de su seguridad y salud debe venir establecida fundamentalmente por la normativa laboral de prevención de riesgos que exige al empresario básicamente dos tipos de actuaciones: por un lado el haber documentado una evaluación individualizada de los riesgos laborales (ERL) que concurren en la actividad realizada por los trabajadores en cada puesto de trabajo, con la finalidad de prever aquellos riesgos que son objetivos y que requieren la adopción de medidas correctoras tendentes a evitarlos. Y por otro lado la evaluación periódica de la salud de los trabajadores realizada mediante las revisiones médicas periódicas en la empresa para verificar que su actividad laboral cotidiana no perjudica a la salud del trabajador.

Pero entre la normativa laboral citada encontramos un precepto que podría ser

clave para poder estructurar también una adecuada protección de la salud de los usuarios. Se trata del artículo 29.1 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, regulador de las obligaciones que asumen los trabajadores en materia de prevención de riesgos y que convierte a la salud del usuario, tercero implicado en la actividad del técnico deportivo en el objetivo de la prevención de riesgos laborales y en una obligación para el propio trabajador. El artículo citado establece que:

“Corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario.”

Parece algo evidente que las únicas personas que pueden quedar afectadas por la actividad de los profesionales del deporte no son otros que los usuarios de tales actividades, esto es, los clientes de las actividades dirigidas, un colectivo que como vimos representa al menos un 59% de la práctica deportiva total efectuada en España⁸⁹.

Estamos por tanto ante un colectivo de usuarios suficientemente numeroso como para plantear la congruencia de un sistema que vele por la protección de su seguridad y salud, bien mediante la regulación del ejercicio profesional, o bien a través de la formación del profesional que trabaja con las cualidades psicofísicas del cliente como materia prima y que considere determinante la formación adquirida por quienes dirigen tales actividades, esto es, su perfil profesional constituido por las competencias y habilidades propias de su profesión u oficio convertidas en la formación propia del recurso preventivo.

La reforma que llevó a cabo la Ley 54/2003 en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, (LPRL) creó entre otros aspectos la figura de los **recursos preventivos**, cuya regulación completa se contempla en el artículo 32.bis de la LPRL y en el artículo 22 bis

⁸⁹ Datos obtenidos del Anuario de Estadísticas Deportivas 2014, publicado por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte (tabla 11.9, en la que se han considerado las actividades físicas de acompañamiento, las de piscina incluida la natación recreativa, musculación, gimnasia suave en centro deportivo, gimnasia intensa y actividades de inspiración oriental).

del Real Decreto 39/1997, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de prevención (RSP). El desarrollo de este precepto por parte del Ministerio de Trabajo e Inmigración se plasmó en el criterio técnico nº 83/2010 sobre “presencia de recursos preventivos en las empresas, centros y lugares de trabajo”, así como en la nota técnica de prevención (NTP) 944 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo que pretende resolver todas las dudas que puedan existir sobre la figura del recurso preventivo⁹⁰.

A la vista de la normativa citada y de la interpretación y desarrollo que se ha efectuado de la misma, no cabe duda respecto de la decidida exclusión del currículo formativo de los trabajadores en las actividades de prevención de riesgos respecto de terceros. El planteamiento actual supone entender que el trabajador se convierte en recurso preventivo, pero exclusivamente para la propia plantilla laboral y cuando ha adquirido formación en materia de prevención de riesgos laborales, sin considerar su formación específica para el puesto de trabajo y las consecuencias que dicha formación pueda tener respecto de su actividad profesional afectando a terceras personas.

Un planteamiento alternativo al expuesto exigiría que en la definición de los organigramas y plantillas de las empresas existiera una relación directa entre evaluación individualizada de los riesgos laborales de la empresa y la titulación exigible en cada puesto de trabajo, especialmente en aquellos puestos de trabajo en los que se trata directamente con el cliente y se actúa en la praxis laboral sobre las condiciones psicofísicas del mismo. La titulación y/o cualificación para ocupar un puesto de trabajo que determine que este pueda quedar encuadrado en una determinada categoría laboral y en un concreto puesto actuaría de este modo como el primer elemento de aseguramiento y garantía no solo de la actividad preventiva, dirigida a los trabajadores de la propia empresa, sino también en la medida que afecta a la seguridad y salud de sus clientes.

Sin embargo esta visión que relaciona la titulación con el puesto solo ha prosperado en el ámbito de la función pública mediante una exhaustiva regulación legal de las plantillas y relaciones de puestos de trabajo en las Administraciones Públicas, de

⁹⁰ Las NTP son guías de buenas prácticas cuyas indicaciones no son obligatorias salvo que estén recogidas en una disposición legal vigente.

modo que cada puesto de trabajo previamente clasificado en un grupo de titulación, solo puede ser desempeñado por personal con la titulación oficial correspondiente al puesto. Aunque lo cierto es que esta exigencia en la función pública carece de una visión preventiva y se orienta más bien a la protección de un interés general o a la salvaguarda de los principios de mérito y capacidad de los empleados públicos, pero sin atender en particular a la protección del derecho a la salud.

Pese a que el citado artículo 29.1 de la LPRL establece claramente que la obligación de los trabajadores de velar por su propia seguridad y por la de los terceros a los que se dirija su actividad dependen de su formación, el legislador laboral ha dejado un mensaje interrumpido o inconcluso pues de la clara redacción de este precepto solo han derivado normas que desarrollan parcialmente este interesante concepto y se dirigen a considerar que el “*recurso preventivo*” es el trabajador que ha adquirido formación pero exclusivamente preventiva, esto es, excluyendo la formación o capacitación propia para el desempeño de las funciones del puesto de trabajo salvo en algunos supuestos que se han convertido en excepción y entre los que encontramos ejemplos de titulaciones universitarias específicas o incluso de titulaciones de formación profesional concreta, pero entre las que no encontramos las titulaciones oficiales del deporte ni la formación asociada u homologada a esta.

A título de ejemplo citaremos el caso de los montajes eléctricos, para los que el legislador laboral ha previsto que el profesional que intervenga en los mismos cuente con la titulación adecuada. En este sentido el Real Decreto 614/2001, de 8 de junio, sobre disposiciones mínimas para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores frente al riesgo eléctrico define en el Anexo I, ap.14 como *trabajador cualificado*, al “*trabajador autorizado que posee conocimientos especializados en materia de instalaciones eléctricas, debido a su formación acreditada, profesional o universitaria, o a su experiencia certificada de dos o más años.*”

Por su parte, también el Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo, señala en el Anexo II, artículo 4.3.7 que: “*Los andamios sólo podrán ser montados, desmontados o modificados sustancialmente bajo la*

dirección de una persona con una formación universitaria o profesional que lo habilite para ello...” Resultando que en el apartado 4.3.3 se establece que el plan y el cálculo en el andamiaje deberán ser realizados por “*una persona con una formación universitaria que lo habilite para la realización de estas actividades.*”

Resulta evidente que con esta regulación laboral se ha hecho depender la seguridad y salud del trabajador de su propia formación o cualificación profesional. Lo que, unido a lo preceptuado en el citado artículo 29.1 LPRL supone aceptar que dicha formación repercutirá igualmente en la seguridad y salud de terceras personas (propietarios de edificios, viandantes, usuarios etc...) cuya seguridad o salud pueda quedar afectada por el trabajo realizado por estos profesionales.

Sin embargo la interpretación extendida y aceptada de este artículo 29.1 pretende considerar que la formación a que se refiere este artículo no incluye aquella que habilita profesionalmente al trabajador para el desempeño de sus responsabilidades (el título que acredite su formación o la certificación de su cualificación profesional), como sería lógico, sino que es exclusivamente la formación específica que el trabajador recibe en el seno de la propia empresa en materia de prevención de riesgos laborales y que le proporcionará los conocimientos y cualificación necesaria para que el trabajador sea considerado como *recurso preventivo* propio y frente a terceros.

El ordenamiento laboral ha limitado por tanto la exigencia de una titulación oficial exclusivamente para los riesgos eléctricos y las labores de cálculo y montaje o desmontaje de andamios. Sin duda el motivo de que tal exigencia no se prevea en otras actividades profesionales, que también entrañan una actividad directa sobre las personas y un riesgo para su seguridad y salud tanto en su dimensión física como psíquica, debe entenderse sin duda por el hecho de que el ejercicio de la mayor parte de estas profesiones tituladas ya cuentan con una regulación profesional *ex lege* que impide el intrusismo por parte de quienes no cuentan con la capacitación adecuada, la titulación oficial correspondiente y se encuentran debidamente colegiados para el ejercicio de las mismas. Así ocurre especialmente en el área de los profesionales de la salud y es visible en ámbitos como la medicina, enfermería, psiquiatría, fisioterapia, radiología... y en general en todas aquellas actividades que requieren que el profesional que desempeña

estos trabajos, cuente con la habilitación necesaria que garantice que los riesgos propios de su actividad laboral no sean transmitidos imprudentemente a un tercero. Es por tanto obvio que el legislador ha sentado una tesis en cuya virtud una buena praxis profesional constituye el elemento preventivo de primer orden y que esta, a su vez, dependerá de la cualificación y titulación de quien la efectúa.

A la vista del análisis de esta cuestión resulta evidente que la salud de los usuarios o clientes de las actividades deportivas puede ser protegido adecuadamente mediante una regulación del ejercicio profesional o, en su defecto, mediante la exigencia de las titulaciones oficiales correspondientes impuesta desde la legislación de riesgos laborales, puesto que estamos en presencia del desempeño de una actividad de riesgo para terceros. Entendiendo que se debe proporcionar al ciudadano la cobertura a través de un sistema legal u otro sin que, en ningún caso, sean admisibles zonas de sombra legal o ángulos jurídicamente muertos en los que la salud de los usuarios pueda no quedar debidamente garantizada.

2.1.7. Las acciones preventivas de naturaleza indirecta.

Para concluir este apartado cabe señalar que el sistema jurídico deportivo estatal contempla otras medidas de naturaleza preventiva y que podríamos considerar como indirectas al no incidir sobre la actividad deportiva en sí misma considerada, sino en relación a su entorno inmediato. Nos referimos a las medidas contempladas en la Ley Orgánica 19/2007 de 11 de julio, contra la violencia, el racismo, la xenofobia y la intolerancia en el deporte. En esta norma aparecen detallados determinados factores externos o ambientales que, como más adelante se estudiará y analizará, pueden actuar como condicionantes de la actividad deportiva y de su resultado sobre la salud, actuando como causa coadyuvante del mismo y también como factor condicionante de lesiones y accidentes. Estudiar cómo son tratados y regulados estos factores, precisa que nos dirijamos al origen de las causas que generan este factor de riesgo potencial para la salud. Las medidas tendentes al tratamiento de dichos factores, su previsión y planificación por

el legislador, suponen el despliegue de una auténtica actividad preventiva aunque indirecta, al no recaer sobre la actividad deportiva en sí misma sino sobre determinados elementos externos y condicionantes de esta.

2.2. Las acciones protectoras de la salud en la legislación deportiva estatal.

El artículo 3 de la Ley Orgánica 3/2013, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva, define la protección a la salud como:

“...el conjunto unitario de acciones que los Poderes Públicos exigen, impulsan o realizan, según se respectivo ámbito de competencias, para conseguir que la práctica deportiva se realice en las mejores condiciones para la salud de los deportistas, así como para que se prevengan las consecuencias perjudiciales que puedan provenir de la actividad deportiva, especialmente, en el deporte de alta competición.”

Como podemos comprobar también en esta definición se comunican e intercambian los conceptos de prevención y protección considerando que entran dentro del ámbito de la protección de la salud las acciones preventivas, esto es, aquellas encaminadas a que *“se prevengan las consecuencias perjudiciales...”*.

2.2.1. La acción protectora al deportista federado.

La ley estatal del deporte efectúa un tratamiento claro y diferenciado de la salud del ciudadano-deportista según éste realice una práctica denominada general o ciudadana que podemos asociar al deporte de competición no oficial y al recreativo, de aquellos otros supuestos en los que se participe en competiciones oficiales. Para el

primer supuesto la ley reserva un ámbito de protección para los accidentes deportivos enmarcado en el sistema público de salud. Para el deporte federado que se produce con la participación en competiciones oficiales, se establece la necesidad de que el deportista cuente con un aseguramiento obligatorio y específico. El citado artículo 59 de la Ley 10/1990 establece literalmente que:

“1. La asistencia sanitaria derivada de la práctica deportiva general del ciudadano constituye una prestación ordinaria del régimen de aseguramiento sanitario del sector público que le corresponda, y asimismo de los seguros generales de asistencia sanitaria prestados por entidades privadas.

2. Con independencia de otros aseguramientos especiales que puedan establecerse, todos los deportistas federados que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal deberán estar en posesión de un seguro obligatorio que cubra los riesgos para la salud derivados de la práctica de la modalidad deportiva correspondiente.

En el caso de que la asistencia sanitaria sea prestada por una entidad distinta a la aseguradora, esta última vendrá obligada al reintegro de los gastos producidos por dicha asistencia, conforme a lo establecido en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad.

El aseguramiento de los accidentes deportivos acaecidos en competición oficial ha sido regulado mediante el Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo.

Con esta norma queda garantizado que todos los deportistas que participen en una competición oficial no solo estén federados sino que además cuenten con un seguro que cubra las lesiones y/o accidentes que surjan como consecuencia de la competición oficial. El alcance de dicha cobertura se establece en el artículo 2 del RD 849/1993, por el que se establecen las prestaciones mínimas del seguro deportivo obligatorio, al señalar que cubrirán en el ámbito de protección de los riesgos para la salud aquellos que sean «derivados de la práctica deportiva en que el deportista asegurado esté federado, incluido

el entrenamiento para la misma...».

La relación de coberturas se indica en el anexo de dicha norma⁹¹ y superan los mínimos de cobertura asistencial que proporciona la Seguridad Social a cualquier ciudadano.

Este sistema de protección médico-asistencial que diseña la ley estatal solo es obligatorio para el deportista que participa en competiciones oficiales, convirtiéndose en un requisito indispensable al quedar la cobertura de este seguro obligatorio unida

91 Conforme al Anexo del citado RD 849/93, las prestaciones mínimas a cubrir por el seguro obligatorio para deportistas federados es la siguiente:

1. Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional, sin límites de gastos, y con un límite temporal de hasta dieciocho meses desde la fecha del accidente.

2. Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos, y con un límite temporal de dieciocho meses desde la fecha del accidente.

3. Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad, y con un límite temporal de dieciocho meses desde la fecha del accidente.

4. Los gastos originados por rehabilitación durante el período de dieciocho meses desde la fecha del accidente.

5. Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 1.000.000 de pesetas, y con un límite temporal de hasta dieciocho meses desde la fecha del accidente. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.

6. Indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, con un mínimo, para los grandes inválidos (tetraplejia), de 2.000.000 de pesetas

7. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, por un importe no inferior a 1.000.000 de pesetas

8. Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, por un importe mínimo de 300.000 pesetas

9. Gastos originados por la adquisición de material ortopédico para la curación de un accidente deportivo (no prevención), por un importe mínimo del 70 % del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.

10. Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta 40.000 pesetas como mínimo.

11. Gastos originados por traslado o evacuación del lesionado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.

12. Asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional.

13. Libre elección de centros y facultativos concertados en toda España.

inseparablemente de la licencia deportiva y ésta a la competición oficial.

2.2.2. La acción protectora al deportista no competitivo y al no federado.

La cobertura general será la del sistema público de salud salvo que estas actividades deportivas se realicen en la vía pública, aunque se trate de una competición no federada. En este último caso, el régimen protector exigirá de un aseguramiento específico, un seguro de accidentes y de responsabilidad civil que asumirá el organizador de la prueba. En estos términos queda regulado por el RD 1428/2003, de 21 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación, para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobada por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo. Cuyo anexo II regula las “pruebas deportivas, marchas ciclistas y otros eventos”. Dedicando la Sección 1ª a las pruebas deportivas y definiendo en el artículo 1 su objeto al señalar que: *“Esta normativa tiene por objeto establecer una regulación de la utilización de la vía para la realización de pruebas deportivas competitivas organizadas”*. Y aplicándoles en el artículo 14 el siguiente régimen de protección: *“Todos los participantes de la prueba deben estar cubiertos por un seguro de responsabilidad civil que cubra los posibles daños a terceros hasta los mismos límites que para daños personales y materiales establece el Real Decreto 7/2001, de 12 de enero, para el seguro de responsabilidad civil de vehículos a motor de suscripción obligatoria, y un seguro de accidentes que tenga, como mínimo, las coberturas del seguro obligatorio deportivo regulado en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, sin cuya preceptiva contratación no se podrá celebrar prueba alguna”*.

Por lo que el régimen legal de cobertura sanitaria para las prácticas deportivas no competitivas efectuadas en la vía pública, será el mismo que para las prácticas deportivas no competitivas en general o el de las competitivas no federadas (salvo en vía pública),

esto es, que todas ellas tendrán la cobertura plena de la Seguridad Social. Dicha cobertura asistencial queda garantizada por el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, de cuyo anexo IX se infiere *sensu contrario* que cuando no concurre en el sujeto legitimado (conforme a las previsiones del art. 1.2 del a Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en relación al art. 83 de dicha norma) la concurrencia de un seguro obligatorio que deba cubrir la atención o prestación sanitaria recibida, esta se prestará dentro del sistema general. Señalándose como uno de los seguros obligatorios el de los deportistas federados y profesionales (anexo XIX; supuesto 4.a). En este caso los servicios de asistencia médica prestada por el sistema público de salud al deportista fuera de competición oficial, o en actividad no competitiva organizada en vía pública, no serán facturables por expresa determinación en el art. 4º del citado Anexo IX, del RD 1030/2006, regulador de la “Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago”.

2.2.3. La acción protectora al deportista profesional.

En el ámbito del deporte profesional el artículo 48 de la LO 3/2013, confirma la necesidad de que la acción protectora sobre este colectivo se desarrolle en el marco del sistema de la Seguridad Social, sometiendo dicha acción a la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) aprobada por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, a través de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social (MCSS), antes conocidas como mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Las mutuas colaboradoras no solo asumen la gestión de las enfermedades profesionales (EP) y los accidentes de trabajo (AT), sino también la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC), conforme al artículo 80 de la LGSS, inclusive realizando la gestión de la prestación económica de esta siempre que el empresario lo concierte por escrito y previa consulta a los representantes de los trabajadores, conforme al artículo 69 del RD 1993/1995 por el que se aprueba el

Reglamento de Colaboración de Mutuas y el artículo 831.a) de la LGSS. En este caso, las MCSS tienen encomendada la citada gestión económica a partir del día número 16 de la baja, pudiendo ofrecer la asistencia sanitaria al deportista profesional con su consentimiento y con el fin de adelantar la curación y por tanto el alta médica, pudiendo formular propuestas para el alta y actos de control y seguimiento de la prestación económica a partir del primer día de baja médica (artículo 82.4.b) y 173.1 respectivamente, de la LGSS).

Pero pese a la citada previsión, el artículo 48 de la LO 3/2013 establece un confuso régimen de protección a los deportistas profesionales tal y como se ha encomendado a las MCSS, señalando que estas: *“deberán contemplar el desarrollo de programas específicos orientados a proteger la salud y prevenir los riesgos derivados de accidentes de naturaleza laboral a los que dicho colectivo puede estar expuesto, así como la realización de actuaciones puntuales dirigidas a la recuperación de aquellas lesiones o patologías que pudieran derivarse de la propia práctica deportiva.”*

Esta redacción resulta aparentemente contradictoria con el actual sistema de protección de riesgos laborales, por cuanto en el ámbito de la prevención resulta propio de los servicios de prevención de riesgos laborales y de las mutuas. Por lo que el precepto citado no traslada con la claridad necesaria los ámbitos normativamente muy bien diferenciados entre ambas entidades, siendo el preventivo y el protector ámbitos de intervención diferenciados. Confusión que en este artículo excede de lo meramente conceptual, al proponer que las mutuas actúen en el marco de la prevención de riesgos de los deportistas profesionales, asumiendo la función de: *“prevenir los riesgos de accidentes de naturaleza laboral a los que dicho colectivo puede quedar expuesto”*; cuestión esta, expresamente prohibida por el artículo 32 de la Ley 31/1995 LPRL que prohíbe la participación de las mutuas en actividades de prevención al señalar literalmente que:

“Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social no podrán desarrollar las funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos,

ni participar con cago a su patrimonio histórico en el capital social de una sociedad mercantil en cuyo objeto figure la actividad de prevención.”

Tal separación entre actividades preventivas y protectoras se perfiló como definitiva en la reforma ya operada en la antigua LGSS (aprobado mediante RDL 1/1994); reforma introducida por la Ley 35/2014 (no derogada por la nueva LGSS aprobada mediante RDL 8/2015), en cuya disposición transitoria tercera se dispone que las mutuas que al amparo de lo dispuesto en el artículo 32 de la LPRL 31/1995 hubieran aportado capital de su patrimonio histórico en las sociedades mercantiles de prevención constituidas por las mismas, «deberán presentar propuestas de venta con anterioridad al 31 de marzo de 2015 y enajenar la totalidad de las participaciones como fecha límite el 30 de junio de ese mismo año».

Asimismo también en el artículo 10 del Reglamento de los Servicios de Prevención aprobado por RD 33/1997 de 17 de enero, se establece que entre las modalidades para el desarrollo de las actividades preventivas, se encuentra la prestación por empresas especializadas denominadas de “servicios de prevención ajenos” (SPA) cuya actividad está legalmente diferenciada a la efectuada por las mutuas.

Nuestro sistema jurídico ha implantado por tanto una clara delimitación entre el ámbito y competencias propios del sistema protector del deportista profesional, encomendado legalmente a las MCSS, del ámbito preventivo que legalmente corresponde a empresas especializadas y homologadas en la prevención de riesgos laborales como SPA y cuya realización tienen prohibidas por ley las MCSS pues como ya quedó dicho anteriormente, la prevención la deben asumir las empresas especializadas en virtud del artículo 31 de la Ley 31/1995, como empresas legalmente autorizadas por la Administración laboral, conforme se determina en el artículo 17.2 del citado RD 489/1993 que literalmente señala que estas entidades especializadas (SPA): “*deberán ser objeto de acreditación por la administración laboral, previa aprobación de la administración sanitaria, en cuanto a los aspectos de carácter sanitario. La acreditación se dirigirá a garantizar el cumplimiento de los requisitos de funcionamiento mencionados en el apartado anterior*”.

Pero con independencia de la precisión o el acierto con que la LO 3/2013 haya previsto la realización de acciones tanto preventivas como protectoras en el deporte profesional, el marco jurídico existente en la actualidad proporciona en su conjunto un ámbito de certeza más que considerable respecto de un tratamiento completo del derecho a la salud para los deportistas profesionales en todos sus aspectos. No obstante lo cual, volveremos a incidir sobre las peculiaridades del sistema en el deporte profesional al analizar más adelante los ámbitos protector y preventivo en una sociedad anónima deportiva y a través de una de las prácticas de contraste elegidas como es el fútbol.

2.3. Las acciones de fomento o promoción de la actividad física beneficiosa para la salud.

Programas estatales de promoción de la salud como “España se mueve” liderado por el CSD, pretenden un gran movimiento por la salud que tiene como objetivo promover hábitos de vida saludables en la sociedad española a través del fomento del deporte y la actividad física para mantener una vida activa y dinámica desde la infancia. La iniciativa se ha puesto en marcha en varios Ayuntamientos y consta de tres programas: “Muévete”, “No te pares” y “Movinivel+”, dirigidos a escolares, personas en situación de desempleo y tercera edad y en los que la principal estrategia se encuentra en la difusión informativa a través de charlas divulgativas y campañas en prensa, radio, televisión y redes sociales.⁹²

Tales iniciativas se enmarcan en un concepto que se apoya en la competencia constitucional básica del deporte-salud, pero cuyo desarrollo legal está aún pendiente de normas específicas que exijan su implantación y desarrollo; quedando por tanto ubicadas en el terreno del voluntarismo y no en un imperativo *ex lege* para su desarrollo normativo. Lo que imposibilita al ciudadano la reivindicación de una auténtica acción de fomento que permita realizar con plenitud el derecho a la promoción de la salud derivado de la práctica generalizada del deporte.

⁹² Fuente: <http://españasemueve.es/el-proyecto.html>. Consultada el 4/10/2014.

Uno de los programas que se enmarcan en esta línea es el “Plan A+D para la actividad física y el deporte” del CSD, dedicado íntegramente a la promoción de la actividad física en el ámbito sanitario con el objetivo de conseguir que la prevención primaria y secundaria de las patologías ligadas al sedentarismo sea una práctica habitual de la sanidad española a través de la prescripción de la actividad física. Para TERREROS BLANCO (2012:508-510), esta nueva perspectiva significa un cambio radical de enfoque que *“solo se puede conseguir a través de una estrategia clara de liderazgo y colaboración con nuestro Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con las Comunidades Autónomas y las entidades locales y con las empresas privadas proveedoras de servicios de salud”*. Por lo que en la fecha de publicación del referido artículo ya se apreciaba la necesidad de efectuar un tratamiento transversal de la salud en el deporte admitiendo la necesidad de un nuevo enfoque. Enfoque que pese al ejemplo examinado no ha cundido en absoluto, careciendo de la necesaria cobertura normativa especializada de modo que la existencia de planes enfocados a la salud ciudadana a través del deporte no oficial, no constituyen sino una excepción a la regla general de un ordenamiento orientado de un modo explícito a la competición oficial que se erige como una competencia preponderante de la Administración pública estatal.

Entre los órganos de la Administración del Estado con competencias en materia de salud en el deporte encontramos a la anteriormente citada Agencia Estatal de Protección de la Salud en el Deporte (AEPSAD), entronizada por la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva. La actual Agencia es heredera de la antigua Agencia Nacional Antidopaje que, a la entrada en vigor de la citada LO 3/2013 y por aplicación de su disposición adicional tercera, cambia de denominación y funciones aglutinando todas las competencias administrativas en materia de protección de la salud en el deporte.

AEPSAD tiene la consideración de agente de financiación y de ejecución del sistema español de ciencia, tecnología e investigación, a los efectos prevenidos en el artículo 3 de la ley 14/2011, de 1 de junio. A su amparo el Estado ha puesto en marcha varios proyectos en el ámbito de la promoción de la salud y el deporte. La agencia ha previsto acciones en el ámbito sanitario y laboral, lo que podría suponer inicialmente un

planteamiento realmente transversal del derecho a la salud del deportista. Sin embargo, el análisis de los programas puestos en marcha hasta la fecha, indican que las acciones en el ámbito sanitario se sustancian en acciones estrictamente promocionales como la prevista en el programa “ACTIVATE aconseja salud” y que AEPSAD viene impulsando con la colaboración del CSD, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la estrategia NAOS de la Agencia de Seguridad Alimentaria, mediante un curso que pretende implementarse a través de la “Fundación para la formación” de la organización médica colegial y utilizando para ello el campus virtual de aprendizaje. El objetivo del curso según la propia página oficial de la Agencia, es concienciar al colectivo sanitario de médicos y enfermeras de los centros de atención primaria, respecto de la utilidad terapéutica del ejercicio físico y el deporte como herramienta preventiva en los denominados factores de riesgo⁹³.

En el ámbito laboral AEPSAD colabora con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y la citada estrategia NAOS, con mutuas y empresas en la identificación de experiencias de actividad física y deportiva en el ámbito laboral y en la realización de estudios coste-beneficio. El trabajo publicado por el INSHT “*Valoración socio-económica de un programa de actividad física para los trabajadores de una empresa, mediante el análisis coste-beneficio y otras técnicas*” es ofrecido como ejemplo de las posibles iniciativas empresariales para elaborar programas de actividad física para la salud en el ámbito laboral. Según la citada web oficial de AEPSAD, la Agencia colabora en el impulso de un sello de reconocimiento para empresas con buenas prácticas que sea reconocible y prestigioso y que atraiga al fomento de esas buenas prácticas.

En el ejercicio de sus competencias administrativas AEPSAD puede establecer fórmulas de cooperación destinadas a la ejecución de programas de apoyo a la protección de la salud en el ámbito de la actividad física y deportiva, mediante convenios de colaboración con otras Administraciones públicas. Al amparo de dicha

⁹³ Los citados programas pueden consultarse en <http://www.aepsad.gob.es/>.

competencia se ha suscrito un convenio marco de colaboración con la Consellería de Educación, Cultura y Deporte y de la Generalidad Valenciana, para la promoción de la salud en el deporte. El citado convenio fue aprobado mediante Resolución de 22 de octubre de 2014, de la Directora General del Secretariado del Consell y Relaciones con las Corts y publicado en el DOGV nº 7388 de 24/10/2014. Y tiene por objetivo la organización y promoción de instrumentos didácticos y divulgativos de la promoción de la salud o el impulso al plan de apoyo a la salud, por lo que las acciones de difusión se circunscriben y tienen como límite el propio diseño que la Ley Orgánica 3/2013 ha efectuado para la protección de la salud en el actual sistema jurídico deportivo. Por lo que las jornadas, seminarios y reuniones que prevé organizar, así como el resto de propuestas genéricas de apoyo y difusión a la protección de la salud en el deporte, tendrán el mismo alcance y destinatarios que los establecidos en la citada Ley Orgánica, y estarán por tanto orientados de un modo preferencial al deporte federado, profesional y de élite. Lo cual queda corroborado por las propias declaraciones del Presidente del CSD al señalar que se trata de: *"un convenio pionero en España y la Comunidad Valenciana...en la lucha contra el dopaje y en la defensa de la salud de sus deportistas"*.⁹⁴

Por otro lado el ordenamiento estatal ha previsto un "Observatorio de salud", creado mediante la Ley 15/2014, de 16 de septiembre de racionalización del sector público y otras medidas de reforma administrativa. Este órgano inicialmente creado por la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, era denominado "Observatorio del Sistema Nacional de Salud" y dependía del Ministerio de Sanidad y Consumo. En el artículo 63 de la ley de creación de este organismo se establecía como misión del Observatorio, el proporcionar un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados. Tal previsión implicaba la posibilidad de una intervención

⁹⁴ Fuente: http://www.mundodeportivo.com/20141008/otros-deportes/generalitat-y-csd-firman-un-convenio-con-las-ultimas-novedades-antidopaje_54416886186.html. Consultada el 3/11/2014.

global en el sistema nacional de salud; y sus análisis y estudios podían servir para futuras previsiones de organización y gestión en dicho sistema. De este modo, el Observatorio estaba llamado a evaluar periódicamente al sistema nacional de salud, para lo cual debía emitir un informe anual al Ministerio de Sanidad sobre el estado del sistema sanitario.

Pero la Ley 15/2004, al modificar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, ha supuesto una modificación no solo en la denominación de este órgano sino también en sus competencias, pues la misión del Observatorio ha dejado de ser la vigilancia global del sistema nacional de salud para referirse a la consulta y asesoramiento de unos aspectos que aunque importantes, son muy limitados y específicos de salud pública, como son el tabaquismo y el cambio climático. Aunque el Observatorio mantiene su adscripción al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, sus funciones pasan a ser de consulta y asesoramiento, pero no ya respecto del sistema nacional de salud en su conjunto, su organización y gestión, sino para la realización de un análisis permanente de los objetivos previstos en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. A la citada función se suma la de promover las desigualdades por razón de género, las actuaciones tendentes a la consecución de la equidad en salud y la prevención del impacto del cambio climático.

Resulta evidente el vaciado de competencias producido en el Observatorio. Pero a la citada modificación legal cabe añadir también la existencia de un significativo cambio en el modo en que el Ministerio de Sanidad proporciona la información institucional de este órgano desde su web oficial. En dicha información se ha sustituido la denominación legal de “Observatorio de la Salud” para publicitar la denominación de “Observatorio de Salud y Cambio Climático”; aparentando una supuesta doble adscripción de este órgano que se presenta como un organismo adscrito al Ministerio de

Agricultura, Alimentación y Cambio Climático, cuyo logotipo se une al del Ministerio de Sanidad en dicha página. Circunstancia esta que pretende justificarse, según se cita textualmente, por el hecho de que el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Cambio Climático ha incluido a la salud como «*uno de los sectores estratégicos, y apuesta por medidas, actividades y líneas de trabajo para evaluar los impactos, la vulnerabilidad y la adaptación en la salud*»⁹⁵.

Una de las últimas iniciativas estatales en el ámbito de la acción de fomento del deporte se aparta ostensiblemente del eje de la educación y la salud dirigiéndose a la captación de financiación privada a las actividades deportivas. Se trata del programa “*España Compite*” promovido desde el CSD (en vigor desde el 1/01/2014) y al que se encuentran asociadas más de 75 empresas y del que se han beneficiado más de 200 deportistas que abarcan disciplinas como el hockey hierba, tiro olímpico, fútbol sala, piragüismo, vela, taekwondo o atletismo, entre otras. El proyecto cuenta con la calificación de “*Actividad prioritaria al mecenazgo*” en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para aportaciones hasta un límite de 50.000€ y una deducción del 40% en el impuesto de sociedades; constituyendo la mayor iniciativa de incentivo fiscal aprobada en España, aparte los acuerdos del Consejo de Ministros para los grandes eventos deportivos.⁹⁶

Resulta evidente que en esta, como en tantas otras importantes iniciativas, las AAPP competentes para llevarlas a cabo también lo serían para la promoción del eje competencial de la salud a través de iniciativas o proyectos distintos a los habituales para el deporte de rendimiento. Sin embargo la estrategia NAOS del Ministerio de

⁹⁵ Fuente: http://www.oscc.gob.es/es/general/observatorio/el_observatorio_eshtm. Consultada el 2/11/2014.

⁹⁶ La previsión para los presupuestos de 2016 se contiene en la D.A.48ª nº 14 de la Ley 48/2015 de presupuestos para ese año, en la que literalmente se cita como actividades prioritarias de mecenazgo «Las llevadas a cabo por la Fundación CEOE en colaboración con el Consejo Superior de Deportes en el marco del proyecto «España Compite: en la Empresa como en el Deporte» con la finalidad de contribuir al impulso y proyección de las PYMES españolas en el ámbito interno e internacional, la potenciación de jóvenes talentos deportivos y la promoción del empresario como motor de crecimiento asociado a los valores del deporte.»

Sanidad y Consumo, promocional de hábitos saludables y que incluye la promoción de las AFBS, no solo carecen de una línea presupuestaria para su implementación, debido seguramente a la tan recurrida precariedad económica de las Administraciones competentes, sino que se estructuran sin una acción estratégica que, al igual que en los proyectos orientados al rendimiento, sumen incentivos fiscales al mecenazgo y marquen el eje competencial de la salud como una competencia prioritaria.

Finalmente señalar que además de las iniciativas públicas existentes para efectuar la acción de fomento de la salud en el deporte, también existen iniciativas estrictamente privadas para la promoción de la salud ciudadana, si bien en este último supuesto resulta admisible que la actividad de fomento del sector privado se circunscriba a las acciones promocionales o de comunicación de lo que comúnmente se conoce como *buenas prácticas* de vida saludable. Entre las citadas buenas prácticas, se encuentra la promovida por la Federación Nacional de Instalaciones Deportivas (FNEID), para reivindicar ante diversas instancias, la importancia social del sector deportivo que mueve alrededor del 3'5% del PIB. Con este objetivo se constituyó en julio de 2014 la “Mesa Nacional del Deporte”, cuyo fin es el de extender la práctica del deporte a un mayor número de practicantes, buscando fundamentalmente la mejora de la salud individual y colectiva. En el manifiesto de constitución se señala, entre otros asuntos que: *“las organizaciones relacionadas con el sector productivo están especialmente interesadas en trabajar unidas para coadyuvar a las políticas de los poderes públicos destinadas a la promoción de la actividad física y deportiva, interviniendo tanto en la creación y planificación de estas políticas, como en su desarrollo y ejecución.”*⁹⁷

2.4. Especial consideración a la lucha contra el dopaje.

⁹⁷ Fuente: Revista Deportistas (2014):“El mundo del deporte se une para reivindicar su importancia”. n° 59.pag 51.

Debemos hacer mención aparte de un género de acciones públicas que no admiten una fácil clasificación ni como acciones preventivas, ni como acciones protectoras, ni tampoco como acciones de fomento de la salud del deportista. En esta categoría inclasificable se encuentra la actual regulación del “dopaje en el ámbito del deporte con licencia deportiva”. Denominación que encabeza el capítulo I del título II de la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva (LOPSD).

Pese a que los controles y seguimientos antidopaje deberían ser teóricamente analizados en el marco del estudio de las acciones preventivas de salud adoptadas por el legislador, lo bien cierto es que cabría formular serias objeciones respecto de su pretendida naturaleza como tales actividades preventivas.

El ámbito de aplicación de la LOPSD inicialmente es muy abierto, aplicándose a la práctica deportiva general (artículo 1.2) y *“para conseguir que la práctica deportiva se realice en las mejores condiciones para la salud de los deportistas, así como para que se prevengan las consecuencias perjudiciales para la salud de los deportistas”*, según cita el artículo 3. Aunque dicho precepto aclara seguidamente que *“especialmente en el deporte de competición”*. Asimismo, el 1.2 indica que los capítulos I y II del título II (de la salud y del dopaje de los deportistas con licencia deportiva) solo serán aplicables a los deportistas con licencia federativa estatal o licencia autonómica homologada (artículo 10). Aunque los controles de dopaje pueden extenderse incluso a los deportistas extranjeros que utilicen centros e instalaciones de titularidad pública (artículo 13.1).

El artículo 18.2 de la LOPSD 3/2013 asimila el concepto de control antidopaje al de una actividad de protección de la salud, al señalar literalmente que:

“Se entiende por controles y actividades de protección de la salud, a los efectos de esta Ley, el conjunto de actuaciones que la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte establezca para mejorar, controlar y prevenir los efectos contrarios a la salud que pueda producir la actividad deportiva, prevenir los accidentes deportivos o minimizar los efectos de éstos”.

Parece que también en esta sede el legislador confunde las actividades preventivas y las protectoras, puesto que en caso de poder ubicar a los controles antidopaje en alguna de las categorías citadas debería ser en las de corte preventivo, esto es, las que dirigirían la actividad sanitaria a verificar la presencia de sustancias tóxicas o perjudiciales para la salud del deportista. También parece evidente que en los controles antidopaje no existe tratamiento sanitario alguno, ni la aplicación de técnicas o protocolos dirigidos al tratamiento de ningún daño o lesión, salvo que consideremos que el consumo de sustancias prohibidas deba detectarse como si de una enfermedad se tratara o si consideramos que el concepto de acción protectora es tan amplio que engloba asimismo a las acciones preventivas. Supuesto este último que nos lleva a considerar que, pese a que la LOPSD cita de modo diferenciado la prevención de la salud (en reiteradas ocasiones del preámbulo, así como en los artículos 1.1, 2, 6.2, 41.1 párrafo 1º, 44.1, 45 y en el epígrafe de la Sección 3ª del Capítulo III) parece que se han asimilado de hecho las acciones preventivas en una suerte de acción pública protectora de carácter general que hace coincidir hasta la confusión estos dos ámbitos que en otros ordenamientos sectoriales reguladores de la seguridad y salud como es el laboral, aparecen rigurosa y nítidamente diferenciados.

La finalidad del título II es la de posibilitar un marco legal para el establecimiento de los controles de dopaje, determinantes del uso de sustancias o métodos prohibidos por los deportistas en competición oficial. El artículo 4.2 de la LO 3/2013 establece que el CSD publicará en el Boletín Oficial del Estado mediante Resolución de su Presidencia la lista de las citadas sustancias y métodos⁹⁸. Pero la Ley no ofrece, ni en su articulado ni en su anexo, una definición legal de lo que deba entenderse por dopaje, esto es, una delimitación del tipo objetivo de la infracción. Del mismo modo que tampoco lo hacía la derogada Ley Orgánica 7/2006, de 21 de noviembre anterior que vino a derogar los artículos 56, 57 y 58 de la Ley Estatal del Deporte. Sin embargo en el derogado artículo

⁹⁸ La última actualización ha sido probada por Resolución de la Presidencia del CSD de 20 de diciembre de 2013 (BOE nº 312 de 30/12/2013).

56.1 de la citada ley 10/1990 se indicaba mediante una definición legal clara que correspondía al CSD la elaboración de la lista de sustancias y grupos farmacológicos prohibidos y la determinación de los métodos no reglamentarios “*destinados a aumentar artificialmente las capacidades físicas de los deportistas o a modificar los resultados de las competiciones*”. Aclaración legal que resultaba muy pertinente y necesaria para la debida comprensión de la causa justificante de la elaboración de una lista de sustancias y métodos prohibidos que en la norma actual ha sido omitida.

La actual justificación legal para la existencia de tal lista de sustancias y métodos prohibidos no es ahora de un modo explícito la alteración artificial de los resultados de la competición, sino la protección de la salud el deportista tal y como se explicita en el artículo 5 de la actual LO 3/2013:

“La actuación de los poderes públicos en materia de lucha contra el dopaje en la práctica deportiva general se conforma por un conjunto de acciones tendentes a concienciar a quienes practican la actividad deportiva de los peligros para la salud de la utilización de sustancias y métodos prohibidos, de la necesidad de ajustar la práctica deportiva a las propias capacidades y del compromiso ético en la práctica deportiva.”

En consecuencia el legislador ha variado significativamente la orientación otorgada a la lucha contra el dopaje, pues si en la ley del año 1990 se reconocía como finalidad de las actuaciones antidopaje la necesidad de perseguir la manipulación o alteración fraudulenta de los resultados en la competición oficial, en la actual legislación se justifica la intervención pública en esta materia apelando a la protección de la salud del deportista y a la existencia de una cierta conciencia y un compromiso ético.

Bastará por tanto comprobar si en el ámbito subjetivo la norma dirige la actuación de los poderes públicos a una efectiva protección de la salud deportista, cualquiera que sea su nivel de desempeño o modalidad de práctica. Y de otro lado, si es posible verificar la presencia de factores preventivos, protectores o de fomento que deberían concurrir de un modo imprescindible para que pudiera entenderse efectuada una regulación basada en la protección del derecho a la salud del deportista.

La primera de las cuestiones planteadas se refiere al ámbito subjetivo de la norma. Ámbito que en virtud del artículo 11.4 se extiende no solo a los deportistas sino también a los entrenadores, médicos y demás personal sanitario; así como a los directivos y organizaciones deportivas y restantes personas del entorno del deportista a quienes incumben obligaciones respecto de la necesidad de indicar, en el momento de pasar los controles de dopaje, los tratamientos médicos a que los deportistas están sometidos. Y que como hemos tenido ocasión de examinar anteriormente, dedica el capítulo III de la ley a la “Protección de la salud” que se circunscribe en exclusiva a la regulación al deporte de competición y de élite, garantizando particularmente la efectividad de la actuación pública con grupos de riesgo, tales como menores o personas con discapacidad, pero solo cuando estos grupos participen en competiciones de ámbito estatal (artículo 41.3).

En cuanto a la segunda de las cuestiones, relativa a la regulación o tratamiento del derecho a la salud, la ley dedica el capítulo II a la “Protección de la salud”. Aunque, como hemos tenido ocasión de analizar anteriormente al examinar las medidas preventivas y protectoras existentes en la legislación estatal, y sin ánimo de reiterar los argumentos ya expuestos, confunde los ámbitos de actuación preventivo y protector y restringe su aplicación a un tipo de actividad deportiva y a un determinado colectivo de sujetos.

Pero volviendo de nuevo a la cuestión inicialmente planteada sobre si la LO 3/2013 contiene los elementos necesarios para efectuar una regulación global del derecho a la salud en el deporte y de protección del derecho a la salud de todos los deportistas, es preciso verificar qué principios han presidido esta ley y que actuaciones o medidas han sido previstas.

Las acciones de control antidopaje aparecen definidas en el artículo 18.2 como el conjunto de actuaciones que la AEPSAD establezca “*para mejorar, controlar y prevenir los efectos contrarios a la salud que pueda producir la actividad deportiva, prevenir los accidentes deportivos o minimizar los efectos de estos*”. De la lectura del precepto se deduce el encuadre de tales acciones en una política activa de prevención de la salud. Sin embargo, el objetivo de tales controles antidopaje parece no ser el citado, sino más bien el establecido en el artículo 18.1.a), esto es, la comprobación de la presencia o no en el

organismo de un deportista de “*alguna sustancia prohibida susceptible de producir dopaje, o de la utilización de un método no reglamentario, detectados mediante procedimientos estandarizados en una muestra extraída a tal efecto*” y que de un modo explícito se establecen como la finalidad de tales controles. Por consiguiente pese a la definición sanitaria y protectora que aparece en el artículo 18.2, la finalidad de los controles antidopaje siguen siendo las del artículo 56.1 de la derogada Ley 10/1990 y que justifica entronizar el protocolo propio de las acciones fiscalizadoras del procedimiento sancionador y donde el bien jurídico protegido no parece encontrarse en la salud del controlado sino en la legitimidad del resultado deportivo obtenido por este y cuya certificación de validez corresponde otorgar a la Administración deportiva, responsable de garantizar la legalidad de la competición pública efectuada. Razones por las que no podemos sino concluir que los controles antidopaje establecidos en la LOPSD, no pueden ser encuadrados en la categoría de acciones preventivas de la salud del deportista ni tampoco en las protectoras, al carecer de los requisitos necesarios para su consideración como tales. No obstante lo anterior es justo reconocer los efectos positivos que una detección precoz en el consumo de tales sustancias podría tener en la prevención de la salud del deportista y la importancia como efecto derivado, que no como finalidad principal, de la información al deportista consumidor de tales sustancias prohibidas, de los posibles riesgos o daños efectivos en su salud derivados de su consumo, así como de los posibles tratamientos médicos posteriores al consumo en su caso.

Resulta paradójico que una ley especializada como esta, única en el sistema con el objeto de regular la salud del deportista, limite el ámbito de actuación de su objeto al restringido ámbito subjetivo de los deportistas en competición oficial, con una especial consideración al deportista de élite; y proceda a la regulación del dopaje invocando una actuación pública en materia de salud que resulta inexistente, pues en la regulación y represión del dopaje no están presentes los aspectos prevencionistas, protectores o de fomento típicos de una actuación de los poderes públicos en materia de salud, sino más bien una exhaustiva regulación protectora de los resultados de la competición oficial, garante de su legitimidad y limpieza, cuyo bien jurídico protegido es sin duda la verificación de la igualdad en la competición (*par conditio*) el mérito y la capacidad del

deportista ganador que permita certificar públicamente una marca, un resultado oponible *erga omnes*, en una competición calificada como pública. De este modo, la Administración protege estos principios, al igual que lo haría en la legislación de la función pública, regulando los correspondientes procedimientos selectivos de acceso a la misma y en los que la certificación del resultado es primordial para garantizar la pureza y transparencia del procedimiento tanto como la del propio sistema.

Abundando en la naturaleza de las finalidades públicas presentes en la LOPSD, procede ahora analizar la naturaleza de la norma elegida por el legislador con tal propósito. Como hemos tenido ocasión de examinar, las normas que regulan de un modo general el derecho a la salud de todos los españoles son las leyes ordinarias que forman parte del sistema sanitario. La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, establece en su artículo 1 que tiene por objeto “...*la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución*”. Del mismo modo, la Ley 33/2011, General de Salud Pública, de 4 de octubre, establece en su artículo 1º que su objeto es “...*prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva*”. Sin que ninguna de las dos normas citadas tenga la naturaleza de ley orgánica, al no estar incluido el derecho a la salud entre los derechos fundamentales y libertades públicas de la sección 1ª del capítulo II de nuestra carta magna; resultando preceptivo que tales derechos fundamentales y libertades públicas se desarrollen mediante ley orgánica por disposición del artículo 81 CE. Pero siguiendo con la tradición legislativa española que ya instauró la anterior LO 7/2006, la actual ley 3/2013 reguladora de la salud del deportista también ostenta la condición de ley orgánica. Lo que constituye la más evidente prueba de que el derecho que esta norma regula no es el de la salud de los deportistas, ni desarrolla el artículo 43 CE, cuya referencia o cita no aparece en su texto. El desarrollo de esta norma afecta más bien a los derechos fundamentales de la libertad y el derecho a la intimidad personal, previstos en los artículos 17.1 y 18.1 CE. habida cuenta de que estamos en presencia de una relación de especial sujeción en la se establecen obligaciones que limitan ambos derechos a través de los citados controles de dopaje, cuya planificación y ejecución corresponde a la

Administración del Estado (artículo 20.1), a través una la agencia estatal creada *ad hoc* (AEPSAD). Y a cuya realización deben someterse los deportistas dentro y fuera de la competición, incluso en el caso de que hubieran sido suspendidas sus licencias (artículo 11) y en competiciones tanto nacionales como internacionales (artículo 12). Razones por las que la norma establece las debidas cautelas para que la realización de tales controles de dopaje se lleven a cabo “*con pleno respeto de los derechos fundamentales de los deportistas*” (artículo 15.3. *in fine*) y cuidando la agencia de que la realización de controles y pruebas “*se lleven a cabo con pleno respecto a los derechos fundamentales de la persona, a la protección de sus datos personales y a las mejoras prácticas para la realización de dichas actividades*” (artículo 19.6).

Pese a la notable diferencia existente en los bienes jurídicos protegidos en el derecho a la salud y el interés del Estado en tutelar la veracidad y certeza de los resultados deportivos en competiciones oficiales, mediante el sistema de controles de dopaje el legislador insiste en unir tales controles a las actividades de protección a la salud, como si ambas cuestiones formaran parte de una realidad única e indivisible, de modo que al compartir supuestamente un mismo propósito y fundamento, debieran también compartir una misma definición legal, tal y como se aprecia en la redacción del artículo 18.2 antes citado.

La búsqueda de esta unidad conceptual por el legislador es igualmente apreciable en el artículo 19.1, al atribuir a la AEPSAD la competencia sobre la determinación y realización de los “*controles de salud y demás actuaciones en materia de protección a la salud*”, incluyendo expresamente a los citados controles de dopaje en el conjunto de las actividades protectoras de la salud que la agencia asume.

Con carácter general el esquema legal de protección del derecho a la salud del deportista que se regula en la citada LO 3/2011, se efectúa en función del tipo de actividad deportiva desarrollada y no en atención a un derecho general de protección de la salud del ciudadano que practica deporte. Asimismo la regulación relativa a la lucha contra el dopaje tiende a garantizar la limpieza de los resultados sancionando administrativamente la utilización de métodos o procedimientos prohibidos para obtener dicho resultado y regulando los procedimientos administrativos para su erradicación en la

competición oficial; sin considerar como bien jurídico a la salud del deportista que ha consumido sustancias o que ha utilizado métodos prohibidos. Razón que puede haber coadyuvado a que el sistema jurídico complete el régimen de infracciones y sanciones que la ley contempla con una regulación que eleva a la categoría penal las infracciones previstas en el artículo 361 bis, de la LO 10/1995, de 23 de noviembre, por la que se aprueba el Código Penal (encuadrado en el Título XXVII relativo a los “Delitos contra la seguridad colectiva”, Capítulo II “delitos contra la salud pública”) y en las que el bien jurídico protegido es la vida y la salud del deportista, en el tipo penal que a continuación se transcribe:

“Los que, sin justificación terapéutica, prescriban, proporcionen, dispensen, suministren, administren, ofrezcan o faciliten a deportistas federados no competitivos, deportistas no federados que practiquen el deporte por recreo, o deportistas que participen en competiciones organizadas en España por entidades deportivas, sustancias o grupos farmacológicos prohibidos, así como métodos no reglamentarios, destinados a aumentar sus capacidades físicas o a modificar los resultados de las competiciones, que por su contenido, reiteración de la ingesta u otras circunstancias concurrentes, pongan en peligro la vida o la salud de los mismos, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a dos años, multa de seis a dieciocho meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, de dos a cinco años”

En este precepto penal se recupera la consideración del derecho subjetivo a la salud y se deja sin una regulación penal específica la manipulación de resultados deportivos mediante el recurso al consumo de sustancias o el empleo de métodos prohibidos que no deja de ser una modalidad defraudatoria. Dando preferencia a los bienes jurídicos de la vida y la salud de los deportistas en una concepción subjetiva muy amplia y que protege de tales acciones punibles a todos los sujetos que practiquen deporte, incluido el dopaje en el ámbito recreativo y sin perjuicio de que las víctimas del delito puedan ser a su vez autores de una infracción administrativa de las previstas en la LO 3/2011, salvo que se acredite la concurrencia de la eximente prevista en el artículo

27.2 de dicha norma.⁹⁹

2.5. Análisis del derecho a la salud en las competencias autonómicas y locales en materia de deporte.

Como hemos tenido ocasión de exponer en el apartado 3.2 la competición aparece como la competencia sobre la que ha pivotado la construcción del modelo deportivo Estatal que ha asentado sus bases en el modelo piramidal. Al igual que en el caso Estatal, el fundamento de la competencia autonómica en materia de deporte se sustenta mayoritariamente en la existencia de competiciones deportivas oficiales y el asociacionismo que las desarrolla. De tal modo que es alrededor de este hecho que surgen el resto de necesidades que vienen a justificar otras competencias que, en general, no son sino una consecuencia natural de la existencia de la competición oficial.

La competencia asignada a los municipios suele ser la relativa a la gestión del deporte escolar, popular o deporte para todos, atendiendo por tanto a los intereses de otros sistemas deportivos diferenciados de la competición oficial que en principio estarían alejados del modelo piramidal, en los que sería admisible encontrar el desarrollo y el fomento de manifestaciones deportivas que no estuvieran especialmente orientadas al resultado deportivo, sino a otros logros u objetivos relacionados con la educación o la salud de la población.

Nos hemos propuesto verificar las posibles diferencias o coincidencias entre la legislación estatal y las autonómicas en el tratamiento del derecho a la salud en el

⁹⁹ El artículo 27.2 del C.P. establece que: “Se considerará circunstancia eximente de la responsabilidad disciplinaria el hecho de que el deportista o persona afectada por el procedimiento sancionador acredite que, para ese caso concreto, no ha existido culpa o negligencia alguna por su parte. Si se diera esta circunstancia, el deportista, para exonerarse de responsabilidad y evitar la sanción, deberá justificar la forma en que se introdujo la sustancia prohibida en su organismo. En este caso, los órganos disciplinarios determinarán que el deportista no ha cometido ninguna infracción a los efectos de la existencia de reincidencia en infracciones en materia de dopaje”.

deporte. Para efectuar el referido análisis hemos considerado establecer los mismos parámetros que nos han servido para evaluar el tratamiento de este derecho por parte del legislador Estatal y que nos ha llevado a considerar tres ámbitos o niveles diferenciados de actuación pública: el nivel preventivo de salud, el nivel protector y el correspondiente a la acción de fomento. No obstante, debemos considerar que muchas acciones legislativas adoptadas en el ámbito estatal, también proporcionan un régimen regulador de la salud en los niveles autonómicos. Así en áreas como el deporte profesional o la normativa técnica en instalaciones deportivas, la regulación estatal de carácter laboral o la de índole técnica, marcada a su vez por las Directivas Europeas en la materia, afectarán de un modo pleno y determinante a todas las Comunidades Autónomas. En otros aspectos como el relativo a las titulaciones deportivas oficiales o la regulación del ejercicio profesional, las legislaciones autonómicas podrían presentar diferencias significativas con repercusión en el tratamiento del derecho a la salud en el deporte tal y como seguidamente se analizará.

Como anticipo al estudio de la legislación autonómica del deporte que procede realizar a continuación, podemos avanzar que resulta muy difícil encontrar entre la legislación autonómica normas que consideren a la salud como un principio rector del deporte, siendo inédita su presencia como un auténtico eje competencial del mismo. El tratamiento de la salud se circunscribe en general a la competición deportiva, regulando las condiciones de acceso a la misma (exámenes previos de salud) o durante la práctica a través de la licencia deportiva, o bien imponiendo el aseguramiento obligatorio a los organizadores de la actividad.

Seguidamente procederemos a desglosar por Comunidades Autónomas las particularidades que presentan las competencias previstas en cada una de estas aún cuando como ya se ha anticipado todas mantienen por regla general, una distribución competencial muy similar para los municipios y una dispar consideración de la salud como competencia propia en el deporte.

2.5.1. Andalucía.

La Ley del deporte Andaluz 6/1998, de 14 de diciembre establece como principio rector en su artículo 2.f) *“La promoción del deporte de competición y el establecimiento de mecanismos de apoyo a los deportistas andaluces de alto nivel y de alto rendimiento”*; sin que aparezca un principio rector relativo a instrumentalización de la actividad físico-deportiva como actividad saludable para la población. Como competencia de la Junta de Andalucía, el artículo 6 m) señala: *“El impulso del deporte y a los deportistas de alto nivel y alto rendimiento, así como el control y tutela del deporte de alto rendimiento que pueda generarse en Andalucía”*. Asimismo el artículo 7 reserva como competencia de las entidades locales a) *“La promoción del deporte, especialmente del deporte de base y el deporte para todos”*. Siendo que este mismo precepto *in fine*, alude a la integración social de los colectivos desfavorecidos a través del deporte, cuando señala que: *“El fomento del deporte prestará especial atención a los niños, jóvenes, mujeres, personas mayores, a los discapacitados, así como a los sectores más desfavorecidos, teniendo especialmente en cuenta aquellas zonas o grupos a los que la ayuda en estas actividades pueda suponer un mecanismo de integración social o una mejora de su bienestar social.”*

Por lo que a los aspectos protectores de la salud se refiere, la ley andaluza regula en los artículos 36 y 37 este asunto bajo la denominación de “protección al deportista”. El artículo 36.1 a semejanza del artículo 59.1 de la Ley Estatal, establece que la asistencia sanitaria derivada de la práctica general o ciudadana del deporte corresponderá al aseguramiento sanitario del sector público o los seguros generales privados que asistan al deportista. Mientras que el artículo 37 establece el deber de las federaciones andaluzas la obligación de concertar un seguro que garantice al titular de la licencia deportiva la cobertura de los riesgos y las prestaciones mínimas exigidas por la normativa vigente, al que se añade la obligación de contar con un seguro de responsabilidad civil. Asimismo el artículo 36.3 exige a todo organizador de competiciones deportivas que garantice la asistencia sanitaria necesaria tanto a participantes como a espectadores

En cuanto a las acciones preventivas, el artículo 36.2 fija la correspondencia a la Junta de Andalucía, en colaboración con las entidades deportivas andaluzas, de: “la

programación en materia de salud, deportiva orientada principalmente a la acción preventiva mediante:

a) El establecimiento de líneas específicas de actuación encaminadas al control y seguimiento médico de la aptitud y condiciones de los escolares para la práctica deportiva.

b) La divulgación de instrucciones informadoras de las prácticas adecuadas en las distintas modalidades deportivas según su naturaleza y características, en orden a obtener un mejor rendimiento de los practicantes y en prevención de accidentes o potenciales riesgos para su salud.

c) La determinación de las características y requisitos de las certificaciones médicas exigibles para la práctica del deporte en sus diversas modalidades y clases de deportistas

d) El establecimiento de medidas de prevención y control del uso de sustancias o métodos prohibidos que aumenten artificialmente las capacidades físicas de los deportistas

e) La determinación de las condiciones de higiene y salubridad de las instalaciones deportivas

f) Cualquier otra medida que legal o reglamentariamente se determine.

Precepto del que deducimos una amplia previsión competencial de la Junta respecto de la necesidad de acometer acciones preventivas de control sobre la seguridad de las instalaciones, el control sanitario en el ámbito escolar, de divulgación preventiva en el ámbito federado y mediante acciones de control en materia de dopaje.

Otro de los factores preventivos susceptible de control por los poderes públicos es el relativo a la exigencia de una titulación deportiva oficial para el ejercicio de las actividades de docencia, conducción y entrenamiento técnico deportivo. En este sentido, la Ley 6/1998, reserva en su artículo 6.j) la competencia de la Junta de Andalucía en relación la ordenación y organización de las enseñanzas deportivas así como para la expedición de los títulos con validez académica (artículo 49). Y el artículo 48 establece la obligatoriedad de las titulaciones aunque sin señalar a que titulación se refiere, al señalar que: «la prestación de los servicios profesionales relacionados con la formación, dirección, rehabilitación, entrenamiento, animación u otros que se establezcan de carácter

técnico deportivo, exigirá que el personal encargado de prestarlos esté en posesión de la titulación exigida por las disposiciones vigentes». Pero ningún otro precepto de la Ley del deporte andaluz establece la exigencia para los entrenadores, docentes o técnicos el estar en posesión de titulación oficial para el ejercicio de las citadas actividades de contenido técnico-deportivo. Del mismo modo el artículo 54.3 establece como requisito para la apertura de los centros deportivos, la necesidad de especificar a los usuarios la titulación “correspondiente” del personal, quedando pendiente de un desarrollo reglamentario el contenido detallado que daba tener la concreta información pública que deban ofrecer los centros deportivos. Asimismo el artículo 67.2.b) tipifica como infracción muy grave la prestación de servicios técnicos deportivos sin haber obtenido la correspondiente titulación. Y sin que el tipo objetivo de la norma determine si tal titulación es de naturaleza oficial, federativa o de cualquier otra naturaleza. Circunstancias todas ellas que además de introducir un elemento de incertidumbre jurídica, suponen privar de un factor preventivo esencial a los destinatarios de tales servicios, habida cuenta de que la legislación andaluz tampoco ha previsto una norma reguladora del ejercicio de las profesiones del deporte.

Finalmente indicar que la ley andaluz no ha previsto la creación de una institución o cuerpo específico de inspección deportiva, previéndose en el artículo 54.5. que las Administraciones Públicas se reservan el ejercicio de la competencia inspectora en las instalaciones deportivas, tanto públicas como privadas, aunque circunscribiendo dicha actividad inspectora a los requisitos para la apertura de los centros y no en relación al cumplimiento de la legislación vigente respecto de las actividades físico deportivas desarrolladas o protección de las personas involucradas en las mismas.

El anteproyecto de Ley del Deporte Andaluz (versión 5/3/2013)¹⁰⁰, desarrolla sin embargo la función inspectora en sus artículos 109 y siguientes, creando un verdadero cuerpo de inspectores deportivos a los que inviste de la condición de agentes de la autoridad y atribuye, entre otras, funciones de fiscalización en el cumplimiento de las disposiciones legales en materia deportiva. El anteproyecto supone un giro en cuanto al

¹⁰⁰<http://www.juntadeandalucia.es> Fuente consultada el 25/07/2014.

concepto de deporte y la dimensión pública del mismo. El artículo 3.1 del proyecto señala que: *“El deporte en Andalucía tiene la consideración de actividad de interés general que cumple funciones sociales, culturales y económicas”*. Para regular en el apartado 2. c) del mismo precepto que *“La práctica del deporte se dirigirá a la consecución de los siguientes valores: ... b) Su contribución a la adquisición de prácticas saludables en las personas y su importancia como activo en la salud en la comunidad.”*

Este giro es reconocido de un modo explícito en el preámbulo en el que señala como su objeto final *“...dar cobertura legal al deporte considerado en toda su amplitud, extensión y manifestaciones, la ley pretende adaptar el marco legal a la realidad deportiva andaluza incidiendo y facilitando la búsqueda de la salud, seguridad, la educación, la calidad y la excelencia”*. Se considera a la actividad deportiva como una actividad de interés general que cumple funciones sociales...*“dirigiendo la práctica deportiva al desarrollo integral de la persona y a la consecución de valores tales como la adquisición de hábitos saludables en las personas y la mejora de la salud pública.”* Formulación que se materializa enunciando como principio rector de la actuación de los poderes públicos andaluces (art 5.a) *“la práctica deportiva como un factor esencial para la salud, el aumento de la calidad de vida, el bienestar social y el desarrollo integral de la persona”*. Así se verifica la creación de una tarjeta sanitaria para el deportista federado (artículo 41) y se regulan detallada y exhaustivamente los requisitos de titulación de las profesiones del deporte con indicación de las titulaciones específicas para cada una de las profesiones reguladas (artículos 84 al 91).

2.5.2. Aragón.

El artículo 5.i) de la Ley 4/1993, de 16 de marzo, del Deporte en Aragón reserva la Diputación General (Gobierno de Aragón) la competencia de: *“Promover y planificar, en el ámbito de sus competencias, el deporte de competición y de alto nivel en colaboración con las Federaciones Deportivas y la Administración del Estado”*. Competencia a la que colaborarán los municipios en la ejecución de programas *“para la promoción de actividades físico-deportivas, de acuerdo con los criterios que determine la*

Diputación General” (art. 8.b). Sin que se aprecie en el articulado de esta Ley ninguna norma que refiera la competencia específica para el deporte de recreación, deporte para todos, o la dimensión pública que la actividad deportiva pueda tener como práctica ciudadana saludable. Y si bien es cierto que esta posibilidad no queda excluida, no es menos cierto que la norma se orienta al deporte de competición, debiendo inferirse la posibilidad de otras realizaciones deportivas y de la competencia para la ordenación de las mismas. Todo ello pese a que el preámbulo de la norma se establece que “... *el equilibrio psico-físico depende en buena medida de una habitual o constante práctica deportiva. Así lo entendieron nuestros constituyentes cuando... incluyeron el fomento de la educación física y el deporte indisolublemente vinculados en lo conceptual, y relativamente en la práctica, entre los principios rectores de la política social y económica y al lado del reconocimiento del derecho a la protección de la salud*”. O más adelante al afirmar que: “*La Comunidad Autónoma de Aragón asumió en su Estatuto como exclusivas las competencias de “promoción del deporte y la adecuada utilización del ocio”... lo que supone una acción encaminada a poner en marcha otras competencias conexas (sanidad, bienestar social, etc) que servirían para justificar, si no fuera suficiente con lo anterior, la presente Ley.*” Declaraciones que no se han materializado en una regulación legal positiva en esta materia.

Los aspectos de la protección de la salud del deportista se regulan en el artículo 14 que se asigna como una competencia de la Diputación General y que divide en:

1. Acciones de control de la aptitud física para la práctica del deporte, tanto competitivo como de participación.
2. El control y seguimiento médico de la salud del deportista en edad escolar mediante la integración en los programas de sanidad escolar.
3. La formación del personal médico y sanitario así como la ayuda al desarrollo de los centros de medicina del deporte.
4. La colaboración con las federaciones en la elaboración de normas de prevención y protección de la salud en las competiciones.

Por su parte el artículo 59 incorpora a la licencia deportiva no solo las acciones protectoras de la asistencia sanitaria sino el derecho a la prevención de su titular.

En cuanto al aspecto preventivo de las titulaciones oficiales para las actividades físico deportivas, el artículo 5.e) reserva para la Diputación General la competencia para establecer los mecanismos generales referentes a las titulaciones deportivas por cada modalidad. Estableciéndose en el artículo 51 que para las actividades de enseñanza, diversión, entrenamiento y animación se exigirá la posesión de titulación deportiva o, en su defecto, de una autorización específica temporal de la Diputación conforme a las disposiciones de desarrollo de tal precepto. También el artículo 65.b) tipifica como infracción grave la prestación de los servicios de enseñanza, dirección y entrenamiento de carácter técnico-deportivo “sin la titulación correspondiente”, aunque sin especificar el tipo qué títulos no son habilitantes para tales funciones en cuya virtud se consumaría la infracción. Por tanto tampoco la legislación aragonesa ha previsto que los actores del deporte, para el desempeño de su función deban ostentar una titulación oficial, sino que se mantiene una habilitación indeterminada para su desempeño. Lo que unido a la inexistencia de una normativa específica de profesiones del deporte debilita el sistema preventivo al no contemplarse adecuadamente este aspecto.

2.5.3. Asturias

El artículo 9 de la Ley 2/1994, de 29 de diciembre, del Deporte en Asturias establece que corresponde a los consejos Asturianos en sus respectivos términos municipales: “*El fomento de la actividad deportiva, en su vertiente de deporte para todos, mediante la elaboración y ejecución de los correspondientes planes de promoción, dirigidos a los diferentes sectores de su población.*”. Lo cual se corresponde con la línea general de actuación fijada en el artículo 3.a) donde se establece la “*promoción de la práctica del deporte para todos, facilitando los medios que permitan dicha práctica, con el fin de obtener una mejor calidad de vida y un mayor bienestar social*”. Y asimismo con la propia declaración del preámbulo de la Ley, en el que se declara que en la redacción de la norma ha existido un esfuerzo sistematizador consecuente con “*la*

concepción constitucional del deporte y su relación con los derechos y principios como la salud, la participación, o la protección al menor y al minusválido”.

La Ley Asturiana reserva al Principado un papel colaborador con el Estado en cuanto al deporte de alto nivel. Así, su artículo 65 (incluido dentro del título VIII, relativo a la “protección y garantías del deportista”), establece que el Principado de Asturias no asume una competencia directa en esta materia, sino que se establece un principio general al señalar que: *“considerará, apoyará, tutelaré y promoveré el deporte de alto nivel en el ámbito de la Comunidad Autónoma, y colaborará con la Administración del Estado en la elaboración de las relaciones anuales de deportistas de alto nivel, en los términos previstos en la legislación estatal.”* Papel de colaboración que se refuerza en el párrafo 2 del mismo precepto cuando reconoce la “coordinación” con la Administración del Estado en orden a las medidas de protección para el deportista de alto nivel; bien como mérito evaluable en las pruebas de selección a plazas relacionados con la actividad deportiva, como en la provisión de puestos de trabajo relacionados con esta actividad; condicionando finalmente tal presupuesto a que efectivamente *“en ambos casos esté prevista la valoración de méritos específicos”*.

Pese a una definición tan precisa de las competencias municipales en el deporte recreativo, y pese a la decidida orientación que el preámbulo efectúa respecto de las previsiones constitucionales en relación al derecho a la salud, tales planteamientos quedan relegados a las habituales previsiones del aseguramiento deportivo en el ámbito de la competición federada (art. 62.3) y por tanto quedan circunscritas al derecho del deportista a la asistencia sanitaria en este ámbito. Y por supuesto a la protección de la salud que el deportista de alto nivel tiene, a través de la regulación del dopaje en título IX relativo a la disciplina deportiva, aunque este aspecto es tratado desde un punto de vista exclusivamente sancionador (art. 70.d).

Los aspectos preventivos han sido igualmente considerados como un principio general de actuación del Principado en el artículo 3.i) ligado tanto al control médico, al control sanitario como al control de las instalaciones deportivas. Respecto de estas últimas el artículo 19 reserva para el Principado la normativa básica de Instalaciones, su construcción, mantenimiento y equipamiento, en las que uno de los aspectos a regular

debe ser el relativo a las normas de seguridad de las mismas. Resultando peculiar el hecho que el artículo 23 establezca que corresponderá a los titulares de las instalaciones la previsión de contar con un seguro obligatorio de responsabilidad civil y otro de accidentes, en un tipo de aseguramiento que generalmente es exigido a los organizadores de la actividad.

De un modo decidido la legislación Asturiana ha previsto regular la cuestión relativa a las titulaciones deportivas oficiales “evitando así la actual proliferación caótica de enseñanzas y titulaciones que se ha producido en el sector deportivo” (Preámbulo). En artículo 55, bajo la denominación de “Titulación técnica deportiva oficial” viene a establecer la obligación, en el ámbito de la Comunidad autónoma del Principado de Asturias, para la realización de las actividades de enseñanza y entrenamiento deportivo, la exigencia de estar en posesión de la correspondiente titulación técnica deportiva oficial. Exigencia que el artículo 57 especifica que será aplicable a las personas que ejerzan labores técnicas en clubes deportivos. Y resulta evidente, por estar reguladas e identificadas legalmente, cuales son las titulaciones deportivas oficiales existentes en España, cuya relación por niveles ha quedado detallada en el epígrafe anterior. Por lo que en el ámbito de esta Comunidad autónoma el factor preventivo asociado a la exigencia de una titulación oficial sí que ha sido regulado formalmente, aunque no existe una regulación sancionadora para el caso de su incumplimiento, ni tampoco se han previsto acciones de inspección específicas en tal sentido. Tampoco esta Comunidad Autónoma ha previsto una ley para el ejercicio de las profesiones del deporte.

2.5.4. Baleares

La Ley Balear del deporte 14/2006, de 17 de octubre, preconiza en su artículo 7.2 que “*la cultura del deporte es una filosofía de vida que se basa en las cualidades humanas, en la voluntad y en el espíritu, y que tiene como principales objetivos la superación personal y colectiva y el respeto a los demás*”. Y son justamente los principios informadores los que “*vinculan e informan toda la actuación en materia de*

deportes de la Administración Autonómica Balear” (artículo 7.1.). Los principios informadores citados introducen al bien jurídico de la salud como objetivo del deporte; como bien a preservar y como principio a fomentar, de modo que el artículo 3.2 reconocerá la función social que cumple el deporte y que se fundamenta en el reconocimiento de una serie de valores entre los que se cita: “La contribución a la adquisición de hábitos saludables en las personas y a la mejora de la salud pública de la población”.

La distribución competencial autonómica y local se desdobra en la clásica atribución del fomento del deporte de alto nivel (artículo 10.j) que deja en manos de la Administración Autonómica y la del deporte escolar y deporte para todos o deporte salud que se asigna a los consejos insulares (artículo 11.c).

El título IX se dedica en su integridad a regular la medicina deportiva, el dopaje deportivo y la violencia en los espectáculos deportivos. En el artículo 93.1 se recoge el compromiso del gobierno de las islas de promover la investigación y la especialización en el campo de la medicina deportiva, “*especialmente en sus aspectos preventivos, para proteger y mejorar la salud de los y las deportistas, y velará especialmente por la protección, el control y la cobertura médico-sanitaria de los y las deportistas en general*”; aunque seguidamente se matiza que “*con especial atención a las personas integradas en programas de tecnificación y a los y las deportistas considerados de alto nivel en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears*”.

Pero es en el artículo 93.3 donde aparece la acción de fomento en relación a las AFBS, con el compromiso del gobierno Balear de promocionar el deporte como hábito de salud, en colaboración con las Administraciones insulares y locales, entidades y asociaciones deportivas o interesadas en el deporte. Y asumiendo el compromiso de facilitar la actividad deportiva libre y espontánea así como la actividad deportiva no competitiva. Finalmente el apartado 4 establece el compromiso del Gobierno Balear que: “*velará por la asistencia y la protección a los y las deportistas y procurará que, en el ámbito de sus competencias, disfruten de una atención médico-sanitaria adecuada al ejercicio de la actividad deportiva*”. Creando a tal efecto la Comisión de Medicina

Deportiva e Investigación Científica que garantizará la práctica saludable del deporte para la mejora de las condiciones sanitarias de los deportistas (artículo 93.5.2^a). Precepto que debe ser relacionado con el amplio concepto de deportista que se recoge en el artículo 4.a) incluyendo a: *“Cualquier persona física que practique alguna modalidad deportiva aun cuando no participe en competiciones o no forme parte de una asociación deportiva”*. De lo que se deduce que la asistencia y protección médico sanitaria prevista, no se circunscribe exclusivamente a la competición oficial. Y por tanto, la competencia del gobierno Balear en materia de salud podría extenderse a todas las manifestaciones del deporte, o al menos esto es lo que la redacción de la ley posibilita.

La cobertura de los riesgos que la actividad física supone se regula mediante la licencia deportiva, en cuyo contenido mínimo el artículo 38 prevé la garantía de eventuales indemnizaciones, la responsabilidad civil derivada de los riesgos de la actividad y la asistencia sanitaria, cuya regulación se producirá reglamentariamente. La ley exige la posesión de la licencia deportiva que el artículo 36.1 clasifica en federativa, universitaria y escolar, cuya regulación queda pendiente a la normativa de desarrollo. Tal exigencia, al igual que en el caso de la ley Gallega, podría suponer la obligatoriedad de suscribir un aseguramiento sanitario específico para los ámbitos universitario y escolar, cuya práctica se produce al margen de la competición federativa y que, por ende, podrían dejar de ser asumidos por el sistema público de salud.

Por otro lado, el artículo 119.a) regula como infracción de naturaleza muy grave: *“La realización de actividades y la prestación de servicios relacionados con el deporte en condiciones que puedan afectar gravemente a la salud y seguridad de las personas”*. Estableciéndose por tanto una cláusula genérica de protección del deportista y que por vía sancionadora se podría dirigir a la represión de conductas que pudieran poner en riesgo la salud de estos.

En cuanto a las titulaciones deportivas oficiales, como elemento preventivo de seguridad y salud de los usuarios, la ley Balear exige en su artículo 81, para el ejercicio de las actividades de enseñanza, dirección, gestión, entrenamiento y cualesquiera otras relacionadas con la actividad física y el deporte, el estar en posesión de la titulación

“establecida en cada caso por las disposiciones vigentes”; y atribuyendo el artículo 1219.h) la consideración de infracción muy grave la realización de tales actividades sin la titulación requerida, aunque sin determinar la exigencia de que dicha titulación deba ser la deportiva oficial. Aunque el artículo 10.b) en relación al 82, reservan para el Gobierno Balear la competencia para la expedición de las titulaciones deportivas y su homologación, así como la sanción del “intrusismo en materia de titulaciones y su suplantación por títulos no homologados”, pese a que la Comunidad autónoma carece de una regulación en materia de ejercicio de las profesiones del deporte.

2.5.5. Canarias

Entre las competencias de las Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias se sitúa la del “*fomento del deporte de alto nivel*” (art. 8.h de la Ley 8/1997, de 9 de julio, del Deporte). Asimismo, el artículo 10.a) establece como competencia de los Ayuntamientos canarios: “*La promoción de la actividad deportiva en su ámbito territorial, fomentando especialmente las actividades de iniciación y de carácter formativo y recreativo entre los colectivos de especial atención señalados en el artículo 3 de esta ley.*” Siendo que el artículo 3 citado establece que: “*En el fomento de la actividad física y del deporte se prestará especial atención a los niños, jóvenes, mujeres, personas mayores, a los minusválidos físicos, psíquicos, sensoriales y mixtos, así como a los sectores de la sociedad más desfavorecidos, teniendo especialmente en cuenta aquellas zonas o colectivos a los que la ayuda en estas actividades pueda suponer una mejora de su bienestar social.*” Un artículo que sin duda sirvió como referente al legislador andaluz, puesto que su contenido es prácticamente idéntico al de la legislación Canaria, salvo que la posterior Ley Andaluza 6/1998 substituye el término “inválido” por el de “discapacitado”; y elimina la diferenciación entre actividad física y deporte, subsumiéndolo todo en el mismo concepto de deporte; añadiendo a la finalidad de mejora del bienestar social la de la integración de estos colectivos especiales.

Se trata de una ley que no contiene un tratamiento o consideración especial del derecho a la salud diferente del ya estudiado para el deportista de competición y que únicamente liga la actividad deportiva con la educación al reconocerle un valor diferenciado como: “...*elemento educativo tanto para los deportistas de elite, como para los que se sirven de el como instrumento de equilibrio psico-físico de la persona*”.

La prevención en materia de salud del deportista se regula en el artículo 19.2 en el que califica a la medicina deportiva como vía de planificación y asistencia médica y sanitaria del deportista y que identifica esta vía, entre otros aspectos de promoción de la salud y la integridad psicofísica del deportista, con los controles de salud, en especial en la edad escolar, el desarrollo de unidades especializadas en la atención al deportista o en las condiciones de sanidad e higiene de las instalaciones.

Los aspectos protectores de la salud se centran en una regulación de la obligatoriedad del aseguramiento que viene establecida en el artículo 20 y afecta tanto a las federaciones como a cualesquiera organizadores de actividades físicas y deportivas. Así como a la creación de un centro Canario de apoyo al deportista (artículo 21) que está especialmente orientado a los deportistas de alto rendimiento.

La comunidad autónoma Canaria tampoco ha aprobado una ley del ejercicio de las profesiones del deporte. Y aunque el artículo 8.d) atribuya a las competencias de la comunidad para la regulación de la formación y titulación de técnicos deportivos “que no corresponda a profesiones con titulación académica”, la titulación técnico-deportiva, que no la oficial, es considerada como un “principio rector” que asume la Administración Canaria en el artículo 17.c) para los juegos y deportes autóctonos y tradicionales. Regulando en el artículo 24 la exigencia de las titulaciones deportivas - sin especificar si se trata de las titulaciones oficiales- para las actividades de enseñanza, dirección, gestión, entrenamiento y cualesquiera otras relacionadas con la actividad física y el deporte.

2.5.6. Cantabria.

La Ley del Deporte de Cantabria 2/2000, de 3 de julio, responde al mismo patrón de distribución de competencias que las leyes ya examinadas, de modo que establece para la Dirección General de deportes la competencia de: “*Establecer y ejecutar, en colaboración con las federaciones deportivas de Cantabria, programas autonómicos de promoción de deportistas de alto rendimiento*” (art. 6.e). Mientras que el artículo 7.b), atribuye a las Entidades Locales la competencia para “*Promover la práctica del deporte y, especialmente, el deporte de base y el deporte para todos*”. Por lo que el tratamiento efectuado del derecho a la salud ciudadana se limita a la promoción y favorecimiento de la atención médica y el control sanitario de los deportistas (artículo 5.m) competencia que se reserva a la Consejería del Gobierno Cántabro. Dedicando el título III a la protección de la salud e integridad física de los deportistas, que se erige en un objetivo y principio rector de la política deportiva Cántabra al materializarse en el artículo 2.j la “*promoción de la atención médica y del control sanitario que garanticen la seguridad y la salud de los deportistas y que faciliten la mejora de su condición física y psíquica.*” Lo que viene a confirmar y consolidar un concepto exclusivamente protector de la salud del deportista.

Los aspectos preventivos se refieren única y exclusivamente a los vinculados con el dopaje (artículo 58 y 59.3.a) o la violencia en el deporte (artículo 61) obviando referencias a la prevención sanitaria o de los factores de riesgo inherentes a la práctica deportiva. Solo en el artículo 45 de la Ley Cántabra encontramos una referencia directa a la exigencia para las actividades de enseñanza, formación, dirección y entrenamiento de carácter técnico deportivo, de estar en posesión de la correspondiente titulación técnico-deportiva, aunque sin especificar que dicha titulación deba ser la deportiva oficial.

2.5.7. Castilla la Mancha.

La Legislación Castellano-Manchega de deporte, expresada en la Ley 1/1995, de 2 de marzo, también contiene como principio rector de su gobierno autónomo el “*promover el deporte de competición y de alto nivel*” (artículo 2.g). Conteniendo asimismo el principio de fomento de la actividad física y la práctica deportiva “*como*

hábito de salud de toda la Comunidad y ejecutar programas especiales para personas disminuidas y para los colectivos sociales con acceso más difícil a esta práctica deportiva” (artículo 2.d). La diferenciación reiterada en muchas legislaciones autonómicas entre actividad física y práctica deportiva o lo que es lo mismo, entre deporte y actividad física, parece aludir a una distinción conceptual implícita entre deporte de competición y recreativo, aunque reserva el término deporte para las manifestaciones de la competición reglada y más concretamente la competición oficial o federativa. Diferenciación que como hemos visto en los casos de las legislaciones más modernas (por ejemplo el anteproyecto de Ley del deporte Andaluz), desaparece para otorgar una definición generalista de deporte que incluye las realizaciones recreativas.

No obstante no atribuye expresamente a los municipios una competencia clara para el deporte base, ni para el deporte recreativo, sino que el artículo 23 se centra en establecer un papel colaborador y cooperativo de la Administración Local con la Administración Autonómica, sin diferenciar especialmente el tipo de actividad deportiva de que se trate. Existe una referencia respecto del eje de la salud ciudadana en la práctica deportiva, en la consideración del deporte como *“herramienta educativa, como elemento importante en el desarrollo armónico de las personas, en su equilibrio psico-físico”* y cuando resalta el *“protagonismo de los municipios en la promoción del deporte en sus respectivos ámbitos territoriales...”* (Preámbulo). Y debemos acudir al capítulo primero del título IV, para reconocer las medidas de asistencia al deportista, destinadas a garantizarles una adecuada atención sanitaria mediante el correspondiente seguro médico que ofrezca el sector público o privado (artículo 28.g) y medidas de fomento del deporte de alto nivel, que el artículo 31.1 reserva para la Junta de Comunidades.

Pese a la diferenciación conceptual antes citada entre actividad física y deporte, el artículo 27.1 que es el que determina el compromiso de fomentar el deporte para todos, eleva a la categoría de deportista a *“quien practique alguna modalidad deportiva, aun cuando no esté federado o no participe en competiciones”*; señalando que la competencia para la promoción del deporte de ocio o recreo corresponde genéricamente a *“Las Administraciones Públicas de Castilla La Mancha”* (artículo 27.2) que *“facilitarán la actividad física libre, espontánea y organizada, con el fin de conseguir una mejor*

calidad de vida para todos”. Sin que la definición de tal compromiso vaya acompañada de atribuciones competenciales o acciones concretas de promoción/prevenición de la salud de la ciudadanía, lógicamente ligadas al denominado deporte para todos. Precepto que concluye con un último apartado declarando que la acción de fomento de la cultura física y el deporte se prestará con especial atención a colectivos más desfavorecidos.

El aspecto protector y asistencial de la salud queda regulado en el artículo 28, encomendándose su fomento a la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, mediante una serie de medidas que incluyen la garantía de control médico sanitario para el deportista federado otorgando una cartilla médico sanitaria con la expedición de la licencia, el impulso de unidades especializadas en medicina deportiva, regular las condiciones de higiene y seguridad en las instalaciones, o exigir al personal técnico deportivo y de las instalaciones la posesión de “las titulaciones que se requieran reglamentariamente”. En este último sentido el artículo 25 prevé la exigencia de estar en posesión de la “correspondiente titulación deportiva” para las actividades de enseñanza, dirección, gestión, entrenamiento y cualesquiera otras que se establezcan en relación a las AFD, incurriendo en la habitual indeterminación de la titulación exigida y su naturaleza o no oficial. Indeterminación que hará difícil la aplicación de la infracción de naturaleza grave prevista en el artículo 40.4.g para el caso de prestación onerosa de las actividades de enseñanza, asesoramiento o entrenamiento de la actividad deportiva; y el artículo 40.5.d) tipificando la infracción como leve, en caso de prestaciones gratuitas Considerándose de naturaleza muy grave la realización de actividades y prestación de servicios relacionados con la educación física y el deporte “*en condiciones que puedan afectar a la seguridad y salud de las personas, por entrañar un peligro grave y directo para las mismas*” (artículo 40.2.k).

2.5.8. Castila León.

La Ley 2/2003, de 28 de marzo, del Deporte de Castilla y León, sustituye a la anterior Ley 1983/393 y lo hace bajo el principio inspirador del “*fomento del deporte como cauce para incrementar la calidad de vida de los ciudadanos y un bondadoso*

progreso social” (Preámbulo). Lo que se ratifica en el artículo 4.a) al establecer como un principio de la política deportiva de Castilla León “*con el fin de obtener una mejor calidad de vida y un mayor bienestar social*”. Sin embargo y pese a esta afirmación generalista, la distribución competencial establecida en este nuevo marco legal no introduce a primera vista novedades o competencias específicamente encaminadas a la promoción o protección de la salud a través del deporte.

La distribución de las dos competencias de contraste propuestas se produce del siguiente modo: La Junta de Castilla León asume la competencia para la aprobación de los “*centros de tecnificación deportiva*” (artículo 5.b) o la aprobación del currículo de las enseñanzas conducentes a la obtención de las titulaciones de técnicos deportivos (artículo 5.c). Y a la Consejería competente en materia de deportes, la competencia de: “*ordenar, promover y fomentar los programas de formación continua y perfeccionamiento técnicos deportivos...*”. Mientras que el deporte para todos y en edad escolar y su fomento, son una competencia propia de los municipios y otras entidades locales (artículo 7.a), estableciendo en este punto una competencia compartida con las Provincias (artículo 7.c), lo que constituye una novedad en la asignación de esta competencia que, como estamos viendo, suele asignarse en exclusiva al municipio.

La Ley Castellano Leonesa diferencia claramente entre el deporte de competición y el recreativo que son denominados en el artículo 27 como deporte federado y de recreación; definiendo al deportista como sujeto de la actividad deportiva (art. 64), practique o no deporte federado o en el seno de una organización deportiva. Asimismo se define al deporte escolar (art. 29) el deporte universitario (art. 32) y se regula el deporte de alto nivel (arts 36 a 38) y autóctono (arts 39 y 40).

El tratamiento del derecho a la salud que se efectúa no se dirige en exclusiva al deporte federado oficial, ni es estrictamente proteccionista. Pues pese a que de un modo explícito se recoge en el capítulo II del título VI y bajo la leyenda de “*Protección del deportista*” aparece un elenco de principios de actuación, estos van más allá de la mera “*atención sanitaria en el ejercicio de la actividad*”. Efectivamente el art. 67, abarca desde la titulación del personal técnico deportivo (al que dedica el capítulo I del título IV), la formación del deportista desde la infancia, la regulación de las condiciones de higiene y

sanidad de las instalaciones deportivas, el control de la aptitud física del deportista (sin dirigirse especialmente a la competición oficial en el art. 67.d y para el deportista federado en los apartados 67.g-i); cerrando el círculo con una previsión en el ámbito sanitario, dirigido al impulso de la formación del personal médico y sanitario así como de la medicina preventiva. En este último sentido, el art. 67.f) es revelador de una conciencia clara respecto de una necesaria actuación múltiple: control de la aptitud para la práctica deportiva, prevención, mantenimiento de los niveles óptimos de salud durante la vida deportiva activa y la recuperación o retorno a la actividad “*con perfecta integridad de las facultades psicofísicas*”.

El artículo 44 refiere una exigencia de la titulación “*establecida en cada caso en las disposiciones vigentes*” para la prestación de los servicios profesionales de formación, dirección, entrenamiento, rehabilitación, animación deportiva u otros. Remitiéndose a un desarrollo de la ley para la “*delimitación concreta del alcance de la obligatoriedad de las titulaciones*”.

2.5.9. Cataluña.

También la Ley Catalana del Deporte, aprobada por Decreto Legislativo 1/2000, de 31 de julio, contiene una visión de la dimensión social del deporte. En la política deportiva de la Generalidad de Cataluña está presente el principio rector de “*fomentar la actividad física y el deporte como hábito de salud*” (art. 3.g) de modo que la promoción del deporte se orienta al fin de “*obtener una mejor calidad de vida y un mayor bienestar social*”. La claridad de dicha orientación se manifiesta de un modo muy evidente en el art. 48.1 en el que se atribuye esta competencia genéricamente a las Administraciones Catalanas, sin distinguir entre la autonómica, provincial o municipal, y estableciendo de modo indistinto el deber de: “*promover el deporte de recreo, ocio y salud, y deben facilitar la actividad física libre y espontánea y la organizada, dando, dentro de sus posibilidades, el máximo de alternativas al mayor número de personas para poder ocupar adecuadamente el tiempo libre con actividades formativas, creativas, de*

participación social, de recuperación física, de mantenimiento y de animación, para que todas las personas puedan lograr una mejor calidad de vida.”

Asimismo se prevé una actuación en materia de medicina preventiva, correspondiendo a la Generalidad (art. 50), la promoción de la seguridad en la práctica deportiva; el asesoramiento médico y el control de la aptitud deportiva, referido al deporte en general, aunque respecto del deporte de competición o de elevado riesgo, añade la realización de un seguimiento. También se establecen actuaciones preventivas, de seguimiento y control, en el consumo de productos no autorizados ni médica ni deportivamente. Y finalmente, el título V, regula la Comisión Antidopaje de Cataluña, ofreciendo el aspecto de protección de la salud propio del deporte de competición; aunque también en su versión sancionadora, al tipificar el 96.j) el consumo de sustancias tendentes a modificar o alterar el resultado de la competición, como falta muy grave.

Le Ley Catalana crea el Consejo Catalán del deporte como organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica y patrimonio propio que, entre sus funciones (art.35) prevé la coordinación con las entidades federativas catalanas con el objetivo de *“mejorar el nivel y la alta competición de los deportistas catalanes y de las selecciones catalanas en cualquier ámbito de actuación”*. En esta misma línea se expresa tal objetivo como un principio rector de la Generalidad en el art. 3.h). Y, como se indicó anteriormente, sin atribuir la competencia en materia de deporte de recreación, o de deporte para todos, a los municipios; pues en el art. 39 no se citan competencias municipales de un modo directo y expreso, al existir en el citado art. 48, una previsión de competencias conjuntas e indistintas de todas las Administraciones Públicas Catalanas.

Esta podría ser la razón por la que los artículos 39 y 40 reguladores de la competencia municipal y comarcal, respectivamente, se limitan a recordar la necesaria cooperación de ambas instancias en las finalidades previstas en la Ley (art.39.f) o la de cooperación con municipios y entidades en la promoción de la actividad física y el deporte (art. 40c).

En referencia a las titulaciones deportivas se establece como una obligación de la Administración velar por las titulaciones de los educadores (artículo 43), la necesidad de una titulación específica para el profesorado en educación física (artículo 42) e

identificándose la función de control de las titulaciones como específica de la inspección deportiva (artículo 64.1.a); calificando como grave las infracciones a las titulaciones (artículo 74.d). Pero pese a todo, y aunque la Ley Catalana no hace una mención expresa a la oficialidad de las titulaciones, los aspectos de la prevención de la salud están tratados de un modo completo, pues a la regulación legal citada se suma una pionera regulación específica para el ejercicio de las profesiones del deporte, a través de la Ley 3/2008, de 23 de abril, de *l'exercici de les professions de l'esport*. Siendo de las pocas comunidades autónomas que hasta la fecha han efectuado una regulación completa de este aspecto preventivo que todavía está pendiente de regulación por parte del Estado Español y que previsiblemente será objeto de una futura regulación por parte de otras comunidades autónomas.

La norma catalana es muy clara respecto de su objeto, de modo que la doctrina ha entendido que: “*La justificación básica de la ley para incluir o no una profesión en la norma es la de saber si con la actuación del profesional se puede poner en riesgo o no la salud de los ciudadanos*” (CAMPS, A., 2008). Esta norma entroniza un concepto de deporte muy amplio y aborda este fenómeno en todas sus manifestaciones, sean estas oficiales o no, públicas, privadas, recreativas, estéticas, turísticas, de salud u otras pues, como señala el preámbulo, todas ellas ofrecen un campo de actuación profesional extraordinario.

La ley 3/2008 (modificada por Ley 7/2015) regula cuatro profesiones del deporte: profesor de educación física, animador o monitor deportivo (del que la citada reforma elimina la condición de ser profesional), el entrenador deportivo referido a un deporte específico, y el director deportivo. Estableciendo las titulaciones requeridas para cada una de estas profesiones, creando un registro oficial de profesionales del deporte en Cataluña y exigiendo la colegiación en caso de existir el colegio profesional correspondiente. La regulación del ejercicio profesional supone conforme al artículo 1.4 la prestación de los servicios propios del deporte, del que quedan excluidas la relaciones de voluntariado, amistad, familiares, o análogas; así como ciertas profesiones como la de “gestor deportivo”, colectivo cuya actuación carece de un vínculo directo con el usuario y sus funciones no presuponen una intervención directa de la que pueda derivarse un peligro a

su salud. Asimismo se excluyen las actividades náutico-deportivas, las relativas a la conducción de vehículos de motor excepto para entrenadores profesionales de tales deportes, a los árbitros y jueces deportivos.

2.5.10. Comunidad foral de Navarra.

La Ley Foral 15/2001, de 5 de julio del Deporte de Navarra, parte de una serie de objetivos entre los que se establece: “*Promover la seguridad y salubridad en las actividades deportivas*” que se reitera en el artículo 3.j) como un objetivo de la política deportiva. En el título V se reconoce expresamente que la asistencia sanitaria derivada de la práctica deportiva general del ciudadano constituye una prestación ordinaria del régimen de aseguramiento del sector público en el marco de la legislación general (artículo 66). Asimismo se regula el seguro deportivo estableciéndose la obligación de las federaciones deportivas de concertar un seguro que cubra al deportista federado y otros aspectos derivados de la práctica organizada de la correspondiente modalidad deportiva (artículo 67). Y se regula el “dopaje deportivo” en el artículo 68 y siguientes, bajo el doble objetivo de proteger la salud de los deportistas que compiten y el espíritu de juego limpio que debe presidir la competición deportiva.

Los artículos 66 y siguientes establecen la protección de salud derivada de la práctica general y que encomienda al aseguramiento sanitario del sector público; y por otro lado la obligatoriedad del aseguramiento obligatorio para la práctica del deporte federado. En dicho ámbito el artículo 67, párrafo 2º regula la posibilidad de que la Comunidad Foral pueda financiar la asistencia sanitaria derivada de la práctica federada, en función de la edad del deportista, el interés social de la práctica deportiva y otras circunstancias singulares. Al margen de esta regulación en el tratamiento o protección de la salud del deportista, en los aspectos preventivos la Ley Navarra ha previsto una doble actuación. Por un lado, en cuanto a la regulación de las titulaciones deportivas oficiales, el artículo 83.1 asienta el principio de la competencia del Gobierno Navarro para la

organización y ordenación de las enseñanzas conducentes a la obtención de las titulaciones oficiales de técnicos deportivos, para lo que cuenta con el asesoramiento del Centro de Estudios, Investigación y Medicina del Deporte (artículo 73.1.h). Estableciendo en el artículo 84.1.a); el impulso de la formación en el ámbito de las actividades deportivas con el objeto de que tanto los servicios como las actividades deportivas se presten “*en condiciones adecuadas de salubridad y seguridad*”. Se fija la obligatoriedad de la titulación deportiva para los servicios de enseñanza, dirección técnica, entrenamiento y animación (artículo 85.1) aunque dicha obligación no concluye en una regulación de las profesiones del deporte o en la determinación de las diferentes titulaciones oficiales exigibles para las diferentes dedicaciones o sectores de la actividad deportiva, para cuya determinación el artículo 85, párrafo 2º, se remite a una regulación reglamentaria. Y regulando en los artículo 99 y siguientes una inspección deportiva entre cuyas funciones no se encuentra la fiscalización respecto del cumplimiento de la prestación de servicios deportivos por personal con titulación oficial. De otro lado los artículos 75.c) y 77 establecen que la regulación reglamentaria de instalaciones deportivas que contendrán aspectos relacionados con las condiciones de seguridad e higiene de las mismas, entroncando dicha regulación con la prevención de riesgos, de modo que en las instalaciones deberán contar con un seguro de responsabilidad civil y con una información al público en la que se encuentra la relativa a los riesgos derivados del uso incorrecto del equipamiento deportivo de la instalación, pero que omite mención alguna respecto de la identificación y titulaciones oficiales del personal que presta sus servicios en las mismas.

2.5.11. Comunidad Valenciana.

La Ley 2/2012, de 22 de marzo, de la Generalidad Valenciana, del Deporte y la Actividad Física de la Comunidad Valenciana, incluye entre los principios rectores con que deben actuar las Administraciones Públicas Valencianas (artículo 2.6) el reconocimiento de: “*la práctica deportiva como factor esencial para el cuidado de la salud, para el aumento de la calidad de vida y del bienestar social, para el desarrollo*

integral de la persona y para el rendimiento de los beneficios de salud a todas las edades mediante las actividades físicas oportunas". Además de esta formulación general el mismo precepto aporta otro principio rector que establece la protección al deportista (artículo 2.12) al fijar: *"La garantía de la práctica del deporte y la actividad física en condiciones de seguridad y salud..."*. Orientación que reaparece en el artículo 14.2 al establecer el derecho del deportista a un triple nivel de protección que tiene relación directa con el derecho a la salud:

"1. Que la actividad cuente con personal técnico que acredite una titulación oficial en actividad física y deporte, y que desarrollen su labor teniendo en cuenta las características particulares de los individuos 2. Que la actividad se desarrolle en condiciones higiénico-sanitarias y de seguridad adecuadas, tanto en lo relativo a las instalaciones como al material deportivo utilizado. 3. Que la entidad organizadora cuente con los seguros necesarios que cubran los riesgos que pudieran tener los practicantes en el desarrollo de la actividad."

Para el cumplimiento de las previsiones de protección y garantía antes descritas, los artículos 29 y 88 contienen la obligación de aseguramiento de la actividad que cubra la responsabilidad civil del deportista, por daños al público asistente o a terceros; garantizando la asistencia sanitaria y exigiendo la cobertura de la responsabilidad civil que cubra los daños y perjuicios que pudieran derivarse del uso de la instalación.

Para la verificación y control de las exigencias de protección aludidas, la legislación valenciana ha previsto la creación de una inspección deportiva (artículo 98) como unidad administrativa que asume la vigilancia y comprobación del cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias en materia deportiva y a cuyos miembros, la ley les reconoce la condición de agentes de la autoridad (artículo 99.2) gozando de la protección y facultades que a los mismos les dispensa la normativa vigente.

En esta ley queda perfectamente diferenciado el ámbito de la actividad física (artículo 23.2) y la actividad deportiva, siendo esta última la propiciada desde las federaciones deportivas o las Administraciones Públicas (artículo 23.1). Definiendo igualmente el ámbito de actuación del deportista (artículo 10), en cuyo concepto incluye tanto al practicante de deportes oficiales y federados como al practicante de actividades físicas, sea de un modo libre como institucionalizado. La norma contiene incluso la

previsión de una *Escola de L'esport de la Generalidad* entre cuyas funciones se encuentra la de “*promover la investigación en ciencias de la actividad física y el deporte*” (artículo 51.2.f). Pero lo cierto es que el tratamiento del bien jurídico de la salud no aparece desarrollado como una competencia específica que se integre en el sistema deportivo. El tratamiento transversal o multidisciplinar de las competencias en materia de deporte se restringen y aparecen en exclusiva para el deporte de élite, a través de los denominados “servicios de apoyo al deportista” (artículo 41.1) y con vistas a alcanzar el máximo rendimiento deportivo.

Por otro lado la denominada tarjeta deportiva que regula el artículo 11 y que garantiza una serie de “*servicios y ventajas de carácter deportivo*” ha tenido un escaso y desigual desarrollo que en modo alguno está relacionado con el ejercicio de las competencias públicas en materia de salud. Tal aspecto queda circunscrito a la obligatoriedad del seguro deportivo en la práctica federada (artículo 68) o a los citados aseguramientos obligatorios para el organizador de actividades del artículo 29.2. Pero tanto la inspección deportiva, como la *Escola de L'esport* se crean como instituciones dependientes orgánica y funcionalmente del denominado Consell Valencià de L'esport, entidad de derecho público creada por la Ley 3/2006, y suprimida por Ley 1/2003, de 21 de mayo, de la Generalidad Valenciana, de Medidas de Reconstrucción y Racionalización del Sector Público Empresarial y Fundacional de la Generalidad Valenciana. Por lo que la estructura legislativa que permitiría la investigación en materia de ciencias de la actividad física y el deporte y su entronque con políticas transversales y programas de salud, en especial en colaboración con universidades u otras entidades y administraciones (artículo 8.2.q), así como la fiscalización en el cumplimiento de los principios rectores y líneas generales de actuación que en esta materia se ha fijado la Generalidad, en la práctica quedan huérfanas de las instituciones o de los organismos especializados que puedan darles su debido cumplimiento.

Los aspectos donde más claramente se efectúa una regulación preventiva de salud se encuentran tanto en la exigencia de titulaciones deportivas oficiales, como en la regulación de las condiciones de seguridad de las instalaciones deportivas.

En cuanto a la primera de las cuestiones, los artículos 3.19^a; 7.3.a); 14.1^a; 15.2; 19.1; 21.2 y 53.3 y 109.4 exigen, desde diferentes puntos de vista normativos, la necesidad de que el personal técnico encargado del desarrollo de los diferentes niveles de actividad deportiva cuenten con una titulación oficial. Así el artículo 7.3.a) exige para los municipios de mas de 5000 habitantes que se preste un servicio deportivo cuya organización técnica se encuentre dirigida por “*titulados oficiales en actividad física y deporte*”. Exigencia que se muestra más explícita todavía para la protección del deportista en edad escolar al precisar el artículo 15.2 que los técnicos y entrenadores de este colectivo deben acreditar una “*titulación oficial en actividad física y deporte...*”. Así como en el artículo 21.1 para los directores, gerentes y otros gestores deportivos; o para los técnicos, entrenadores y profesionales del deporte y la actividad física, para quienes el artículo 53.1 exige una formación “*mediante los currículos formativos que conduzcan a las titulaciones oficiales que se determinen*”. En cuanto a las instalaciones deportivas, el artículo 81.2 exige que las características y requisitos de estas se adapten a la normativa básica de instalaciones deportivas y equipamientos deportivos de la Comunidad Valenciana, cuyo desarrollo se efectuará reglamentariamente. Normativa que pese a lo exhaustivo y detallado de su redacción, no ha sido acompañada de una ley de ejercicio de las profesiones del deporte, lo que unido a la ausencia total de fiscalización adecuada de cumplimiento y a la falta de compromiso en la corresponsabilidad de su observancia por parte de las Administraciones locales, pueden ser las causas de la escasa implantación real de las titulaciones deportivas oficiales como elemento de garantía en la salvaguarda de los derechos de consumidores y usuarios de las actividades deportivas; tal y como se analizará al estudiar una de las prácticas de contraste en el capítulo siguiente.

En lo que se refiere al reparto competencial para el deporte de alto rendimiento y del deporte base, la ley valenciana sigue el modelo generalizado de atribuir la competencia a los órganos autonómicos en colaboración con las federaciones, en materia de deporte de élite y programas de apoyo al mismo (artículo 8.2. l y m). Y aunque la *Generalitat* asume igualmente la promoción y organización del deporte en edad escolar (artículo 8.2.o) solapa dicha competencia al asignar a los municipios la competencia de fomento del deporte para todos y el deporte en edad escolar (artículo 7.2.b); asignándoles,

como ya hemos citado, la creación los servicios públicos deportivos municipales, en municipios con más de 5000 habitantes.

2.5.12. Extremadura.

La Ley 2/1995, de 6 de abril del Deporte en Extremadura ordena la actividad de fomento del deporte a partir de dos principios fundamentales: la igualdad de los ciudadanos en el acceso al deporte y la promoción de la actividad deportiva de base o deporte para todos. Así se establece en su preámbulo que aunque no concede el reconocimiento de derecho al deporte, sí que le otorga un valor importante al desarrollo individual y el progreso de la comunidad en su conjunto. La conexión del deporte, al menos en el texto del preámbulo, se realiza con la juventud haciendo hincapié en el deporte escolar y en la circunstancia de considerarlo como un factor preventivo de comportamientos antisociales, regulando una disciplina deportiva dirigida a *“corregir conductas irregulares, dopaje y otras prácticas ilegales”*. Se establece como uno de los principios básicos: *“El fomento de la práctica de la actividad física y deportiva como instrumento esencial para la formación y desarrollo integral de la persona, mejora de la calidad de vida y el bienestar social”* (art. 3.4). Aunque posteriormente en el art. 45, se establecerá una nueva conexión también explícita entre el deporte y la educación, significando que la Junta velará para que: *“...la práctica de actividades físicas y deportivas en los centros docentes de Extremadura constituyan un instrumento fundamental en la educación integral de la persona”*. No existe por tanto en esta ley una conexión explícita entre un derecho a la salud en general con el deporte, ni tampoco aparece configurada la salud como un principio rector o de actuación, o como competencia de fomento que asuma la Administración Pública extremeña. Ni tan siquiera se consideran los aspectos de la prevención de la salud del deportista, tan características al regular las licencias deportivas o la práctica en competición oficial; ni por supuesto se considera la posición de garante de la Administración en materia de salud pública o el valor higiénico de las actividades físico-deportivas en su conjunto.

En cuanto a la organización Administrativa, se reconoce la destacada posición que ocupan los Ayuntamientos *“como auténticos promotores de la práctica deportiva, atribuyéndoles las competencias en la promoción deportiva y en la construcción, mejora y buen uso de las instalaciones deportivas”*. En este sentido, el art. 8.1.a) establece que corresponde a los municipios la promoción en general de la actividad física y el deporte en el ámbito local centrándose en especial en el área escolar y fijando la acción de fomento en las *“actividades físicas de carácter extraescolar y recreativas en el marco de las directrices de la Comunidad Autónoma de Extremadura”*.

Por otro lado, en cuanto que hábito de salud, el fomento del deporte en sus distintos niveles se establece como un principio básico (art. 5.1º.A).1). Y en materia de formación deportiva, el desarrollo y promoción de la investigación, especialmente universitaria, tienen por objeto *“la mejora cualitativa y cuantitativa de la práctica, la formación y el rendimiento deportivo”* (art. 5.1ª.B) 5). Efectuándose una reserva en el art. 56 a favor de la Junta de Extremadura quien, en colaboración con otras Administraciones Públicas: *“...impulsará el deporte de alto nivel como factor fundamental de estímulo y desarrollo del deporte”*.

Como hemos visto no existe en la ley extremeña del deporte una específica regulación del derecho a la salud del ciudadano o del deportista. Tan solo el art. 60, al referirse a la participación en la competición oficial, exige estar en posesión de la licencia deportiva individual que, por remisión al título II, capítulo V, regula el art. 24.3, con una genérica e imprecisa remisión al contenido que para la licencia deportiva exijan las federaciones deportivas nacionales en las que las federaciones deportivas extremeñas se integren. Tampoco existe una regulación específica del dopaje, cuyo tratamiento se circunscribe a su consideración en la competición, mediante la calificación como falta muy grave, por el consumo o la utilización de prácticas prohibidas en el deporte (art. 80.b).

Por lo que se refiere un tratamiento específico respecto de las titulaciones deportivas oficiales para la realización de las actividades como la enseñanza, la dirección, la gestión, el entrenamiento o la animación deportivas, el artículo 53 exige estar en posesión de lo que genéricamente denomina *“la correspondiente titulación”*.

Remitiéndose el artículo 51 a un régimen para las titulaciones que se establecerá reglamentariamente. Por su parte el artículo 49 establece la obligación para los educadores que dirigen la práctica de las actividad física y deportiva en centros docentes, en horario extraescolar o no lectivo, de estar en posesión de la titulación exigida por la legislación vigente.

La regulación de los aspectos relacionados con las titulaciones deportivas y el ejercicio de las profesiones del deporte han sido regulados por la Ley 15/2015, de 16 de abril, por la que se ordena el ejercicio de las profesiones del deporte en Extremadura (DOE nº75 de 21/04/2015); con entrada en vigor a los 6 meses de su publicación. El espíritu de esta norma arranca del reconocimiento de dos realidades como son: de un lado la generalización del fenómeno deportivo y de otro: *“la marcada incidencia que el deporte puede causar en la salud y en la integridad de las personas requiere que los poderes públicos, habilitados por la ley, velen por que los deportistas estén dirigidos y entrenados por auténticos profesionales a los que corresponde garantizar que la actividad deportiva se realiza de forma correcta y segura”* (preámbulo); presupuesto ideológico que se reconoce a lo largo de la norma en diversos preceptos como los artículos 1.2, 3.1.d) y f), 4.1.d) y h), 6.1, 11.1 y 26.1. El artículo 6 regula las profesiones de profesor de educación física, monitor deportivo, entrenador deportivo, preparador físico y director deportivo, asignando a cada una de ellas la titulación oficial que se exigirá para el ejercicio de la profesión y excluyendo en el artículo 2.2) a aquellas actividades profesionales que ya se encuentren reguladas por otra legislación sectorial, sobre seguridad vial o navegación aérea o que cuenten con normativa específica tales como el buceo profesional, actividades náutico-deportivas, socorrismo profesional o paracaidismo, de un modo similar a como se excluyen en la Ley 3/2008 de Cataluña. La ley considera los certificados de profesionalidad incluso las adquiridas en otros Estados de la UE (artículos 19 al 22). Y crea la obligación de una comunicación previa a la Administración Autonómica, excepto para profesores de EE.FF de la Administración, para el ejercicio de las profesiones del deporte; sin perjuicio de las facultades de comprobación, control e inspección de la dirección general competente.

Finalmente indicar que las disposiciones transitorias, prevén una aplicación progresiva de la norma mediante un sistema de declaración responsable y posterior habilitación extraordinaria y provisional por cinco años, para el ejercicio de las profesiones de quienes carezcan del requisito de titulación pero acrediten una experiencia suficiente que garantice las exigencias de “calidad y seguridad”.

2.5.13. Galicia.

Le Ley Gallega 3/2012 del Deporte, de 13 de abril, establece en su preámbulo que: *“El deporte constituye una actividad de máxima importancia y relevancia en las sociedades modernas. Se asocia directamente a un modo de vida saludable con el que se contribuye a la mejora de las propias condiciones físicas, así como a valores de superación, lucha, respeto a los demás y a las normas, y de crecimiento personal basado en el esfuerzo y en la mejora del propio rendimiento.”* Indicando seguidamente que los indicados valores sociales son *“especialmente interesantes en el proceso de sociabilidad”*. El texto reconoce en su artículo primero las especiales funciones sociales que el deporte desempeña, citando explícitamente como una de estas la mejora de la salud pública, junto a otras como la educación, la formación, la cultura, fomento de la cohesión social o respeto al medio ambiente. Llegando a calificar al deporte como una actividad de interés público para la comunidad autónoma gallega (artículo 2.2). Entre los principios rectores a que alude el artículo 3.g) se cita textualmente. *“La protección del deportista, con especial atención a su salud”*.

Conforme a la habitual división competencial, mientras que corresponde a la Administración autonómica: *“Regular y fomentar el deporte y a los deportistas de alto nivel de Galicia y las categorías de deportistas, así como los requisitos para ser incluidos en éstas y sus beneficios”* (artículo 5.1.), los municipios en el ámbito de su territorio ejercen, entre otras, la competencia de *“Fomentar, promover y difundir el deporte, especialmente el deporte en edad escolar”* (artículo 8.1.).

Pese al pronunciamiento claro y explícito del preámbulo respecto de la dimensión de salud colectiva que el deporte entraña, y pese a entronizar un principio rector

directamente relacionado con la salud del deportista, se dedica un artículo 11 bajo el título “Protección y asistencia sanitaria” cuyo ámbito no se refiere a toda la actividad deportiva sino que se circunscribe exclusivamente al ámbito de la competición. El tenor literal del precepto es el siguiente:

“La Administración deportiva de Galicia procurará que el deporte se desarrolle con la asistencia sanitaria correspondiente.

La asistencia sanitaria será prestada, en el marco de las competiciones deportivas oficiales gallegas, mediante contratos con entidades privadas o con convenios con entidades públicas.

La Administración deportiva autonómica impulsará la actividad de los centros de medicina deportiva con la finalidad de colaborar en la preparación de los deportistas y en su progreso en la actividad deportiva”.

Para una correcta interpretación de este precepto debemos necesariamente acudir a la lectura del artículo anterior y que distingue entre la “actividad física” y la “actividad deportiva”, definiendo esta última como: “*el ejercicio físico reglamentado, cuyo principal objetivo es la participación y/o consecución de un resultado deportivo en competiciones desarrolladas en el ámbito federativo o en las competiciones reconocidas por la Administración deportiva autonómica*”. Por lo que como ya se anticipaba la protección y asistencia sanitaria que debe procurar la Administración autonómica gallega conforme al artículo 11, se limitará en la práctica exclusivamente del deporte definido en la propia Ley e identificado con la competición oficial, o la reconocida por la Administración gallega y no con cualquier otra actividad físico-deportiva realizada fuera de esos parámetros. Tal sesgo queda confirmado con la lectura de la regulación efectuada para las licencias federativas, cuya posesión es necesaria para la participación en las competiciones oficiales (artículo 27) y en cuya regulación, el artículo 28 prevé la posibilidad de establecer la obligatoriedad de: “*un reconocimiento médico del deportista que determine la inexistencia de contraindicaciones para la práctica de su modalidad deportiva*”. Asimismo se prevé la posibilidad de licencias deportivas de tipo escolar y universitario que conllevarán la obligatoriedad de suscribir un seguro que garantice la cobertura de asistencia sanitaria. Preceptos de los que podemos extraer dos lógicas consecuencias: por un lado que la protección sanitaria y la actividad que desplegará la

Administración autonómica se producirá en el exclusivo ámbito del deporte de competición; y de otro lado, que las manifestaciones competitivas no oficiales o federativas, tales como la escolar o universitaria, precisarán por imperativo legal de un aseguramiento *ad hoc*, impidiendo que el sistema nacional de salud extienda la cartera de sus servicios comunes en estos dos ámbitos, aunque podría hacerlo.

Por otro lado la regulación de lucha contra el dopaje que recogen los artículos 129 y siguientes está orientada a la prevención y represión de la alteración fraudulenta de los resultados deportivos, más que a la protección del deportista y su ámbito que es exclusivamente el de la competición oficial.

Mención aparte merece la redacción del artículo 97.d) que regula un hecho innovador como infracción de naturaleza muy grave cuando pueda se pueda ver afectada la salud del deportista: *“La manipulación o alteración, ya sea personalmente o a través de persona interpuesta, del material o equipamiento deportivo en contra de las reglas técnicas de cada deporte cuando puedan alterar la seguridad de la prueba, encuentro o competición o pongan en peligro la integridad de las personas”*. Regulación que tiene como objeto directo la protección del deportista como víctima de tales prácticas, aunque nuevamente circunscribe la actuación y las competencias de la Administración autonómica gallega en materia de salud al ámbito de la competición oficial.

En materia de titulaciones, los artículos 72.1 y 30.2 exigen la posesión de un título oficial de la familia de las actividades físicas y deportivas para la realización de servicios de enseñanza, dirección, gestión, entrenamiento, animación y cualquier otro relacionado con el deporte, remitiéndose al marco legal que regule las profesiones del deporte aunque sin hacerlo. Y exigiendo a las federaciones la aceptación de tales títulos para las actividades federativas (artículo 73).

2.5.14. La Rioja.

La Ley 1/2015, de 23 de marzo, del ejercicio físico y del deporte de La Rioja (BOE nº 90 de 15/04/2015) es la última norma deportiva autonómica aprobada y supone un salto cualitativo respecto de la anterior Ley 8/1995, de 2 de mayo. Esta norma dedica

su título III (artículos 18 y 19) a regular el ejercicio de las profesiones del deporte, materia que aparece vinculada directamente con el derecho a la salud, pues se considera que la profesionalización del deporte constituye una de las transformaciones más importantes que ha vivido la sociedad y que los poderes públicos deben acotar los ámbitos reservados a las profesiones tituladas, poniendo el acento “*en la necesidad de concienciación social acerca del alarmante intrusismo observado en una actividad directamente relacionada con la salud y la seguridad personal...*” (preámbulo). La norma prevé la necesidad de que se acometan políticas transversales desde la creación en su artículo 10 de la “*Comisión Intersectorial del Ejercicio Físico y Deporte*”, en la que se invita a la participación de otras consejerías “*cuyas competencias inciden de manera importante en el ámbito deportivo, como Salud, Educación o Medio Ambiente*” (preámbulo y artículo 10.2.a).

Las novedades pasan en primer lugar por un concepto amplio de deporte en el artículo 2 en el que distingue entre el ejercicio físico y el deporte. El primero queda definido como una actividad de ocio, tiempo libre y orientado a la recreación y mejora de la salud, tanto en el ámbito del deporte organizado no federado como en el de recreación y ocio (artículo 42.1). Por su parte el deporte es considerado como un ejercicio físico que tiene como finalidad “*el logro de resultados en competiciones de todos los niveles*”. Pese a que la norma contiene en su artículo 39.3 una definición de actividad no competitiva, la redacción de ambos preceptos incurre en el habitual error de desconocer la existencia de deportes federados de naturaleza no competitiva y que por tanto no están orientados a la consecución de resultados en competiciones pese a su naturaleza federada. Por lo que no resulta válida ni completa la formulación de deporte, ni de actividad no competitiva que se recoge en ambos artículos¹⁰¹. No obstante, a partir de la configuración legal del “ejercicio físico”, surge un concepto amplio también de deportista (artículo 11) que permite reconocer no solo al deportista federado, escolar y universitario, sino también a quien practica ejercicio físico, asistiendo a clases dirigidas o bien de forma libre al

¹⁰¹ Ver Federación Riojana de Judo y Deportes Asociados, integrada en la Real Federación Española de Judo y Deportes Asociados, en las que se integra al Aikido y al Tai-chi como disciplinas de naturaleza no competitiva y por tanto como deportes oficiales que no están orientados al logro de resultados en la competición. (fuente: <http://www.rfejudo.com>)

margen de una organización (artículo 11.2.d), o al deportista profesional no federado (artículos 11.2. e) y 16). De lo que se deducirá el reconocimiento en el artículo 15, de las figuras del *deportista popular* así como del *deportista de recreación* y una regulación del ejercicio físico y deporte de recreación en los artículos 56 al 59. Creándose en los artículos 95 y siguientes la Federación Polideportiva de la Rioja constituida por las secciones de modalidades deportivas que no tengan una federación de referencia.

Con un carácter general se establecen una serie de acciones protectoras comunes a todo tipo de deportistas entre las que resaltamos la configuración del derecho de todos ellos a recibir una actividad impartida por técnicos deportivos titulados y a que la misma se desarrolle en condiciones higiénico sanitarias y de seguridad adecuadas (artículo 32.a y b). Esta exigencia de titulaciones oficiales diferencia entre los técnicos profesionales de los que no tienen dedicación profesional (artículo 17), estableciendo la diferenciación entre ambos en función de que su retribución exceda o no el límite del salario mínimo interprofesional, aunque manteniendo la exigencia del título para el desarrollo de su actividad. Las titulaciones oficiales son las siguientes:

- Licenciado en Ciencias de las Actividad Física y del Deporte, o el grado correspondiente (para todas las categorías y actividades).
- Título de maestro de primaria con especialidad en EE.FF. (para instructor y monitor deportivo).
- Técnico deportivo de grado medio o superior en la modalidad deportiva correspondiente (Para todas las categorías y en cualquier modalidad si la actividad no está calificada como deporte).
- Técnico Deportivo Superior con la formación establecida por la respectiva federación en la modalidad correspondiente (para todas las categorías y en cualquier modalidad si la actividad no está calificada como deporte).
- Monitor deportivo o equivalente del ámbito de la formación profesional ocupacional (en actividades no calificadas como deporte y realizadas por personal no profesional).
- Primeros auxilios, en todos los casos y categorías.

Los técnicos profesionales se encuentran divididos en instructores, guías en el medio natural, auxiliar deportivo de competición, entrenador y educador físico. Los técnicos sin dedicación profesional pueden ser a su vez monitores deportivos, si se dedican a dirigir actividades en el ámbito escolar y en la iniciación de la recreación y el ocio; o bien entrenadores si han obtenido la habilitación para sus funciones e una federación deportiva (artículo 19). Siendo destacable que cuando monitores o entrenadores desarrollen su actividad respecto de modalidades no reconocidas como deporte se exigen igualmente las titulaciones oficiales antes citadas.

El artículo 41.1.b) prevé que la asistencia sanitaria al deportista se efectúe bajo las previsiones del *Plan de Asistencia Médica en el deporte*, de modo que hasta que no se apruebe su desarrollo reglamentario no será obligatorio el reconocimiento médico previo para la obtención de la licencia deportiva (conforme al artículo 114 en relación a la D.T.6ª). Sin que la norma detalle el contenido y alcance de tal Plan al que se refieren varios preceptos y que parece según el artículo 33.2 está previsto como el documento regulador de las condiciones de la práctica deportiva y de las prescripciones de todo tipo a que ha de quedar sujeta. Asimismo se continúa con la figura de la inspección deportiva prevista en los artículos 78 y s.s. de la anterior Ley 8/1995, para establecer en los actuales artículos 190 y s.s. las atribuciones para la fiscalización de aquellos aspectos relacionados con la seguridad y salud del deportista.

Por último indicar que el artículo 9 de esta norma no contiene una especial referencia a las competencias municipales dedicadas al deporte para todos o su orientación al deporte salud, aunque sí se mantienen en el artículo anterior las habituales atribuciones competenciales autonómicas para el deporte de élite. Creándose en el artículo 8.5 un grupo de competencias autonómicas en el área de las medidas dirigidas a garantizar la seguridad de las prácticas deportivas que deben conectarse con las previsiones del apartado 6 relativas a la ordenación de las enseñanzas deportivas y el ejercicio profesional; y el apartado 7 relativo a la seguridad en las instalaciones.

2.5.15. Madrid.

Pese a que en el preámbulo de la Ley 15/1994, de 28 de diciembre, del Deporte de la Comunidad de Madrid, se señala del deporte su: *“importancia como vehículo indispensable para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y el logro de un adecuado nivel de bienestar social”*. Y reconoce el derecho a la práctica del deporte en el artículo 3, aunque no se cita de un modo explícito su conexión con el derecho a la salud individual o las políticas de salud pública. El derecho al deporte se configura como un derecho de acceso vinculado a la práctica y por tanto sin un vínculo directo con el derecho a la salud o a la competencia pública en su promoción o protección.

De un modo más específico, el artículo 4 establece que la Comunidad de Madrid, con el objeto de proteger y mejorar la salud de los deportistas, promoverá la investigación y especialización en el campo de la medicina deportiva; pudiendo suscribir convenios de colaboración con los Ayuntamientos para la prestación y desarrollo de los servicios médico-deportivos municipales. Asimismo la Ley establece en el artículo 8 que la Comunidad de Madrid velará genéricamente por la protección y promoción del deportista. Y aunque el artículo 7 contiene una configuración amplia del deportista en la que se incluyen al deportista aficionado y al no federado, no es menos cierto que la promoción y protección citadas se circunscriben a los aspectos relativos a la formación, a la defensa de sus intereses y al acceso a los planes o programas de entrenamiento y preparación. La protección pública del deportista se explicita como un principio rector de la política deportiva y se orienta especialmente frente a las prácticas de riesgo en el artículo 2.f).

La Ley contiene la habitual regulación de las licencias deportivas en el artículo 10, encontrando en el artículo 12.c) la inclusión de la cobertura sanitaria, frente a los riesgos derivados de la competición oficial o federada.

Por otro lado, el artículo 15 de la Ley establece el compromiso de la Comunidad de Madrid de difundir la “cultura física”, en coordinación y cooperación con los municipios u otras entidades, mediante la ejecución y redacción de planes y programas en los que la orientación prioritaria es la formativa y sin que el eje competencial de la salud aparezca enunciado de un modo explícito.

Por lo que atañe a las competencias de contraste propuestas, en el artículo 23.a) se atribuye a las entidades locales la promoción general y el fomento de las actividades físicas de carácter formativo y recreativo, especialmente entre los escolares Sin que los citados “servicios médico-deportivos municipales” citados en el artículo 4.1 sean relacionados como una competencia local, o exista referencia al ejercicio de acciones de promoción y protección de salud pública del deportista en este nivel territorial.

Asimismo, la promoción de la competición deportiva de rendimiento se establece en el artículo 2.g) como un principio rector de la política deportiva de la Comunidad; sin que la Administración autonómica asuma más competencias respecto del deporte de alto nivel o alto rendimiento que la de coordinación con la Administración del Estado (artículo 14.1) o el acuerdo con las Federaciones deportivas Madrileñas para los programas deportivos, en especial del deporte de alto nivel (artículo 21.3.d).

En el artículo 70.7.c) La Comunidad de Madrid asume el cumplimiento de las condiciones de seguridad, salubridad e higiene de las infraestructuras deportivas, sin perjuicio de las competencias de los Ayuntamientos. Este será el único aspecto previsto por la ley relacionado con los factores preventivos de salud, puesto que no existe mención alguna a las titulaciones deportivas, como factor de prevención de riesgos o de garantía en la seguridad y salud de los usuarios de actividades físico deportivas, en ningún nivel de práctica y salvo la genérica mención que el artículo 4.1 efectúa respecto de la promoción en la especialización de la medicina deportiva. Finalmente indicar que la Comunidad de Madrid no ha desarrollado una norma reguladora de las profesiones del deporte ni ha construido un servicio de inspección deportiva entre cuyas funciones se encuentre la de velar por el cumplimiento de las previsiones en materia de seguridad y salud en las instalaciones o en el desarrollo de las actividades deportivas; función que no va más allá de la inspección que la Administración deportiva de la Comunidad se reserva ejercitar, en el artículo 21.1.g), dentro de las facultades de fiscalización en cuanto al cumplimiento de los fines previstos en la ley, en los procedimientos de concesión de subvenciones a las federaciones y entidades deportivas.

2.5.16. Murcia.

Cuando el preámbulo de la Ley 2/2000, de 12 de julio, del Deporte de Murcia señala “*la importancia de la práctica deportiva en el desarrollo armónico e integral de las personas en sí mismas y en su dimensión social, en la mejora de la calidad de vida y en la sana utilización del ocio*”, no o solo efectúa una declaración de principios, sino que el texto de la Ley establecerá una auténtica conexión entre el sistema deportivo y el sanitario a través de la denominada “Planificación sanitaria en materia de salud pública” que regula el artículo 19. La salud deportiva se integra en la planificación general de la sanidad de la Comunidad Autónoma al integrarse en los Planes Regionales de salud.

Así, el citado artículo 19.1 establece que: “*La planificación sanitaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de salud deportiva será establecida por el Consejo de Gobierno a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, previo informe de la Consejería con competencia en materia de deportes y se integrará en el Plan Regional de Salud.*”

La planificación sanitaria en materia de salud de los deportistas queda encuadrada por tanto en el marco de las políticas sanitarias de Salud de la Región de Murcia y por tanto en su Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud que atiende a los siguientes principios:

“a) En el campo de la medicina preventiva:

- A la adopción de medidas que permitan el control de la aptitud física para la práctica del deporte especialmente en edad escolar.*
- A la prevención de lesiones.*
- Al mantenimiento de niveles óptimos de salud durante la vida deportiva activa.*
- Al retorno a la actividad moderada con perfecta integridad de las facultades psicofísicas.*
- Al establecimiento de los requisitos de carácter médico y de cobertura asistencial para el otorgamiento de licencias.*

b) Al impulso de la formación de personal médico y sanitario, y al desarrollo de unidades asistenciales especializadas en la atención al deportista.

c) A la promulgación, en colaboración con las federaciones deportivas, de cuantas normas garanticen la salud y la prevención de accidentes en las competiciones, según la naturaleza y características de cada modalidad deportiva.

d) A la adopción de cuantas medidas tiendan a la mejora de las condiciones psicofísicas de los deportistas.

e) A establecer medidas encaminadas a que las instalaciones deportivas reúnan unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad.”

En los principios generales de actuación que regula el artículo 3 no solo aparecerá recogida la “*promoción, en colaboración con la Administración General del Estado, del deporte de alto nivel*” (apartado i) sino también la “*Promoción y el favorecimiento del «deporte para todos y del tiempo libre» mediante la articulación de programas específicos*” (apartado l) junto al “*impulso de la asistencia médica sanitaria de los deportistas en los niveles de prevención, control y asistencia directa y el control de las medidas de seguridad y salubridad de las instalaciones*”. Por lo que no se distingue entre una actuación específica o preponderante respecto de la salud del deportista de competición o alto nivel que la diferencia de la que deba corresponder en cualquier otra manifestación deportiva. Y ello, pese a que la Ley Murciana diferencia, como lo hacen otras Comunidades Autónomas, entre el deporte y la actividad física. Reservando a los municipios la competencia para la segunda, conforme al modelo preponderante, a través de la promoción general de la actividad física y el deporte (artículo 9.a), la ejecución de los programas del deporte escolar (artículo 9.e), o los programas de actividades físico-deportivas destinadas a los ciudadanos que padecen minusvalías, pero sin restringir la política de prevención o promoción de salud para las manifestaciones del deporte competitivo pues, como ya vimos, el tratamiento general de esta cuestión entronca con la planificación sanitaria general a través de los Planes Regionales de Salud.

Pese a que en la Comunidad de Murcia no existe una norma específica reguladora de las profesiones del deporte y la Ley del Deporte no contiene previsión alguna a este respecto, en el título II, “Educación Salud y Deporte”, se consideran las

titulaciones deportivas como titulaciones especiales de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), de modo que el artículo 17 establece la exigencia de estar en posesión de la correspondiente titulación oficial para las funciones de “enseñanza, dirección, gestión, entrenamiento, arbitraje, animación y otras directamente relacionadas con el deporte”. De modo que todas las instalaciones públicas y privadas deberán exponer al público en un lugar preferente, visible y legible, el nombre y la titulación de las personas que presten los servicios de dirección técnica, enseñanza o animación (artículo 32.i). Dichos titulares deberán asimismo suscribir un seguro obligatorio de responsabilidad civil y otro de accidentes según la determinación que reglamentariamente se establezca (artículo 29); lo cual viene a reforzar la protección para la salud del deportista cuando participe en actividades o competiciones deportivas al margen del aseguramiento obligatorio y general que los artículos 63 y 65 regulan para el deportista federado. No obstante este último precepto garantiza la asistencia sanitaria para aquellos supuestos y ámbitos que no exista cobertura sanitaria gratuita del sistema público. Por su parte, en el Título IX se crea una unidad administrativa denominada Inspección Deportiva entre cuyas funciones el artículo 70.1.a) establece las de vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias en materia de instalaciones, equipamientos, titulaciones, entidades deportivas y subvenciones, regulando un régimen sancionador distinto del disciplinario.

2.5.17. País Vasco.

La Ley 14/1998 de 11 de junio, del Deporte del País Vasco, establece en su artículo 2.q) como uno de los principios rectores que constituyen el objeto de la Ley “*El fomento del deporte como opción de tiempo libre y hábito de salud, apoyando aquellas manifestaciones deportivas que lo propicien*”. En particular, el artículo 5 establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la regulación de la cartilla sanitaria de las y los deportistas. Debiéndose señalar que el concepto de deportista que se maneja en la ley

vasca es muy amplio al incluir el artículo 66 en este concepto a: *“Todas las personas que practiquen algún deporte, aún cuando no estén federadas o no participen en competiciones oficiales”*. De lo que cabría deducir la previsión de un tratamiento común en la prevención y protección a la salud aplicándose al colectivo en su conjunto el dispositivo legal dirigido a regular estos aspectos, inclusive la denominada cartilla del deportista. Aunque posteriormente el artículo 83, limitará estas acciones a los deportistas para quienes sea preceptivo el otorgamiento de una licencia, esto es, del deportista federado.

El aspecto protector tiene una regulación específica en el artículo 78 relativo a la asistencia sanitaria. Este precepto encuadra perfectamente que todo deportista cuyo aseguramiento sea obligatorio conforme al artículo 48, esto es, en casos diferentes de la licencia federativa, escolar y universitaria, conllevarán un aseguramiento específico. No obstante, solo se prevé la necesidad de realizar una revisión médica previa, en caso de la expedición de las licencias obligatorias para la práctica deportiva oficial. Lo que excluye un control previo de salud para la práctica deportiva general o ciudadana, al igual que ocurre en el resto de legislaciones autonómicas. El citado artículo en su apartado 2º especifica que:

“Quedan fuera de dicho sistema sanitario público los servicios de medicina del deporte, y en especial los consistentes en: a) La realización de reconocimientos médicos y la expedición de informes y certificados sobre la aptitud y la idoneidad para la práctica del deporte”.

Excluyéndose igualmente, en los apartados e) y f) la prevención y ergonomía en el deporte, respectivamente. Por lo tanto, la transversalidad con que el artículo 83.4 trata las cuestiones de prevención de la salud, al establecer la posibilidad de acuerdos de colaboración entre las Administraciones competentes en materia sanitaria y de deporte, queda por tanto limitada al ámbito de la competición oficial, el deporte escolar y universitario. Del mismo modo la regulación del derecho a la salud, tiene una especial consideración respecto del deporte de élite, manifestación a la que el artículo 68 considera de interés público y para el que el artículo 81.a) reserva una serie de controles médicos efectuados por el Centro Vasco de Medicina del Deporte. Regulación esta que

debe necesariamente relacionarse con el mandato general que establece el artículo 76 y por el cual los poderes públicos, así como las federaciones, deben adoptar las normas y acuerdos tendentes a “*garantizar la adecuada seguridad y la cobertura de los riesgos en el desarrollo de cualesquiera actividades deportivas*”. Redacción esta que para las federaciones supondrá limitar su acción preventiva y protectora en el ámbito del deporte federado, pero que deberá extenderse a todo deportista y todo tipo de manifestación deportiva, en el caso de la Administración Pública. Sin duda la regulación de los factores preventivos más importante viene de la mano de las titulaciones las oficiales que el artículo 62, exige para la realización de servicios de enseñanza, dirección, gestión, entrenamiento, animación y cualesquiera otros directamente relacionados con el deporte. Pero además, el artículo 63 impone a las federaciones deportivas la aceptación de dichas titulaciones oficiales para el desarrollo de las actividades federativas Encomendando a la inspección deportiva el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias en materia deportiva, con especial referencia a los centros y las titulaciones oficiales (artículo 119). La regulación legal respecto de las exigencias de la titulación oficial se han desarrollado posteriormente mediante Decreto 125/2008 sobre deporte escolar en su artículo 25, requiriendo la posesión del títulos específicos oficiales en el ámbito del deporte escolar que identifica con la licenciatura en Ciencias del Deporte y la Actividad física para dirigir, programar, planificar, coordinar o controlar y supervisar actividades del deporte escolar; el de Técnico Deportivo Superior si se trata de dirigir una modalidad deportiva concreta o bien Maestro con especialización en EEFF, para actividades programadas en el seno de los centros escolares. Otros aspectos preventivos quedan regulados mediante el control de las instalaciones y equipamientos deportivos que se salvaguarda mediante un órgano inspector diferenciado al deportivo, al prever el artículo 92.4 que: “*el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza velará por el cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias de los equipamientos deportivos*”.

Por otro lado, respecto de la capacitación o formación oficial de quienes actúan como responsables de las actividades deportivas, el artículo 98 llega incluso a establecer que el Gobierno Vasco determinará reglamentariamente los centros deportivos en cuyos servicios debe contarse necesariamente con un licenciado en ciencias de la actividad

física y del deporte, así como sus condiciones, funciones y responsabilidades. Pese a todas las previsiones en cuanto a las titulaciones deportivas oficiales, la ley vasca no alcanza a efectuar una regulación de las profesiones del deporte ni ha desarrollado una normativa específica en este sentido. Bajo estas competencias y principios de actuación, en el artículo 5.a) atribuye a los órganos forales de los territorios históricos el desarrollo normativo y la ejecución, esta última en coordinación con la Administración municipal, de la normativa de la comunidad autónoma en materia de deporte escolar. Asignando a los municipios el artículo 6.a) la ejecución de los programas de deporte escolar que hayan sido aprobados por los órganos forales y en coordinación con estos. Tampoco existe una atribución genérica para que los municipios gestionen el conocido como deporte para todos, sino que a las entidades locales, se les atribuye la ejecución que de tales programas realicen los órganos forales, de conformidad con lo previsto en el artículo 6.e).

Como resumen de cuanto se ha expuesto respecto de las leyes del deporte en cada una de las diferentes comunidades autónomas se adjunta un cuadro resumen que compara algunas de las características analizadas y que toma como eje de referencia el tratamiento de la salud de los deportistas.

No obstante debe efectuarse la indicación expresa de que este esquema solo pretende ser una mera guía para facilitar la búsqueda de información más detallada que se encontrará en cada uno de los artículos de referencia, cuya consulta será necesaria para descubrir los matices con que algunas legislaciones han regulado materias concretas, limitándolas por ejemplo al colectivo del deporte federado, o con referencia exclusiva a la alta competición, o bien estableciendo competencias compartidas entre las diferentes Administraciones que hace imposible atribuir una competencia específica a una u otra.

Por otro lado la constatación formal de que una norma autonómica prevea en su articulado alguno de los parámetros estudiado, no siempre supondrá el cumplimiento y aplicación defectiva del mismo por parte de los poderes públicos autonómicos, tal y como ha quedado expuesto anteriormente.

CUADRO Nº10: COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN LAS LEYES DEPORTIVAS AUTONÓMICAS.

Ley del deporte por Comunidades Autónomas.	Competen ^a municipal para el deporte escolar, recreativo y/o para todos.	Competen ^a del gobierno autónomo en deporte de élite /alto nivel	Regula una titulación oficial para impartir actividades deportivas	Regulación de las profesiones del deporte	Órgano específico de inspección deportiva o control de salud.	Prevé una acción preventiva de la salud del deportista	Prevé una acción protectora de la salud del deportista	Prevé acciones de fomento de AFBS
Andalucía. L. 6/1998	SI art. 7.a	SI art. 6m	NO art. 48	NO	NO art. 54	SI art 36.2	SI 36.1y37	NO
Aragón. L 4/1993	NO	SI art. 5.i	NO art. 51	NO	NO	SI art.59	SI art. 14	NO
Asturias. L. 2/1994	SI art. 9	SI art. 65	SI art. 55	NO	NO	SI art. 3.i	SI art 62.3	NO
Baleares. L. 14/2006	SI art 11.c	SI art 10.j	NO Art 81	NO	SI/salud art. 93.5	SI art 93.1	SI art. 93.4	SI 93.3
C. La Mancha. L.1/1995	NO Art. 27.2	SI Art.2.g	NO Art. 25	NO	NO	NO	SI Art. 28-g	NO
C. Valenciana L. 2/2012	SI art. 7.2.b	SI art.8.2.m	SI 14.1/15.2	NO	SI/Inspecc art. 98 s.s	SI art. 16.2	SI 29.2/	NO
Canarias. L. 8/1997	SI art.10.a	SI art. 8.h	NO art. 24	NO	SI/salud art. 21	SI	SI	NO
Cantabria. L.2/2000	SI art. 7.b	SI art. 6.e	NO art. 45	NO	SI art. 5.m	NO	SI art. 5.m	NO
Castilla León. L.2/2003	SI art 7a y c	SI art. 5.	NO art. 44	NO	NO	SI	SI	NO
Cataluña. DL 1/2000	NO art 39/48	NO art. 48	NO	SI L. 3/2008	SI/Inspecc at.64	SI art. 50	SI at. 23.3	NO
Extremadura. L. 2/1995	SI art. 8.1.a	SI art. 56	NO art. 53	SI L 15/2015	NO	NO	NO	NO
Galicia. L. 3/2012	SI art. 8.1	SI art. 5.1	SI Art. 72.1	NO	NO	SI art. 28	SI art. 11	NO
La Rioja. L. 1/2015	NO art.9	SI art. 8.4	SI arts.17 s.s	SI	SI/Inspecc art.190 s.s	SI. 114d/ 33e	SI art 32 s.s	NO
Madrid. L. 15/1994	SI art.23.a	SI art. 14.1	NO	NO	NO	SI art. 4	SI art. 12.c	NO
Murcia. L. 2/2000	SI art. 9.a	SI art. 3.i	SI art. 17.1	NO	SI art. 70 s.s	SI Art. 3.g	SI art. 65	SI Art. 19
Navarra. L. 15/2001	SI art. 7.d	SI art. 22.1	NO art. 85.1	NO	SI/Inspecc art. 99	SI Art. 77	SI 66/54.4	NO
País Vasco. L.14/1998	NO art. 6	SI art. 4.c	SI art. 62.1	NO	SI/Inspecc art. 92.4	SI art. 80	SI art. 78	NO

(Cuadro de elaboración propia)

2.6. La concurrencia de otras competencias municipales en el fomento del deporte.

Pese al diseño de las competencias legales que asumen los municipios en materia de deporte, resulta evidente el esfuerzo realizado desde muchos Ayuntamientos por orientar la actividad público-deportiva a competencias distintas de las señaladas y que están muy distantes de políticas de promoción de la salud, en lo que podríamos denominar el ejercicio de competencias impropias. Tal situación no debería ser un inconveniente a la vista de la denominada autonomía municipal, propugnada por el artículo 140 de la C.E. o bien a la vista de los mecanismos legales para establecer una delegación de competencias. La impropiedad de tal atribución competencial no vendría dada por el hecho de que los Ayuntamientos asumieran competencias extravagantes a la educación o la salud en el deporte, sino por el hecho de haberlas asumido sin haber realizado idénticos esfuerzos en desarrollar y completar las que de un modo natural o constitucional les que son propias. De este modo podemos apreciar que existen competencias asumidas *de facto* por muchas capitales españolas y que exceden con mucho de esta inicial previsión competencial de búsqueda de la salud de la población mediante el fomento del deporte para todos, o del deporte en edad escolar; añadiendo otras competencias al deporte municipal inéditas también en la legislación local. Como ejemplos de esta situación podemos citar la asunción de competencias municipales para el deporte de élite o para el deporte espectáculo, inclusive para la organización de acontecimientos deportivos de ámbito nacional e internacional cuya organización se ha convertido en materia del máximo interés para muchas Administraciones locales. Una competencia que no tiene relación alguna con las propias del municipio en materia de deporte, ni con la promoción de la salud de la ciudadanía.

España se ha convertido en los últimos años en uno de los principales países del mundo en la organización de eventos deportivos de ámbito internacional y gran repercusión. Los municipios han asumido un papel protagonista en la promoción y organización de actividades deportivas con el fin de alcanzar un gran impacto mediático. La experiencia municipal en la organización de eventos internacionales goza de gran

tradición y predicamento, resultando claros los efectos beneficiosos para la ciudad organizadora de un acontecimiento deportivo de esta naturaleza.

El estudio del coste-beneficio para la valoración del impacto económico que generan los grandes eventos ha sido objeto de estudio por numerosos autores, entre otros PREUSS (2000) para el caso de los juegos olímpicos y VILLALBA CABELLO (2002) en otros acontecimientos entre los que destacan varios ejemplos en el ámbito del deporte andaluz como la copa “Ryder” celebrada en Cádiz en 1997, el campeonato del mundo de fórmula 1 celebrado en Jerez en 1997, el mundial de atletismo de Sevilla en 1999, o campeonato mundial de golf de Cádiz en 2000, entre otros. Resultando que tales acontecimientos generan un impacto económico considerable que según CHACÓN ALVES (2011:165-168)¹⁰² resulta lo suficientemente grande para que resulten rentables *pese a que las estimaciones del impacto económico suelen estar politizadas y, con ello muchas veces sobreestimadas...*”

El objetivo de constituirse en ciudad anfitriona/protagonista de un gran evento deportivo con todas las previsibles consecuencias que esto conlleva, se cubre a mayor escala con las candidaturas municipales para la realización de campeonatos del mundo o, muy especialmente los juegos olímpicos, al ser este el acontecimiento deportivo-mediático por antonomasia y en el que todos los factores antes señalados se cumplen de modo programático y abarcan no solo el momento de su celebración sino que su alcance y repercusión puede durar entre 7 y 17 años, tomando como referencia el periodo anterior de preparación y el posterior a la celebración (PAPANIKOS, 2000 y GOUGET, 2001). Los JJ.OO. son el evento deportivo más rentable a la hora de organizarlo. Esta idea está potenciada por el propio Comité Olímpico Internacional (COI) que habla de un impacto beneficioso a medio y largo plazo, gracias a los requisitos exigidos por dicho organismo.

¹⁰² En relación a la candidatura olímpica de Madrid, el referido autor señala que: *“En el plano de impacto económico el informe Madrid 2012 ofrece un impacto económico anual desde el año 2004 al año 2012 (en el caso de haber sido concedida la organización de los JJ.OO.) de unos 700 millones de euros, lo que hubiera implicado un 1’05% sobre el crecimiento del PIB de Madrid y, en términos agregados, hubiera supuesto un total acumulado de 6.534 millones de euros (el total 16 años), lo que hubiera significado un 10,24% del PIB del Ayuntamiento de Madrid del año 2000, tomado como referencia. Para el total de la Comunidad de Madrid esta última cifra hubiera sido de 8.167’2 millones de euros, lo que habría significado un 7,42% en relación al PIB de dicha Comunidad Autónoma”.*

Pero al margen de la organización de un acontecimiento excepcional como lo son unos JJ.OO. que involucran intereses que trascienden el ámbito local aunque precisen de su necesaria colaboración, la organización de campeonatos y grandes premios internacionales y reclamos deportivos de toda índole ya no son exclusivamente deseados y asumidos por el Estado o las Comunidades Autónomas, sino también por los Ayuntamientos de las grandes ciudades que han convertido su organización en un objetivo estratégico que busca incorporarlos de modo estable en su oferta deportiva municipal. Esta orientación ha servido para integrar el deporte en una especie de oferta global de ocio, con la que se pretende otorgar relevancia al municipio y convertirlo en un referente, estable o puntual, en el panorama internacional de espectáculos deportivos. La celebración de un evento deportivo aporta a la ciudad una imagen al exterior y una publicidad gratuita, constituyendo un buen medio de “vender” la ciudad y una excelente vía de marketing de bajo coste en el sentido que KOTLER, CAMARA y GRANDE (1995) otorgan a este concepto.

La eficacia de tal estrategia ha favorecido que el reclamo inicial exclusivamente deportivo, pueda ser integrado por otras ofertas de ocio cultural que de este modo vienen a completar y potenciar el atractivo turístico de la ciudad, multiplicando el efecto publicitario y procurando propiciar el esperado impacto económico. Tal es el caso, entre los muchos posibles, del torneo 2014 de ATP y WTA, Mutua Madrid Tennis que pretende convertir a la ciudad en un gran centro de ocio para los espectadores de todas las edades que se darán cita en la “caja mágica”¹⁰³.

Dentro del marketing municipal la organización de acontecimientos deportivos se ha convertido en uno de los grandes motores de la promoción económica de las ciudades. La economía del deporte genera un volumen muy considerable de ingresos directos, indirectos e inducidos, que pueden dejar beneficios claros a la ciudad organizadora (AÑÓ, CALABUIG, y PARRA., 2012: 53-65). A título de ejemplo podemos tomar tres grandes eventos deportivos municipales acometidos estratégicamente en la ciudad de

¹⁰³ Así aparece publicitado el evento que aglutina música, diversión, entretenimiento y ocio, según la Fuente consultada el 22/07/014: <http://www.madrid-open.com/tennistainment/>

Valencia en 2014 como son, la *Maratón de Valencia 2014*, la *Valencia Boat Show 2014* y el *Triatlón Toro-Locho Valencia 2014*. Todas ellas se enmarcan en el Plan estratégico del Deporte de la Ciudad de Valencia de 2011 en una de cuyas conclusiones se incluyó la relativa a “Valencia destino turístico y deportivo”, en la que se apostaba por la realización en la ciudad de eventos deportivos participativos que fomentaran el turismo en la práctica.¹⁰⁴ El análisis de impacto económico y social de los eventos realizados, arroja datos concluyentes respecto del enorme interés y repercusión económica favorable que su organización puede reportar a un municipio¹⁰⁵. Así respecto de la maratón de Valencia celebrada en 2014, el Informe del Instituto Valenciano de Investigaciones económicas (IVIE 2014) señala que los gastos de organización ascendieron a 1.922.380€ y generaron 6.550.702 € de renta a la ciudad, de los cuales el 72’9% (4.773.436€) tiene su origen en el gasto turístico. Por lo que por cada euro invertido han retornado 6’2 euros a través del gasto turístico de participantes y acompañantes y 3’4€ en renta a la Comunidad. Por su parte, el informe emitido por la Universidad de Valencia (UV) respecto del impacto del Toro Loco Valencia Triatlón 2014, señala que el gasto que ha sido necesario realizar para organizar el evento deportivo (192.024,74 euros) ha permitido generar 933.502 euros de renta en Valencia, un 79.14% que tiene su origen en el gasto turístico realizado por los participantes procedentes de fuera de Valencia. Por cada euro gastado en la organización, se generaron 4’9€ en la economía valenciana. En cuanto al tradicional “Salón Náutico de Valencia”, redenominado ahora como “VCL Boat Show 2014”, el Informe de la UV utilizando datos de los expositores y de la organización, señala que el volumen de negocio estimado fue de 1’1 millones de €, con

¹⁰⁴ El citado Plan Estratégico señala: “*Valencia puede ofrecer uno de los mejores calendarios de cualquier ciudad europea y el maratón y el triatlón son los que en la actualidad reúnen todos los condicionantes para ser, en los próximos años, un claro ejemplo de turismo deportivo asociado a la práctica físico-deportiva, creciendo en el número de participantes locales, pero sobremana en nacionales y extranjeros, tal como figura en el documento del diagnóstico. Ambas pruebas aspiran a convertirse en dos de las mejores en cada modalidad, ya que Valencia ofrece unas condiciones inmejorables de clima y orografía plana que permiten hacer buenas marcas, recorridos atractivos ligados a la Marina Real Juan Carlos I y la Ciudad de las Artes y las Ciencias, así como una gran oferta turística para deportistas y acompañantes*” (fuente: <http://www.deportevalencia.com>)

¹⁰⁵ La Información relativa al impacto económico y social de estos eventos aparece publicada en la memoria de la FDM 2014 publicada en su web oficial: <http://www.deportevalencia.com/publicaciones/memoria-2014->

expectativas de generar hasta 2'8 millones de negocio en los seis meses posteriores; quedando registrado un gasto asociado de los visitantes por otros conceptos de 436.476'83€. Datos todos ellos que nos hablan de la exponencial importancia para los municipios de asumir las competencias propias del organizador o facilitador institucional de este tipo de eventos, en cuya realización no suele exigirse la presencia de las competencias propias del deporte municipal que como es sabido, están asociadas constitucionalmente a la educación y la salud de la ciudadanía.

Otro ámbito competencial que de hecho están asumiendo algunos municipios, es el relativo al deporte de élite. Materia que como hemos visto constituye por regla general una competencia autonómica ejercida en coordinación con el Estado y que aunque precise la implicación o intervención municipal, puede acabar subvirtiendo el orden competencial para asignar con cargo a recursos deportivos del municipio, programas de alcance autonómico e interés estatal, sin la necesaria formalización de las compensaciones a que el municipio pueda tener derecho y restando posibilidades al deporte para todos y a su realización orientada a los programas de salud para toda la población.

La Resolución de 10 de enero de 2014 del Consejo Superior de Deportes, por la que se clasifican las instalaciones deportivas los programas deportivos para el desarrollo del deporte de alto nivel y de competición, en su artículo primero, define a los Centro de Tecnificación Deportiva (CTD) señalando que: “ *Son instalaciones de titularidad autonómica y/o local y/o de Federaciones Deportivas que tienen por finalidad atender el perfeccionamiento de los deportistas y cuya actividad se desarrolla fundamentalmente en el ámbito autonómico.*”

Asimismo los Centros Especializados se definen señalando que son: “*instalaciones de titularidad estatal y/o autonómica y/o local y/o de Federaciones Deportivas, cuyo objeto es ser centros de entrenamiento para modalidades deportivas concretas que no pueden ser atendidas en los centros señalados en los apartados anteriores*”.

Conforme a la distribución aprobada por Resolución de 27 de mayo de 2014 de la Dirección General del Deportes, por el que se clasifican las instalaciones y los programas

deportivos para el desarrollo del deporte de alto nivel y de competición (BOE nº 137 de 6/06/2014) los citados centros, acogen los programas deportivos de alto rendimiento en Centros Especializados de Alto Rendimiento (CEAR); y los programas deportivos de tecnificación deportiva en los Centros Especializados de Tecnificación Deportiva (CETD), en centros tanto de titularidad Estatal, Autonómica, como Municipal o de las propias Federaciones Deportivas.

En España se da la titularidad municipal en los CTD de Tarragona, CETD de la Seu d'Urgell (Lleida) y los CTD y CETD de "Petxina" en Valencia¹⁰⁶, cuyas instalaciones deportivas pertenecen a los respectivos Ayuntamientos.

La realización de programas de tecnificación y alto rendimiento en instalaciones deportivas municipales, debería ir acompañada de la correspondiente delegación en el ejercicio de las competencias estatales o autonómicas a favor del municipio, conforme se determina en el artículo 27 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local (RBRL), en su redacción dada por la Ley 27/2013, de 27 diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local. Y exigiría no solo que dicha delegación fuera *"acorde con la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera"*, sino que se realizase con controles de eficiencia y *"los medios personales, materiales y económicos que esta (la Administración delegante) asigne sin que pueda suponer un mayor gasto de las Administraciones Públicas (locales)"*. A dicha delegación debería acompañarse la correspondiente financiación, por exigencias del párrafo 6 del referido artículo 27, mediante *"la dotación presupuestaria adecuada y suficiente en los presupuestos de la Administración delegante para cada ejercicio económico, siendo nula sin dicha dotación"*.

La posibilidad de que el municipio asuma por delegación competencias en materia de deporte de elite, lleve a cabo la realización de los citados programas en instalaciones municipales también podría formalizarse mediante los convenios de colaboración a que se refiere el artículo 57 de la citada Ley 7/1985 RBRL, y que justificarían la cesión total o parcial de un inmueble municipal para atender finalidades y realizar competencias de otras Administraciones que, a su vez, deberían someterse a la

¹⁰⁶ Fuente: <http://www.csd.gob.es/csd/instalaciones> Consultada el 25/09/2014.

legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. Máxime, considerando que las instalaciones públicas municipales están destinadas a un uso público general o ciudadano y a un tipo de actividades deportivas que no seleccionan a los usuarios por su rendimiento, por lo que el bloqueo de las instalaciones municipales para fines o competencias autonómicas y para su uso por el colectivo de los deportistas de élite, debería quedar plenamente justificado en el municipio y adecuadamente compensado.

Ante el ejercicio de tales competencias municipales asociadas habitualmente a las competencias locales en deporte, cabría interrogarse si el municipio involucrado en programas de tecnificación deportiva o en eventos deportivos extraordinarios, puede utilizar tales acciones estratégicas de modo que estas puedan quedar atravesadas por sus competencias propias en la promoción de la salud para la ciudadanía o en la integración de la AFBS, utilizando para ello de modo transversal las competencias propias. Sería por tanto admisible que en el ejercicio de las competencias generalmente no atribuidas al municipio (deporte de élite, espectáculos deportivos y grandes eventos) se buscara algún tipo de acción en paralelo que permitiera un legado en beneficio de las competencias propias del municipio que generalmente se orientan a fines educativos y sanitarios mediante el deporte escolar y el deporte recreativo o deporte para todos.

2.7. Experiencias de transversalidad en la promoción y protección de la salud a través del deporte.

Entendemos por transversalidad el tratamiento de una determinada materia efectuado desde disciplinas, ámbitos o sectores diferentes a los que le son propios, aunque bajo una misma identidad en los principios de actuación y en los fines.

En el ámbito jurídico los ejemplos de transversalidad se producen respecto de determinados derechos o principios constitucionales que, por definición propia, inspiran y vinculan a todo el ordenamiento y a todos los poderes públicos. De este modo, el principio de igualdad que consagra el artículo 14 CE, informa a todo el ordenamiento

jurídico y su tratamiento transversal supone que es regulado y protegido por cualquier ordenamiento sectorial, sea civil, fiscal, administrativo, laboral o penal. Condicionando, como ejemplo, la existencia de un vocabulario administrativo no sexista y sometiendo a la sociedad a tratar toda actividad pública bajo dicho principio. Lo que abarca desde la regulación de los usos de la publicidad hasta las normas sociales que rigen los usos y costumbres de la actividad privada.

Desde esta perspectiva, la transversalidad en la protección de los derechos fundamentales puede aplicarse al derecho a la salud, formulado como haz de derechos y principios constitucionales que precisa para su completo tratamiento y protección de la intervención del ordenamiento jurídico en su conjunto. De modo que resultaría inadmisibles que existiera un ordenamiento sectorial sanitario regulador de los aspectos protectores y asistenciales de la formulación colectiva del derecho a la salud, sin que el resto de ordenamientos jurídicos establecieran una regulación completa en las diferentes formulaciones o manifestaciones que este haz de derechos presenta. De tal modo que podemos considerar que los denominados principios informadores del ordenamiento jurídico precisan de una técnica de transversalidad, pues al vincular los derechos fundamentales a todos los poderes públicos, estos precisan la utilización de técnicas de transversalidad para dar el debido cumplimiento a la universalidad de los mismos, desbordando así los limitados cauces de cualquier ordenamiento sectorial.

La transversalidad en el tratamiento del derecho a la salud ha sido considerada en la tercera conferencia internacional de promoción de la salud de Sunsvall y se remonta a 1991, al considerar la notable influencia de los entornos o ambientes en la salud de personas y comunidades. Bajo los presupuestos de la citada conferencia se ha recomendado que la acción política se dirija al tratamiento de los denominados *entornos saludables*, considerado que este es el primer factor que debe ofrecer una protección integral a la salud. Planteamiento que inevitablemente llevó a relacionar el derecho a la salud con el derecho a un medio ambiente saludable, pero cuyo desarrollo natural ha ido paulatinamente apuntando a la necesaria conexión que existe entre cualquier ámbito de actividad humana y los derechos personales y colectivos, puesto que el entorno actúa siempre como factor objetivo condicionante de estos. Dicho planteamiento precisa de un

tratamiento transversal en todas aquellas políticas emprendidas y ordenamientos reguladores de los diferentes entornos en los que la actividad del ser humano sea posible y en los que su salud pueda verse afectada.

También en el ámbito de la UE se ha hecho explícita la necesidad de acometer un enfoque transversal en la promoción de las actividades físicas que promueven la salud. En este sentido las directrices de actividad física de la UE (DAF-UE 2008) sobre actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud, aprobadas por el grupo de trabajo «Deporte y Salud» en su reunión de 25 de septiembre de 2008 y confirmadas por los ministros de los Estados miembros en su reunión de Biarritz en noviembre de 2008, son claras respecto de este mismo enfoque. El documento señala que:

«Muchas autoridades públicas con presupuestos importantes están involucradas en la promoción de la actividad física. Solo es posible alcanzar los objetivos propuestos a través de la colaboración interministerial, inter-agencias e inter-profesional, incluyendo todos los niveles de gobierno (nacional, regional y local) y en colaboración con los sectores privados y de voluntariado. Un incremento de los niveles de actividad física de la población cae dentro de las competencias de varios sectores importantes, siendo el sector público uno de los componentes principales en la mayoría de ellos

- . Deporte.*
- . Salud.*
- . Educación.*
- . Transporte, medio ambiente, planificación urbana y seguridad pública.*
- . Entornos de trabajo.*
- . Servicios para ciudadanos mayores»*

De un modo más explícito hemos podido comprobar cómo el legislador español ha recogido este principio en el artículo 1.2º de Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de la Salud Pública (LGSP) mediante una definición de salud pública entendida como un

conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas destinadas a prevenir y proteger la enfermedad, así como promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo «*mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales*».

La citada LGSP establece además en su artículo 3.b) el *Principio de salud en todas las políticas*, mediante el cual «*Las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud*».

Por otra parte, el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, señala como obligación de las Administraciones Públicas con competencias en salud a prestar servicios de:

“Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias y lesiones El ámbito de ejecución de estos programas será definido por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas en función de sus competencias, modelos organizativos y recursos comprende:

b.1. Programas intersectoriales, en los que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública se agrupan en actuaciones sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud.

b.2. Programas transversales, en los que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública se agrupan en programas y actividades en las distintas etapas de la vida, programas y actuaciones sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles, lesiones y accidentes, o programas para grupos de población con especiales necesidades”.

Por lo tanto para la legislación sanitaria de nuestro país la adecuada satisfacción del derecho a la salud no puede circunscribirse a considerar la presencia del ciudadano en cuanto que demandante de actos médicos, sino que precisa completarse con acciones

preventivas y protectoras que hagan posible una adecuada realización de este derecho en todos aquellos espacios en los que la actividad humana se manifieste, para lo cual será imprescindible involucrar a todas las Administraciones Públicas y a los profesionales de otros sectores distintos pero complementarios al sanitario, para que en el ejercicio de sus respectivas competencias coadyuven a una completa realización de este derecho, tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Esta concepción resulta coherente con la previsión del artículo 11.1. de la Ley 16/2003, de 26 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, al definir la prestación de salud pública como “*una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales*”, señalando en el artículo 11.2.c) como actuaciones comprendidas entre las prestaciones de “salud pública”, las relativas a la “*promoción de la salud, a través de programas intersectoriales y transversales*”.

Con objeto de verificar el modo en que nuestro ordenamiento jurídico ha satisfecho el derecho a la salud de los españoles y que papel pueda tener en tal cometido la actividad deportiva, nos proponemos examinar esta cuestión desde una doble perspectiva. De un lado, en el capítulo siguiente examinaremos cómo el ordenamiento jurídico deportivo ha previsto y regulado este derecho mediante el análisis de varias actividades deportivas, elegidas como prácticas de contraste, con el fin de comprobar en cada una de ellas el nivel de garantías ofrecido en la prevención, protección y promoción del derecho a la salud.

De otro lado en el presente capítulo, verificaremos de qué modo los poderes públicos han utilizado las técnicas de transversalidad y de *salud en todas las políticas* a que se refiere el artículo 3.b) de la LGSP, para una mejor realización de este derecho, especialmente cuando se han utilizado a las actividades deportivas como una estrategia en las *políticas de promoción de la salud*. A tales acciones nos referiremos en el presente apartado en el que se pretende poner de manifiesto la existencia y utilización racional del valor sanitario del deporte, al margen de su utilización y regulación como actividad de ocio o como espectáculo de masas. Con dicho propósito analizaremos varias de las experiencias de transversalidad en las que el deporte ha sido utilizado en las estrategias

de salud de diferentes Administraciones Públicas; relacionando aquellas que podrían resultar más representativas de la tendencia al abandono del modelo único o biomédico para el tratamiento de la salud y en las que se ha propuesto orientar la labor a completar esta visión mediante un modelo intersectorial de promoción de la salud, utilizando recursos interdisciplinares.

2.7.1. La Estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005).

En respuesta a la petición efectuada por la OMS en al 57ª Conferencia (2004) en la que se aprobó la “Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad física y Salud”, de reducir la mortalidad y morbilidad mundial asociada a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física, el gobierno de España a través del Ministerio de Sanidad y Consumo consideró que el problema de la obesidad en nuestro país debía ser abordado mediante una estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS), mediante acciones en las que convergieran diferentes Administraciones y sectores sociales.

La estrategia NAOS parte de unos estudios previos sobre la obesidad en nuestro país, alcanzando en la población infantil cifras alarmantes lo que determina que también en España pudiéramos referirnos a la existencia de una “obesidad epidémica”.

Según datos publicados por el Ministerio de Sanidad en el propio documento de la estrategia NAOS¹⁰⁷, en la población adulta española (25-60 años) el índice de obesidad es del 14’5% mientras que el sobrepeso asciende al 38’5%, de modo que uno de cada dos adultos presenta un peso superior al recomendado. Con mayor prevalencia en las mujeres (15’7%) que en los hombres (13’4%). Mientras que en los rangos de edad entre los 2 y los 24 años, la tasa de obesidad se sitúa en el 13’9% y la de sobre peso en el 26’3%. Destacando el grupo de entre 6 y 12 años con una prevalencia del 16’1%.

Una de las causas reconocidas como un determinante de la obesidad, junto a los hábitos dietéticos es la inactividad física, resultado de patrones de conducta que derivan

¹⁰⁷ Fuente: http://www.naosaesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/ Consultada el 6/02/2015

hacia hábitos de vida más sedentarios en las que el ocio pasivo y el mayor acceso a los transportes has sido determinantes.

Ante esta situación el Ministerio de Sanidad y Consumo inició un amplio proceso de consulta en el que participaron, bajo la coordinación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), representantes de diferentes sectores: Ministerio de Educación y Ciencia, Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación, comunidades autónomas y Ayuntamientos, así como un amplio panel de expertos independientes en alimentación, nutrición y actividad física, educadores, urbanistas y publicistas, entre otros profesionales; así como empresas de alimentación y restauración y asociaciones de consumidores. Dicha participación multidisciplinar buscaba propiciar un cambio social en la promoción de una alimentación saludable y la prevención del sedentarismo mediante la actividad deportiva, convirtiéndose en una experiencia de transversalidad en la acción pública de fomento que actuó sobre cuatro ámbitos estratégicos: el familiar y comunitario, escolar, empresarial y sanitario.

En el presente trabajo obviaremos las referencias a las acciones para promover cambios dietéticos y en los hábitos alimentarios y nos referiremos exclusivamente a las previsiones de la estrategia NAOS en relación a la promoción del deporte en cada uno de los ámbitos estratégicos definidos.

La promoción de la actividad deportiva partía de las recomendaciones de la OMS de efectuar ejercicio de forma regular, 30 minutos diarios y con una intensidad moderada.

En el ámbito familiar y comunitario uno de los objetivos era incrementar las infraestructuras deportivas, incorporando al urbanismo de manera destacada en la lucha contra la obesidad, mediante la creación de parques, jardines y áreas deportivas. Con este propósito se contó con la colaboración de las comunidades autónomas y los municipios a través de la Federación Española de Municipios y Provincias con el fin de promover la construcción de zonas verdes e instalaciones deportivas en barrios, sirviéndose de las competencias e instrumentos legales de cada instancia pública. Asimismo el incremento en la creación de pasillos verdes sobre antiguas vías ferroviarias o pecuarias que permitieran la práctica deportiva; la peatonalización de espacios urbanos para facilitar y promover actividades deportivas o el uso de instalaciones deportivas escolares.

En el ámbito escolar se incluyó en los cursos de formación del profesorado una actividad de concienciación en la importancia de la práctica regular del deporte, promoviendo una práctica frecuente en el colegio, ampliando los horarios del uso de las instalaciones deportivas así como programando actividades los fines de semana y fomentando la asistencia al colegio andando o en bicicleta, así como la organización de talleres y actividades deportivas en las que participasen deportistas relevantes.

En el ámbito empresarial se propició que las firmas de alimentación y bebidas participaran en el patrocinio de actividades deportivas, haciendo promoción de estas como hábito saludable, cediendo material y fomentando el deporte especialmente entre niños y jóvenes.

Por último en el ámbito sanitario la estrategia previó la importancia en la sensibilización de los profesionales de la atención primaria en la detección y tratamiento del sobrepeso como enfermedad crónica y la atención a la diabetes y la hipertensión arterial mediante su detección sistemática, así como la promoción de hábitos saludables desde los centros de atención primaria. Con este fin se propuso crear un “Observatorio de la Obesidad” teniendo como actores principales a diversas Administraciones Públicas, sociedades científicas, empresas y organizaciones de consumidores

En noviembre de 2006 la Conferencia Ministerial de la OMS celebrada en Estambul, premió a la Estrategia NAOS por la forma de abordar la colaboración entre diferentes Administraciones Públicas y agentes sociales privados. Y la UE ha invitado reiteradamente al Ministerio de Sanidad Español y a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) como ponentes en diferentes foros para explicar el desarrollo de esta estrategia en nuestro país. En la actualidad AESAN otorga los premios anuales de la Estrategia NAOS estableciendo ocho modalidades que se identifican con cada uno de los ámbitos estratégicos definidos y que cuentan con dos de ellos referidos a las estrategias en la promoción de la actividad deportiva en el ámbito escolar y en el familiar y comunitario.¹⁰⁸

¹⁰⁸ En su edición de 2013, AESAN otorgó el premio estrategia a la promoción de la práctica de la actividad física en el ámbito familiar y comunitario, al “Catálogo de espacios deportivos de Utebo”, presentado por el Área de Deportes del Ayuntamiento de Utebo. Aragón. Y el premio estrategia NAOS a la promoción de la práctica de la actividad física en el ámbito escolar al “Programa SI! (Salud

2.7.2. El Plan integral para a la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable (PAAS), del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2008).¹⁰⁹

El PASS parte de un análisis de la problemática de la obesidad en Cataluña, analizada en L'examen de Salut 2006 y en el que se cifraba en un 16'5% la prevalencia del sobrepeso y en un 16'5% la de obesidad en personas de 15 o más años. Y toma como punto de partida las recomendaciones de la OMS en la "Estrategia global sobre alimentación, actividad física y salud" (2004), de la misma forma que lo hacía también la estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad y Consumo. Estableciendo precisamente a la estrategia NAOS como referente de la lucha contra la obesidad a través de la nutrición y la actividad deportiva, especialmente entre la población infantil y juvenil.

Sin perjuicio de la responsabilidad individual de cada ciudadano en el cuidado de su propia salud, el PASS hace hincapié en la necesaria intervención pública en acciones que favorezcan una elección de la población a favor de las actividades saludables, así como la creación de entornos saludables. Para conseguir tales finalidades se utiliza un abordaje integral de las causas de la obesidad, dirigido a verificar las causas de una insuficiente actividad física o de una alimentación inadecuada, así como actuar sobre todos los factores determinantes. Al igual que en la Estrategia NAOS, el PASS se basa en actuaciones a varios niveles, educativo, laboral, comunitario y sanitario. En cada uno de estos ámbitos se prevén programas dirigidos a conseguir el objetivo de incrementar la actividad física o mejorar los hábitos alimenticios

De un modo resumido se exponen a continuación los programas o acciones vinculados a cada nivel de intervención:

- **Ámbito Educativo:**

. Revisión de programación de menús en los centros docentes (curso 2006)

Integral)", presentado la Fundación Science for Health and Education (Fundación SHE).La convocatoria de dichos premios en su edición para 2014 fue aprobada mediante Resolución de la AESAN publicada en el BOE nº 177 de 22 de julio de 2014.

¹⁰⁹ *Pla Integral per a la promocio de la salut mitjançant l'actividad física y la alimentació saludable (PAAS)*

- . Convenio sobre ubicación y contenido de las máquinas expendedoras de bebidas en espacios para menores y jóvenes.
 - . Guía de recursos didácticos sobre alimentación y actividad física para docentes.
 - . Actividades de apoyo técnico e institucional: Programa THAO sobre prevención de la obesidad infantil en Castelldefells y Sant Carles de la Rápita. Programa AVALL de intervención en alimentación y actividad física en el Vallés Oriental. Proyecto EDAL, así como una serie de actividades que comparten objetivos con el PASS como el proyecto Shape-up en Mataró o el Pla d'actuació gradual per a fomentar hàbits saludables a l'escola (PAGHS), entre otros¹¹⁰.
- **Ámbito Laboral:** El Departament de Salut inició una campaña para promover en los entornos laborales el uso de las escaleras en lugar de ascensores y escaleras mecánicas. Dicha acción se complementó con una serie de recomendaciones para mejorar el equilibrio nutricional en almuerzos, aperitivos y comidas en el entorno laboral.
 - **Ámbito Comunitario:** Se procedió a realizar una campaña de sensibilización a través de los medios de comunicación públicos de Cataluña (mayo de 2006) enfocado a fomentar hábitos para una correcta alimentación a través de una dieta equilibrada.¹¹¹
 - **Ámbito Sanitario.** Existen dos acciones de notable importancia en este nivel. Por un lado el Libro Blanco de Actividades Preventivas de Atención Primaria¹¹² y de otro, el Plan de Actividad física, deporte y salud (PAFES) cuyo contenido y características requieren un análisis particular que se expone en el siguiente

¹¹⁰ La relación completa de planes y proyectos puede consultarse en el documento PASS publicado por el Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya (2008) en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/salut_publica/paas/

¹¹¹ Para la campaña se formalizó un convenio con TV3 de Cataluña. <http://tv3.cat/lasetmana/2006>

¹¹² <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/liliblancprimaria/pdf>

apartado.

2.7.3. El Programa de Actividad Física, deporte y Salud (PAFES), impulsado conjuntamente por el Departament de Salut y la Secretaria General de l'Esport del Govern de Catalunya (2008).

En el marco del PASS y en el nivel o ámbito correspondiente al Área de Salud, el Departamento de Salut y la Secretaría General de L'Esport iniciaron una acción conjunta para la lucha contra el sedentarismo y las enfermedades no transmisibles a esta asociada, incorporando el consejo y la prescripción de la actividad física a la práctica habitual de los profesionales de los centros de atención primaria a la salud. El programa PAFES tiene dos componentes fundamentales: por un lado la formación de los profesionales de la atención primaria de salud (APS) en el consejo/prescripción de actividad física (AF) mediante una estrategia de formación de formadores; por otro lado se procede a la referencia en la estrategia NAOS para la implementación de la prescripción o consejo de AF desde la consulta del profesional de APS en tres niveles:

- Un consejo médico general o no supervisado. Esta acción incluye los consejos sencillos facilitados desde las consultas de los centros de atención primaria. No requiere infraestructura especial. Y está dirigido a personas aparentemente sanas, con capacidad de realizar AF sin supervisión ni asesoramiento.

- Consejo Asesorado. El profesional de atención primaria a la salud (APS) establece un plan de ejercicio físico individualizado (PEFI) con el paciente y este realiza el plan por su cuenta con un seguimiento periódico. Requiere más dedicación y especialización del profesional de salud. Dirigido a población sana con factores de riesgo y en algunos pacientes crónicos estables.

- Consejo Supervisado. El profesional de APS deriva al paciente al médico del deporte y previa evaluación funcional se deriva a un programa supervisado de ejercicio físico en la comunidad (durante 6 meses, 3 horas por semana y en grupo). El colectivo de pacientes son personas sedentarias con factores de riesgo no controlados o enfermedad

crónica no controlada.

Este programa obtuvo en el año 2008 el Premio Estrategia NAOS en el ámbito sanitario al programa PAFES- Pla de activitat física, esport i salut (Plan de actividad física, Deporte y Salud), presentado por la Dirección General de Salud Pública, Departamento de Salud de Cataluña.

Por sus características y fines podemos considerar que esta acción marca un antes y un después en las actuaciones sanitarias regidas por la transversalidad en las que se considera una intervención de la actividad físico-deportiva (AFD) desde el ámbito sanitario. Ya que no solo se trata de establecer estrategias generales de actuación, sino de efectuar una auténtica prestación de servicios sanitarios, integrando en los mismos a las AFD como un recurso sanitario más y con la participación de profesionales de otros sectores en su implementación.

2.7.4. El Plan A+D, integral para la actividad física y el deporte del Consejo Superior de Deportes (2010)¹¹³.

El propio plan se autodefine como «un instrumento creado por el CSD con el fin de garantizar al conjunto de la población española el acceso universal a la práctica deportiva de calidad, ayudando así a combatir el elevado nivel de sedentarismo y obesidad y a promover hábitos de vida saludables».

El Plan A+B está concebido en 3 niveles, el básico, el nivel de colectivos específicos y el nivel transversal, así como de 8 áreas. Nos detendremos en el nivel básico en el que se diseñan acciones de AFD y salud, ya que el nivel trasversal ha quedado reservado para la AFD y mujer. En la descripción del nivel básico se hace especial hincapié en las evidencias científicas del beneficio de la AFD para la salud, diferenciando entre niños, adolescentes y población adulta.

Destacamos en el nivel de colectivos específicos una de las conclusiones del plan en el apartado de la discapacidad en el ámbito sanitario, indicando que «El motivo más

¹¹³ Fuente: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/LIBRO-PLAN-AD.pdf> consultada el 26/01/2015

importante de practicar deporte es el fomento de la salud bajo la influencia de la prescripción médica en función del tipo de discapacidad, sobre todo en el caso de las mujeres. Los hombres manifiestan motivaciones ligadas a los conceptos de diversión, pasar el tiempo con los amigos y la autosatisfacción».

Uno de los ejes estratégicos del Plan A+B es la asociación entre AFD y salud (eje número 6) en el que se explicita que «... es importante que, con unos objetivos de generalización de la práctica de la actividad física y del deporte, esta se asocie – como los investigadores y los organismos internacionales recomiendan – a la salud de la colectividad. Y que dicha asociación sea interiorizada por el conjunto de los profesionales – especialmente en el sector educativo y el sector sanitario -».

Entre los diferentes programas diseñados por el Plan A+B debemos referirnos por su relación directa con el presente apartado al programa 2 “Sanitario de promoción de la actividad física”, cuyo objetivo se centra en «conseguir que la prevención primaria y secundaria de las patologías ligadas al sedentarismo sea una práctica habitual de la sanidad pública, a través de la prescripción de la actividad física a los ciudadanos-as y a los enfermos-as».

El Plan A+B está diseñado como un documento marco de referencia para que las diferentes Administraciones competentes, tanto autonómicas como locales, desarrollen el mismo adaptándolo a su propio ámbito territorial, o bien creen y pongan en marcha su Plan propio. En el caso de los Ayuntamientos, mediante la propuesta de adhesión al plan al que incorporaría sus propios planes y programas a medio y corto plazo. Indicando que de las 100 propuestas «existen al menos 21 medidas plenamente aplicables en el nivel local para que sean impulsadas a través de los respectivos programas deportivos locales». Tanto en el caso de una adhesión y desarrollo del plan estatal, como para el caso de una elaboración de planes específicos, el CSD ofrece su colaboración y apoyo mediante un asesoramiento externo. De especial relevancia es la acción 9ª del citado programa sanitario de promoción de la AF, en la que se defiende la implantación a nivel nacional de un programa de prevención primaria y secundaria. Señalando que la puesta en marcha de dicho programa «hace necesaria la integración de médicos del deporte en la sanidad pública española para llevar a cabo acciones de control, seguimiento y evaluación, y la de

licenciados en ciencias de la actividad física y el deporte para su aplicación».

Cabe señalar que aunque está perfectamente definido el diagnóstico, la estrategia, y los objetivos del plan, así como la ambiciosa previsión de que actúen como promotores principales de dichas acciones tanto el CSD y la Plataforma sobre Actividad Física y también otras instancias, como los departamentos de salud de las CC.AA. empresas de salud, mutuas de prevención laboral, EE.LL., colegios profesionales y sociedades científicas, tal programa está pendiente de su implementación como desarrollo específico de las actuaciones enmarcadas en el Plan A+B.

2.7.5. El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación equilibrada de la Junta de Andalucía (2004-2008).

Este plan está sustentado en tres ejes fundamentales: en primer lugar el desarrollo de la promoción de la salud mediante la promoción de la alimentación y la actividad física satisfactoria, con la prevención del sobrepeso y la vida sedentaria; en segundo lugar la intersectorialidad con participación de empresas de producción del ocio, de las instituciones (Deporte, Educación, Agricultura, Consumo, etc.) y de las asociaciones de usuarios y consumidores así como con la participación de expertos; el tercer eje se refiere a la participación directa de los ciudadanos¹¹⁴.

2.7.6. Otros programas e iniciativas de intervención en la salud mediante la AFD.

Cabe citar una serie de actuaciones públicas caracterizadas por la búsqueda de objetivos sanitarios mediante el empleo de la AFD. Y aunque mayoritariamente proceden de instancias locales, normalmente los centros de atención primaria, merecen

¹¹⁴ http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf fuente consultada el 10/02/2015.

ser citados por cuanto que las experiencias que se han llevado a cabo han iniciado o continuado experiencias de transversalidad en el tratamiento del derecho a la salud desde la AFD implantando estrategias comunitarias para su fomento. Tal es el caso de los que a continuación se relacionan:

-El “*Programa de salud y ejercicio físico supervisado en Centros de Salud*” en Talavera de la Reina (1990). Este programa tenía entre sus principales objetivos el promover el asociacionismo mediante la realización de actividades grupales de ejercicio físico con el fin de mejorar las patologías cardiovasculares. La actividad se desarrolló captando desde el centro regional de salud a mujeres con factores de riesgo cardiovascular a las que se remitía a la “Asociación de mujeres Rayuela”, cuya principal actividad era la realización de AFD aplicada clínicamente y controlada por una entrenador experimentado. Se estableció una comunicación permanente entre la asociación y el centro de salud que trabaja en la medición de la evolución física y analítica de las mujeres sometidas al programa. Cabe señalar que las mujeres eran derivadas desde la asociación al club de atletismo de la ciudad desde donde se incorporaban a la participación en las actividades deportivas locales¹¹⁵

- El programa *Hospy Sport* de hospitales públicos en Cataluña (1992). Este programa constituye una de las máximas aspiraciones de la Federación Catalana de d’Esports per a Minusvalids Físics cuya finalidad es favorecer el proceso de readaptación funcional y la reinserción social de las personas con discapacidades físicas graves, ingresadas en los hospitales públicos de Catalunya, mediante la iniciación a la práctica deportiva adaptada. El programa se diseñó durante la celebración de los *IX Barcelona’92 Paralimpic Games* y ha sido posteriormente puesto en marcha gracias a la colaboración del gobierno de la Generalidad de Catalunya con la colaboración de las Consellerías de Sanitat y Seguretat Social y Benestar Social y la Dirección General de l’Esport, así como de otros esponsors privados que fueron uniéndose al

¹¹⁵ Fuente: Manuela Mingo Blanco. Centro de Salud Estación Talavera de la Reina. Talavera de la Reina, Castilla-La Mancha, en <https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/rac2008.pdf> consultada el 10/02/2015.

programa. Consistente en la salida del paciente del entorno hospitalario para realizar actividades físicas en instalaciones deportivas con todo tipo de usuarios y personal capacitado para recibir a personas con discapacidad física. Al programa se inscribieron hasta el año 2004 más de 35 instituciones hospitalarias de Catalunya, beneficiándose más de 3100 personas con discapacidades físicas graves (MARTINEZ i FERRER, 2004:89-90). El programa recibió, la medalla de bronce de los Premios Helios II de la UE en la modalidad de readaptación funcional.

- Los “*Programas de Actividades Comunitarias en Atención primaria (PACAP). Pueblos educadores*”, en Jábaga (Cuenca). Este programa experimental se desarrolló en Fuentenava de Jábaga y en el primer año de prueba participaron más de 300 personas en 15 actividades en las que se compaginaban programas de salud y actividades físicas. Con intervención de recursos municipales y profesionales sanitarios y la colaboración de asociaciones deportivas y empresas de aventura, se hizo posible que este municipio de apenas 400 habitantes obtuviera el premio de Actividades Comunitarias en Atención Primaria otorgado por la Asociación Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y ha estado presente en FITUR como “Pueblo Educador” siendo reconocido su esfuerzo por fomentar el ocio activo con una aportación positiva a la calidad de vida de vecinos y visitantes así como para el desarrollo económico y social de la zona.

- En el año 2000 y en el Area de Salud de Aranjuez se llevó a cabo una experiencia de “*Talleres de actividad física y salud para personas mayores*”, consistente en la aplicación de técnicas respiratorias y actividades físicas dirigidas a mejorar la capacidad respiratoria, la postura, la coordinación, la relajación neuromuscular y el manejo del estrés. El monitor de educación física se puso en contacto con una enfermera del centro de salud con experiencia como educadora sanitaria a grupos. El taller se realizó por primera vez en el año 2000 y de manera continuada durante dos cursos mas, con 11 intervenciones en grupos de unas 25 personas con sesiones de 60 minutos por grupo, y garantizando por el monitor los refuerzos de

la permanencia en la actividad.¹¹⁶

- El proyecto de “*Hábitos de alimentación correctos y ejercicios saludables*” (HACES). Este programa tuvo como objetivo principal valorar la modificación de los hábitos de alimentación y actividad física de los escolares mediante un programa continuado de educación sanitaria desarrollado en los colegios de la Zona Básica de Salud (ZBS) del Centro de Salud del Barrio Peral, en Murcia, durante tres cursos escolares (2005-2008).¹¹⁷
- Programa comunitario para el fomento de la actividad física IRUNSASOI, (2007) promovido por el Centro de Salud de Irún y el Servicio de Orientación para la Actividad Física (SOAF), formados por técnicos de deportes. En el centro de salud se realizaba una labor de captación, consejo y derivación al SOAF. Aquí la intervención tenía tres fases: una de acogida, valoración y recomendación de la actividad que se adaptase a las características de cada persona; una segunda fase de inicio de la actividad y detección de barreras mediante entrevista telefónica; y una tercera fase de seguimiento para verificar la adherencia a los tres meses y al año¹¹⁸.
- De entre los diferentes proyectos derivados de la estrategia NAOS, destacamos el Proyecto PERSEO del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006)¹¹⁹. Este programa fue diseñado con el objetivo de lograr un cambio social y personal tanto en los hábitos alimentarios como en la actividad física de la comunidad escolar. Se inició como programa piloto escolar para la salud y el ejercicio contra la

¹¹⁶ Fuente: M^a del Pilar Zamorra San Joaquín. EAP Aranjuez Área 11 IMSALUD. Aranjuez (Madrid), Comunidad de Madrid, en <https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/rac2008.pdf> consultada el 10/02/2015.

¹¹⁷ Fuente: M^a Dolores Vázquez García. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena (Murcia), Región de Murcia, en <https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/rac2008.pdf> consultada el 10/02/2015.

¹¹⁸ Fuentes: Víctor Rubio Arribas Centro de Salud Irún Centro y Centro de Salud de Dumbua (Irún). Irún (Guipuzcoa), País Vasco: <https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/rac2008.pdf>, y <http://cdeporte.redirises/revista/revista25/artevaluacion47.htm> consultadas el 10/02/2015.

¹¹⁹ Fuente: <http://www.naosaesan.mssi.gob.es/en/naos/ficheros/escolar/programaperseo.pdf> consultada el 11/02/2015.

obesidad durante el curso escolar 2006-7. Contaba con la colaboración de las Comunidades autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Murcia y las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, en el en el marco de colaboración del convenio suscrito entre los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, (julio de 2005). El ámbito de actuación fue el alumnado entre 6 y 10 años, y sus familias, el profesorado, los equipos directivos, las AMPAS, y el personal sanitario así como los comedores escolares Y preveía la constitución de un grupo de expertos en alimentación, actividad física, didáctica así como la participación de profesionales de atención primaria en las evaluaciones iniciales y finales del programa mediante la realización de controles antropométricos

- El “*Programa de Educación nutricional y Actividad Física*” ENYA. Fue llevado a cabo por el Gobierno de Castilla la Mancha (2006) en el ámbito escolar y que involucró a 25 centros docentes de cinco provincias Castellano-Manchegas (Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo) dirigido a la concienciación de la necesidad de adoptar pautas alimenticias saludables y una actividad física regular, dirigido a los escolares de segundo ciclo de Educación Primaria¹²⁰.

- *Estrategia PASEAR* (2011). Promovido por el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Esta estrategia es una acción dirigida a la promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón. Contempla actuaciones hasta 2016, atendiendo todas ellas a las recomendaciones de la estrategia europea de 2007 y la estrategia NAOS y propone un decálogo básico con el que promover la actividad física, incorporar hábitos diarios de práctica de ejercicio físico suave y moderado, evitar el sedentarismo y promover hábitos saludables. El apoyo de la Asociación Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) a esta iniciativa se fundamenta en la convicción de que

¹²⁰ <http://www.castillalamancha.es> Fuente consultada el 9/10/2015.

la atención primaria de salud es uno de los mejores escenarios del servicio sanitario para las actividades de promoción de la salud en relación con el ejercicio físico y la alimentación¹²¹. Asimismo el gobierno de Aragón ha establecido la red aragonesa de propuestas de promoción de la salud (RAPPS).

Resumidamente destacamos otras propuestas de transversalidad como a continuación se relacionan:

- El Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física de la Infancia y la adolescencia en Cantabria.
- La Estrategia de Alimentación Saludable y Actividad Física de la Consejería de Salud de Les Illes Balears así como los programas “Escaleras al corazón” y “Rutas saludables alrededor de los centros de salud”.
- El plan gallego para el fomento de la actividad física “Galicia Saudade”, de la Xunta de Galicia. Así como el Plan XÉRMOLA, de Prevención de la Obesidad Infantil o el Programa PASEA, de actividades saludables de la Xunta.
- El “Programa de Alimentación y Actividad Física” de la Comunidad de Madrid (ALAS). Así como el programa de atención al sobrepeso y la obesidad infantil “Familias Activas” de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP).
- En el Ayuntamiento de L’Alfàs del Pí (Alacant) a través de la Asociación de Actividad Física para mejorar la Salud y como medio de Rehabilitación y Terapia (AFSRT), se pretenden consolidar proyectos pioneros de deporte y salud.
- En el Ayuntamiento de Benicarló (Castellón) mediante la implantación de un Programa Municipal de Salud y Deporte que deriva desde los Centros de Atención Primaria a pacientes de determinados colectivos hacia proyectos de AFD.

Pese a que la relación de planes, programas y proyectos ofrecida en el presente

¹²¹ En el 31º Congreso de la sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) celebrado en Zaragoza en 2011, se presentó la Estrategia PASEAR. Fuente: Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la SEMFYC en: <http://www.pacap.net/> consultada el 12/02/2015.

apartado no es exhaustiva de todas las experiencias de transversalidad existentes o que han existido en nuestro país, el desarrollo sistemático y generalizado de estas dependerá en gran medida de una planificación que garantice la intervención conjunta de las diferentes Administraciones competentes en materia de sanidad y en materia de deporte. Algunas de las experiencias mostradas, como el PAFES, se presentan como propuestas que conjugan estas características, así como la vertebración de un verdadero servicio público mediante la implantación de un modelo de acción comunitaria en los centros de atención primaria, a nivel autonómico. Mientras que otras experiencias, existen como iniciativas municipales o experiencias piloto de los centros de atención primaria a la salud, proliferando el apoyo a programas específicos para la tercera edad, mujeres embarazadas o pacientes crónicos o en situación de riesgo por sedentarismo. En todo caso las experiencias mostradas ofrecen la evidencia de la posible integración de la AFD en los programas de atención primaria y su incorporación como un recurso más en el tratamiento de la salud pública y en la satisfacción del derecho a su debida promoción y protección.

Por último nos referiremos a algunas experiencias de transversalidad que la UE ha calificado como de *buenas prácticas* en el documento, “Directrices de Actividad Física de la UE” (2008) anteriormente citado. Concretamente se alude a las experiencias en Reino Unido, Alemania y Luxemburgo, como a continuación se relacionan.

- a) Reino Unido. Se utilizaron como recursos los acuerdos del sector público local para promover un incremento del deporte y de la actividad física. Se cita como ejemplo el área local de *Hertfordshire* donde se detectó la necesidad de mejorar la dependencia, la salud y el bienestar de las personas mayores a través de la participación activa en el deporte y la actividad física que les permitiera llevar un estilo de vida más saludable y contribuyera a mantenerlos en forma y sanos el mayor tiempo posible. La superación de los objetivos, consistentes en que la población de mas de 45 años participara en deporte activo al menos durante 3 días o más a la semana, incluyendo paseos y ciclismo recreativo (+ 4% del nivel inicial), se unió a una recompensa financiera para al región de £1.2.m.

- b) Alemania. El Ministerio Federal de Salud y e Ministerio Federal de Alimentos, Agricultura y Protección del consumidor, desarrollaron una serie de directrices sobre “Alimentación saludable y actividad física, claves para una mayor calidad de vida” y que sirvió como base para el plan nacional de acción orientado a prevenir la malnutrición, el sobrepeso , el sedentarismo y las condiciones y enfermedades crónicas que resultan de ellos basado en cinco áreas principales:
- . Política (varios sectores y áreas)
 - . Educación y concienciación sobre alimentación, la actividad física y la salud.
 - . Actividad física en la vida diaria.
 - . Mejora de la calidad de las comidas servidas fuera del hogar (guarderías, colegios y lugares de trabajo)
 - . Impulsos para la investigación.
- c) Luxemburgo. La experiencia se realizó en 2006 y contó con la participación de cuatro ministerios, Educación, Salud, Deporte y Juventud, a través de un plan llamado “Come sano, muévete más”. Se recomendó a las partes interesadas en la localidad que emprendiesen acciones relacionadas con la nutrición y la actividad física. El sello del plan se otorgó a más de 60 entidades participantes procedentes de áreas tan distintas como colegios, comunidades locales, clubes, lugares de trabajo y asociaciones de atención sanitaria. Un grupo de trabajo transversal con miembros de los cuatro ministerios monitorizó el plan de acción incluyendo iniciativas y propuestas

El documento de directrices de la UE considera que las áreas de actuación precisan de la implicación de diversos sectores: el deporte, a través de los gobiernos centrales, regionales y locales, el sector organizado del deporte y el no organizado; la salud a través del sector de salud pública, asistencia sanitaria y proveedores de seguros de salud; la educación mediante la promoción de la actividad física en colegios, la educación y formación de los profesionales de la salud; el transporte, el medio ambiente, la

planificación urbana, la seguridad pública, los entornos de trabajo y los servicios de cuidado para mayores.

Conscientes de la necesidad de establecer una plataforma europea para compartir el desarrollo y la implementación de políticas, programas y estrategias basados en evidencias y con el fin de favorecer un estilo de vida saludable en Europa, nace HEPA EUROPE (Health European Physical Activity), como “Red Europea de Promoción de la Actividad Física y mejora de la Salud”¹²². La iniciativa parte de una idea ya presente en el Libro Blanco del Deporte de la Comisión Europea (2007) en el sentido de que «existe un gran potencial para promover la salud pública a través de la actividad física». Pero también surge de la segunda acción propuesta por el Plan de Actuación “Pierre de Coubertain” que acompaña al Libro Blanco y señala que «la Comisión apoyará una red de la UE para la promoción de la actividad física y la mejora de la salud». En su constitución ya contaba 52 miembros de 23 países europeos, incluyendo 16 Estados miembros de la UE y un observador de un país no Europeo; y mantiene una estrecha colaboración con la oficina regional de la OMS para Europa (Centro Europeo del Medio ambiente y la Salud, ECEH). La red HEPA descansa en un enfoque multisectorial de la promoción de la AF lo que supone involucrar a expertos en sectores de la salud, deporte, educación y medio ambiente, transporte, planificación urbana y otros sectores de toda Europa.

2.8. El deporte como recurso preventivo en las estrategias de salud.

El resultado de la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011-12) elaborada por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad¹²³ recoge entre otros aspectos las prácticas preventivas seguidas por la población, pero omite clasificar la práctica regular de deporte como una práctica preventiva cuya realización en las debidas condiciones

¹²² Según se cita en el propio documento DAF-UE (2008), HEPA EUROPE es fundada en Dinamarca en mayo de 2005, aunque anteriormente la red Europea existía como un programa financiado por la UE y herramienta para el intercambio y apoyo de políticas nacionales integradas, desde 1996 y hasta 2001. Fuente: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-salud/Directrices-Actividad-Fisica-UE-web.pdf> consultada el 1/11/2014.

¹²³ Fuente: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>, consultada el 16/9/2014.

podría coadyuvar a mantener un adecuado nivel de salud de la población. El estudio se centra exclusivamente en considerar como prácticas preventivas seguidas por la población, una serie de conductas o acciones de los ciudadanos tales como la toma regular de la tensión arterial, la realización de pruebas diagnósticas de detección precoz (especialmente en cáncer de mama, próstata y de piel que cuentan con campañas públicas) o el seguimiento en las campañas de vacunación antigripal. Los resultados de esta encuesta revelan un aumento de las patologías crónicas asociadas a las ENT como la hipertensión arterial, el colesterol elevado, la obesidad y la diabetes, indicando que siguen su tendencia ascendente. Y pese a reconocer que el 53,7% de la población mayor de 18 años padece obesidad o sobrepeso, o establecer que el 41,3% de la población Española se declara sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre), no aparece ningún indicador relativo a la incidencia en el estado o evolución de la salud de la población como consecuencia de la práctica AFD. Por lo que la encuesta analiza exclusivamente los índices de sedentarismo y sus consecuencias, traducidas en términos de salud pública.

Tampoco el análisis de las encuestas de salud realizadas por las CC.AA. arroja ningún dato o resultado relevante en este sentido. Navarra es la Comunidad autónoma con más elevado porcentaje de práctica de actividad física (70'2%) seguido de la Comunidad Valenciana (66'6%) y del País Vasco (65'4%)¹²⁴. En las diferentes encuestas publicadas por cada comunidad autónoma destaca el hecho de que en ninguna de ellas se tiene en consideración al deporte como un factor determinante de salud, ni como una práctica de prevención, ni tampoco como factor generador de una posible demanda de los servicios sanitarios públicos como consecuencia de posibles lesiones. Al igual que ocurre en la ENS, también en estos estudios de salud autonómicos se aprecia que la referencia a las actividades deportivas suele estar relacionada con el estudio del sedentarismo de la población que suele aparecer desglosado por edades, incluso por provincias, pero en el que ni siquiera se detalla el tipo de actividad física desarrollada por la población o la incidencia que tiene esta en la salud de la ciudadanía.

¹²⁴ Fuente: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BE60F518-284F-4DF1-BE8F-> Consultada el 17/09/2014.

En materia de prevención de la salud también las encuestas autonómicas suelen tener en cuenta los índices de realización de diversas pruebas diagnosticas de prevención precoz, incluso se llegan a considerar (como en la encuesta andaluza de salud), hábitos preventivos tales como la higiene buco-dental, las prevenciones ante la exposición solar o incluso la seguridad vial. Pero al igual que ocurre con la encuesta estatal en todas ellas se obvia el estudio a las actividades físico deportivas practicadas habitualmente por la población¹²⁵. Algunas CC.AA. como en el caso del País Vasco o la Comunidad de Murcia, diferencian la actividad física efectuada dentro del ámbito laboral de aquella otra que se produce en tiempo de ocio, ofreciendo en esta última el dato diferenciado de que la población que afirmaba realizar algún tipo de actividad física en tiempo de ocio, que habría obtenido índices de salud físico y mental 1'8 veces mejor que quienes no realizaban habitualmente actividad física¹²⁶. Pese a las notables evidencias respecto de la importante influencia de la práctica de deporte en la salud de la población y la consideración que tales prácticas podrían tener en la formulación de políticas activas de promoción/prevención de la salud, carecemos de otros datos oficiales más que los ofrecidos.

Finalmente debemos tener en cuenta que ni el Ministerio de Sanidad ni ningún otro, contempla en sus presupuestos cantidad alguna destinada a la promoción del denominado deporte-salud o a programas sanitarios que contemplen la inclusión de las actividades deportivas en las políticas de salud de la población. Lo cual no debe extrañarnos por cuanto que ni el legislador deportivo parece haber contemplado la realidad de las actividades deportivas saludables como deporte, ni el sanitario las ha previsto tampoco como un recurso de salud pública o su incorporación al sistema como un recurso preventivo.

¹²⁵ Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/> Consultada el 16/09/2014.

¹²⁶ Fuente: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/149566-Calidad_Vida_PobGral_CARM2008.pdf. Consultada el 17/09/2014.

CAPITULO V.

**ANÁLISIS DE LOS DEPORTES ELEGIDOS COMO PRACTICAS DE
CONTRASTE**

1. Explicación metodológica y justificación en la elección de las prácticas de contraste.

En el capítulo anterior hemos verificado de qué modo los poderes públicos han utilizado las técnicas de transversalidad y de *salud en todas las políticas* para una mejor realización de este derecho. Y hemos procedido a examinar las experiencias de transversalidad mediante las cuales se ha utilizado a la AFD como una estrategia en las políticas de promoción de la salud.

En el presente capítulo trataremos de comprobar cómo el ordenamiento jurídico ha previsto y regulado el derecho a la salud de los deportistas, mediante el análisis de varias actividades deportivas elegidas como prácticas de contraste, con el fin de comprobar en cada una de ellas el nivel de garantías ofrecido al ciudadano en la protección de este derecho.

En todo caso quedarán fuera del presente estudio las manifestaciones autónomas del deporte, pues en el entorno de la práctica libre de una actividad deportiva así como en el marco del mera ejercicio físico (como el paseo recreativo) al no tratarse de prácticas organizadas ni dirigidas, el derecho a la salud del ciudadano es tutelado por el propio interesado sin que sean admisibles injerencias externas por parte de los poderes públicos, salvo que supongan la puesta en peligro de derechos fundamentales propios o ajenos, incluso la vida, o entrañen una vulneración o infracción de normas sectoriales (de circulación, ordenanzas municipales etc...).

Con la salvedad antes indicada hemos previsto analizar la protección de la salud en tres ámbitos diferenciados de manifestación las actividades deportivas:

- 1º.- En una modalidad representativa del deporte oficial y competitivo, en la que también sea admisible una realización competitiva no federada.
- 2º.- En alguna modalidad no competitiva de las existentes en el deporte federado.
- 3º.- En las actividades físicas no consideradas oficialmente como un deporte.

En el primero de los casos, la actividad deportiva elegida debería ser representativa de los deportes de competición federativa cuyo conocimiento estuviese muy generalizado y fuese practicada mayoritariamente. Tal práctica debería admitir una realización profesional, otra amateur y una práctica no federada o popular, con el fin de poder examinar en cada uno de los diferentes niveles de realización las variaciones que pueden verificarse en el tratamiento del derecho a la salud de sus practicantes. La modalidad elegida para representar ese tipo de modalidades deportivas ha sido el fútbol.

De las 3.394.635 licencias federadas que se registraron en el año 2013 en España, 855.987 correspondieron al fútbol, siendo la modalidad con más licencias deportivas, representando un 25'2% de todas las expedidas, según los datos publicados en el anuario de estadísticas deportivas (2014) por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Por lo que sigue siendo justificada la afirmación de que el fútbol es el deporte rey, aunque con el matiz de que tal afirmación solo es correcta en relación al deporte federado, pues solo un 16'4% de las personas que hacen deporte en España poseen licencia federativa.

Pero el fútbol no solo es la modalidad deportiva federada más practicada, sino que se encuentra en el grupo de deportes de equipo con pelota que como tuvimos ocasión de exponer en el capítulo II, es señalado por el Informe DADO (2011) publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, como el grupo deportivo en el que se han registrado más de la mitad de las lesiones y accidentes deportivos en los últimos años, disminuyendo paulatinamente hasta el 46'9% en el último año de publicación del informe. Por otro lado el fútbol es la modalidad deportiva que más apoyo público recibe. El mayor número de instalaciones e infraestructuras deportivas públicas está destinado a la práctica de este deporte. Asimismo los poderes públicos presentan un decidido apoyo al fútbol y ejercen una clara acción de fomento en su promoción y difusión.

El fútbol ofrece la posibilidad de estudiar la realización del derecho a la salud en

el colectivo de deportistas profesionales más numeroso y, al mismo tiempo, permite un estudio similar en ámbitos no federativos como el escolar, universitario o municipal, donde igualmente pueden existir profesionales de la docencia de esta modalidad y colectivos especialmente sensibles como los menores en edad escolar. Siendo los resultados obtenidos perfectamente trasladables a otras modalidades federadas de equipo y practicadas con pelota que admitan una realización profesional, otra amateur y finalmente una práctica recreativa libre.

En segundo lugar hemos seleccionado un deporte oficial o de realización federativa pero de naturaleza no competitiva y de práctica individual, cuyo análisis y resultados resulten válidos para todos los deportes del sistema de una naturaleza análoga. En nuestro sistema deportivo concurren tales características en muy pocos deportes, todos ellos pertenecientes al ámbito de las artes marciales no competitivas, como el aikido, tai-chi, kyudo, iaido y iodo¹²⁷. En este grupo de modalidades deportivas hemos seleccionado al aikido por ser la única práctica deportiva no competitiva cuya realización no es individual sino de contacto. Por lo que a los supuestos riesgos objetivos propios de la actividad, debe sumarse la circunstancia de su realización en contacto necesario con un tercero. Asimismo y al contrario del resto de prácticas pertenecientes al mismo grupo, en el repertorio técnico del aikido están presentes las proyecciones, los volteos y las inmovilizaciones como ejercicios habituales, cuya realización implica la existencia de mayores riesgos objetivos para la salud de quienes los practican y que no están presentes en los otros deportes no competitivos anteriormente citados.

En esta modalidad encontraremos también profesionales sometidos a la dependencia y ajenidad en un club, entidad o empresa deportiva, lo que nos proporcionará la oportunidad de examinar el tratamiento del derecho a la salud en este

¹²⁷ El *iaido* estudia las técnicas de desenvainado de la katana (sable japonés); el *iodo* las técnicas en el manejo del bastón o *io* (jo). Por su parte del *kyudo* es el tiro con arco japonés. Esta última modalidad no se ha deportivizado en España careciendo de una federación de referencia. PARRILLA indica que el manual de kyudo, cuya primera edición apareció en 1953, dice cosas que suenan sorprendentes a nuestros oídos educados en el mundo de la competitividad. Por ejemplo: “Nuestro objetivo no es dar en la diana. Al contrario, la expresión de belleza armoniosa es el objetivo del tiro” (PARRILLA ROMERO, 2015).

sector; así como la posibilidad de encontrar colectivos de aikidocas que efectúan una práctica tanto federada como no federada, mediante la adscripción a asociaciones civiles de objeto deportivo o bien en escuelas pertenecientes al ámbito del deporte municipal.

La tercera de las prácticas de contraste a examinar debemos encontrarla entre las denominadas actividades de gimnasio, esto es, el tipo de actividad deportiva que aun siendo practicada mayoritariamente en España no ha sido calificada por el legislador como deporte.

Resulta evidente la cada vez mayor demanda, pujanza y expansión de nuevas formas de AFD como el pilates o los diversos tipos de gimnasia (mantenimiento, terapéutica o geronto-gimnasia), la natación no competitiva en sus diferentes modalidades (matro-natación, natación terapéutica, natación-bebés, rehabilitación acuática), o el ejemplo del yoga y, en general, el universo de las denominadas prácticas de *fitness*. Todas estas prácticas no competitivas han recuperado la corriente higienista decimonónica de las actividades físicas, enriquecidas con nuevas aportaciones científicas que han determinado su evolución dentro de un concepto holístico de salud,¹²⁸ en el que la actividad física sería una más de sus manifestaciones; y en el que es posible incluir a una gran variedad de actividades que orbitan en el ámbito del bienestar (*wellness*).

Consideramos AFD excluidas del sistema deportivo, a aquellas que no están legalmente reconocidas como deporte por el Consejo Superior de Deportes. La mayoría de las prácticas de gimnasio son de naturaleza no competitiva, carecen de una federación española de referencia que las gestione y tampoco existen federaciones internacionales que las tutelen y les sirvan de referente deportivo a nivel internacional. Por tanto tampoco internacionalmente estas actividades tienen la consideración de deporte, al menos en un sentido estrictamente jurídico. Estas actividades se encuadran en la tradición de la gimnástica higiénica y su adecuado tratamiento por el sistema precisaría recuperar la noción de “actividad sanitaria” que ya se concedió a *las gimnasias* en las sociedades de la antigua India, China, Grecia, Roma o Egipto. Sin embargo la consideración de sus

¹²⁸ Ver en página 58 respecto de la evolución del concepto de salud inicialmente formulado por la OMS en 1946 hacia otras dimensiones que afectan al ser humano como los aspectos ambientales y por extensión las condiciones de los entornos o ámbitos del ser humano que hace preciso un enfoque global de la salud que nos aproxima a un concepto holístico.

posibles aspectos preventivos y rehabilitadores no ha sido reconocida por los poderes públicos, dejando a tales prácticas al margen de cualquier sistema conocido sea educativo, sanitario o deportivo. Pese a esta situación de desregulación, reconocemos que se trata de actividades masivamente demandadas por los ciudadanos que constituyen una práctica ciudadana mayoritaria y que se ofertan como actividades deportivas saludables.

Como señalamos en el marco teórico se ha calificado al *fitness* como el deporte del siglo XXI. Según datos facilitados por la Federación Nacional de Empresarios de Instalaciones Deportivas¹²⁹ (FNEID) 7.740.600 españoles son socios de instalaciones deportivas que dedican una media semanal de 3 horas a la práctica de una AFD como abonados, o pagando una cuota en un centro deportivo público o privado. El deporte practicado en gimnasio supone al menos un 59% de la práctica deportiva total efectuada en España¹³⁰. Frente a este dato, el número de licencia federadas en 2013 fue de 3.394.635. Las actividades deportivas desarrolladas en gimnasios alcanzan el 1% del PIB, ocupando una cuota de mercado en Europa del 16%. Cifra que dobla con creces el número total de las licencias federativas existentes. Asimismo en España existen unos 5.800 gimnasios de fitness y aunque es una cantidad inferior a la de otros países, da una idea del tamaño de estos centros, mas bien grande (TERUELO FERRERAS, 2012).

El volumen del negocio de los gimnasios en España asciende a 3.800 millones de euros al año, según datos facilitados por la International Health, Racquet & Sportsclub Association (IRSHA), constituyendo el segundo mercado por tamaño de la UE, después del Reino Unido y por delante de Alemania, Francia e Italia.

De entre las prácticas citadas destaca el yoga por su sorprendente integración en la sociedad occidental y por resultar ser una de las prácticas más demandadas y con mayor implantación en nuestro país. El Anuario de Estadísticas Deportivas (2014), cifra en un 3'6% el total de las prácticas que se corresponden con las actividades físicas de inspiración oriental. Sin embargo pese a que el yoga se presenta como la mejor opción

¹²⁹ Datos a fecha 14/01/2015. Fuente: <http://www.fneid.es> consultada el 20/02/2015

¹³⁰ Datos obtenidos del Anuario de Estadísticas Deportivas 2014, publicado por el MECD, (tabla 11.9, en la que se han considerado las actividades físicas de acompañamiento, las de piscina incluida la natación recreativa, musculación, gimnasia suave en centro deportivo, gimnasia intensa y actividades de inspiración oriental).

para representar a este tipo de prácticas, tanto sus mentores, como sus docentes y buena parte de sus practicantes, niegan al yoga la calificación deportiva y considerarían errónea su vinculación con las actividades físicas al uso. No obstante esta última apreciación debe contrastarse con el dato objetivo de que estamos frente a una actividad extendida en todo el mundo, practicada en centros deportivos, e integrada de un modo natural en la oferta deportiva estable. Por lo que nos enfrentamos a la paradójica situación de plantear la utilización como práctica de contraste de una práctica a la que se presuntamente se niega su naturaleza deportiva aunque, a juzgar por las evidencias, se encuentra inevitablemente vinculada a este sector.

Ante este reparo conceptual previo debemos oponer tres razonamientos que justifican su elección como práctica de contraste, a lo que sumaremos una precisión en cuanto al concepto. De un lado el yoga va precedido de una sólida reputación como práctica saludable e históricamente orientada a la salud y al equilibrio psico-físico y emocional de la persona. Por lo que sería especialmente interesante verificar como se satisface el derecho a la salud de los profesionales y usuarios en una actividad supuestamente saludable y auto-protégida. De otro lado su imparable demanda y extensión generalizada entre la población hace que se haya convertido en una oferta clásica de cualquier centro deportivo que se precie. Y finalmente desde un punto de vista analítico, presenta la posibilidad de estudiar un marco de ejercicio profesional así como ciudadano, dado que el colectivo de los profesores de yoga ha aumentado en sintonía con el crecimiento de la demanda.

Asimismo se impone la necesidad de efectuar una breve reflexión que sirva para precisar en qué medida puede utilizarse al yoga como AFD de contraste y en qué parte el presente estudio debe respetar zonas y contenidos del yoga que, por ser susceptibles de formar parte de un cuerpo filosófico, incluso espiritual, resultarían ajenas a nuestro objeto.

Debemos considerar que una de las muchas consecuencias del paulatino pero imparable fenómeno de la globalización, ha sido la interculturalidad que ha llevado a una cierta apropiación indebida de las actividades físicas, psico-físicas y deportivas de oriente y que, en muchos casos, se han visto sometidas a un inevitable proceso de

occidentalización. De modo que para un adecuado encaje en nuestra mentalidad, tales actividades han debido desarraigarse de su marco socio-cultural originario y ser tratadas y consideradas exclusivamente por su dimensión física. Este fenómeno reitera una concepción limitada y reduccionista que resulta incompatible con la amplia naturaleza de algunas de ellas, pero que ha posibilitado que prácticas milenarias como el yoga o el tai-chi, pudieran alcanzar una difusión universal y que millones de personas en todo el mundo hayan podido beneficiarse de las mismas.

Por otro lado la perspectiva de que prácticas como el yoga se nos presenten como potencialmente beneficiosas para la salud del individuo, supone aceptar la posibilidad de que puedan ser igualmente beneficiosas para la sociedad en su conjunto. Este nuevo punto de vista nos permite concebir el fenómeno de las actividades físico-deportivas desde una dimensión social y más concretamente desde el punto de vista de la salud pública.

Pero como se expuso en el capítulo I, el deporte arrastra un perjuicio conceptual que puede estar originado, al menos en parte, por un desarrollo legislativo que se ha limitado a las actividades de la competición reglada. Este hecho hace difícil encajar, sin herir susceptibilidades, a actividades físicas no competitivas como el yoga en el ámbito de las actividades deportivas. Un encaje que es todavía más difícil si a esta circunstancia unimos el hecho de que los medios de comunicación han contribuido históricamente a perfilar una indisociable unidad entre el deporte y la competición. Asimismo y como quedó anteriormente apuntado, los precursores y practicantes de yoga perciben habitualmente su práctica como una filosofía o incluso un estilo de vida, considerando que la etiqueta occidental del deporte es errónea e inadecuada para acoger de un modo satisfactorio a una actividad que contempla fines y medios tan dispares a los del rendimiento competitivo. Por este motivo la expresión *actividad física o físico-deportiva* (AFD), aunque pueda quedarse corta para expresar una realidad tan amplia como la del yoga, resulta menos comprometida y carece de las connotaciones a las que habitualmente se asocia jurídica y socialmente al deporte en su acepción más restringida. Por otro lado, esta denominación resulta acorde con la aceptada por el legislador español que, al regular como veremos las certificaciones de profesionalidad de los instructores de yoga, las ha

incluido en la familia de las “actividades físicas y deportivas”.

Por tanto y conforme al concepto amplio de deporte que en el marco teórico nos hemos propuesto aplicar en el presente trabajo, la práctica del yoga admitiría ser calificada intelectualmente como deporte no competitivo, en cuanto que una manifestación de las actividades psico-físicas de integración y legalmente como AFD.

Es preciso aclarar que con este planteamiento inicial no se pretende calificar o etiquetar sin más al yoga, sino justificar argumentadamente su actual encuadre. En todo caso al calificar al yoga como AFD de contraste dentro de las excluidas del sistema, nos estamos interrogando respecto al hecho de si resulta adecuado que actividades socialmente tan extendidas como la citada y que se realizan de un modo estable y multitudinario en todo tipo de sedes, pudieran ser actividades prácticamente huérfanas de una regulación legal de conjunto. Debemos igualmente preguntarnos si ante esta situación de posible a-regulación, los poderes públicos estarían en condiciones de garantizar que se esté proporcionando una adecuada protección del derecho a la salud a todas las personas que realizan estas prácticas y si las actividades físicas pretendidamente orientadas a la salud efectivamente lo están y se encuentran debidamente protegidas y fomentadas por los poderes públicos.

El planteamiento de estas cuestiones y su análisis a la luz de los datos de que disponemos en la actualidad podrían ser más reveladores que una superficial cuestión de calificativos y denominaciones que, a la postre, resultaría anodina y no se adentraría en un análisis de la realidad social, económica y jurídica del yoga; y por extensión del resto de prácticas de naturaleza no competitiva que se encuentran fuera del sistema. Pues tales actividades son capaces de generar este cúmulo de consecuencias, ya que en definitiva se trata de actividades que practican los individuos en la sociedad en la que viven y que generan un inevitable impacto en la misma, desplegando sus efectos en todos los ordenes citados.

Conforme a la formulación teórica expuesta, una actividad multitudinaria como el yoga, efectuada en centros e instalaciones deportivas de pública concurrencia y que se presenta como beneficiosa para la salud de los individuos, nos parece que encarna todos los requisitos necesarios para ser utilizada en el presente trabajo como práctica de

contraste en representación de las AFD excluidas del sistema cuyos resultados serían trasladables al resto de prácticas excluidas que actúan en los mismos entornos públicos y privados donde lo hace el yoga en toda España.

2. Análisis del tratamiento del derecho a la salud en un deporte oficial y competitivo. El caso del fútbol.

2.1. El tratamiento del derecho a la salud en el fútbol profesional.

La doctrina mayoritaria estimó desde siempre que los deportistas profesionales y en concreto los futbolistas profesionales, eran trabajadores dependientes por cuenta ajena a todos los efectos¹³¹. La práctica del deporte profesional genera una relación laboral de carácter especial, en la que según BASAULI el deportista hace del deporte materia y objeto de su trabajo, por lo que el dinero que percibe retribuye tan específica relación laboral. Las notas tipificadoras del deportista profesional han sido establecidas por abundante jurisprudencia de entre la que destacamos por todas ellas la STS de 3/11/1972 (RJ 1972/5435) y son la dependencia y la dedicación absoluta, de modo que la jurisdicción del trabajo es la única competente para conocer, resolver y ejecutar sus decisiones, considerando al deportista profesional como un trabajador por cuenta ajena. Esta dedicación íntegra, absoluta y permanente es «impeditiva en la mayoría de las ocasiones de otra actividad que le permita subvenir a sus necesidades, con dedicación absoluta, pleno ejercicio y entrega de sus facultades por una retribución constitutiva de su medio de vida» (BASAULI HERRERO., 2004:42). Y como ha quedado establecido en el capítulo IV, todos los deportistas profesionales están actualmente encuadrados en el régimen general de la Seguridad Social por disposición del RD 287/2003, de 7 de marzo,

¹³¹ ALONSO OLEA, M.; ALONSO GARCIA, M; DE LA VILLA GIL, L.E.; HERNANDEZ MARTÍN, D; PEREZ PAYÁ, entre otros.

por el que se integra a todos los comprendidos en el ámbito de aplicación del RD 1006/1985, de 26 de junio, y que no hubieran sido con anterioridad incorporados de manera expresa en el citado Régimen General.

Para el presente estudio hemos procedido a examinar el tratamiento de la salud de los futbolistas profesionales que se efectúa en dos clubes de la primera división. Se trata el Valencia Club de Fútbol S.A.D. y del Levante Club de Fútbol S.A.D. Con este propósito investigador se accedió a las evaluaciones de riesgos laborales (ERL) de ambas sociedades.

Conforme a lo previsto en el artículo 3.1 del R.E 39/1997, de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, la ERL es:

“El proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse.

Cuando de la evaluación realizada resulte necesaria la adopción de medidas preventivas, deberán ponerse claramente de manifiesto las situaciones en que sea necesario:

- a) Eliminar o reducir el riesgo, mediante medidas de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual, o de formación e información a los trabajadores.*
- b) Controlar periódicamente las condiciones, la organización y los métodos de trabajo y el Estado de salud de los trabajadores”.*

A partir de la información inicialmente obtenida por el empresario/club, de las características y complejidad del trabajo a desarrollar, así como del estado de salud de los deportistas, el club debe proceder a la determinación de los elementos peligrosos y a la identificación de los trabajadores expuestos a los mismos, valorando a continuación el riesgo existente en función de criterios objetivos de valoración, según los conocimientos técnicos existentes o consensuados con los trabajadores, de manera que se pueda llegar a una conclusión sobre la necesidad de evitar o de controlar y reducir los riesgos. En las ERL de las entidades deportivas estudiadas se describen hasta 15 factores de riesgo en el futbolista profesional tal y como a continuación se relacionan:

- Caídas de personas a distinto nivel.
- Caídas de personas al mismo nivel.
- Caída por desplome o derrumbe.
- Choque y golpes con objetos inmóviles.
- Choques y golpes con objetos móviles.
- Sobreesfuerzos por posturas inadecuadas o forzadas.
- Condiciones ambientales inadecuadas.
- Contactos eléctricos.
- Factores relativos a emergencias.
- Daños causados por seres vivos.
- Atropellos o golpes con vehículos.
- Carga mental.
- Factores organizacionales y/o psicosociales.
- Otros peligros no especificados.
- Exposición a contaminantes y riesgos biológicos

De los 15 factores de riesgo contenidos en la ERL solo consideraremos 11 de estos, excluyendo los no relacionadas directamente con la actividad deportiva en un sentido estricto; bien por referirse al cumplimiento de las obligaciones de formación a los trabajadores para efectuar la evacuación de centros, bien por tratarse de circunstancias de menor incidencia e importancia como mordeduras de animales o picaduras de insectos para las que se prevé que el club cuente con antisépticos y antihistamínicos; o bien por estar vinculados a las exigencias laborales como la actividad *in itinere*; o de difícil producción, como los contactos eléctricos. Excluidos por tanto los factores antes relacionados se incluyen en el cuadro adjunto el resto de factores, con la indicación de las causas que pueden originarlos, probabilidad de producción y las medidas preventivas propuestas para evitarlos.

Mención aparte merece el factor de riesgo número 14, relativo a “*otros peligros no especificados*”, entre los que se incluye la falta de formación e información,

proponiendo como medida preventiva el que el trabajador reciba la formación específica de los riesgos de su puesto de trabajo, así como de las medidas preventivas, con especial en relación a las nuevas incorporaciones.

CUADRO N°11: EVALUACION DE RIESGOS LABORALES EN EL FUTBOL PROFESIONAL.

DESCRIPCION DEL PUESTO DE TRABAJO DE FUTBOLISTA						
P: Probabilidad: B (bajo) A (alto) // C: Consecuencias: LD (ligeramente dañino) D (dañino) ED (Extremadamente dañino). CV (criterio de valoración: TR (trivial) M (moderado) I (importante), IN (intolerable).						
Nº	Descripción del riesgo	Causas	P	C	CV	Medidas preventivas propuestas
1	Caídas de personas a distinto nivel	Otros	B	D	TO	No subir a sillas, mesas o escaleras defectuosas para alcanzar objetos o una altura. Usar elementos adecuados que cumplan los requisitos de seguridad. No subir a los palos de las porterías
		Por uso de escaleras	B	D	TO	
2	Caída de personas al mismo nivel	Por objetos/ obstáculos en el suelo	M	LD	TO	Depositar el material y la ropa deportiva en los lugares indicados (perchas, baúles, taquillas etc).
		Relativa a métodos de trabajo seguros	M	D	M	Usar calzado adecuado al terreno y superficies (botas de fútbol con tacos, zapatillas de deporte, calzado con suela antideslizante en el vestuario,...)
3	Caída por despome o derrumbe	Relativa a métodos de trabajo seguros	B	ED	M	Realizar revisión periódica de los palos de las porterías
4	Choques y golpes con objetos inmóviles	Relativa a métodos de trabajo seguros	B	ED	M	Alejar las vallas publicitarias del terreno de juego. Acolchar los objetos e instalaciones que no se puedan retirar.
5	Choques y golpes con objetos móviles	Relativa a métodos de trabajo seguros	B	ED	M	Protegerse de los balonazos
6	Sobreesfuerzos por posturas inadecuadas o forzadas	Posturas de trabajo forzadas o inadecuadas	M	D	M	Problemas músculo-esqueléticos Realizar el oportuno calentamiento y estiramiento muscular previo. Hacer uso de las tobilleras, vendajes si procede. Usar espinilleras frontales
7	Condiciones ambientales inadecuadas	Exposición a condiciones climatológicas adversas	B	ED	M	Se recomienda reducir la actividad física en horas de más calor. Mantenerse hidratado. Usar la ropa deportiva adecuada a cada época del año.
12	Carga mental	Falta de formación e información	M	LD	TO	Informar sobre técnicas de relajación para disminuir la ansiedad, estrés y nerviosismo. Mantenimiento de relaciones y vínculos interpersonales adecuados
13	Factores organizacionales y/o psicosociales	Trabajo atención al público	M	LD	TO	Reconocer el comportamiento inaceptable y los primeros signos de agresividad. Aprender a manejar situaciones difíciles
15	Exposición a contaminantes biológicos	Relativa a métodos de trabajo seguros	B	D	TO	Evitar el contacto con sangre. Asistencia médica inmediata.

Fuente: Valencia Club de Fútbol SA.D.

Podemos comprobar cómo entre las medidas de protección descritas para la evitación de los sobreesfuerzos o las posturas inadecuadas o forzadas (factor nº 6), se identifican como medidas preventivas el uso de espinilleras, tobilleras y vendajes. Tales medidas podrían igualmente proponerse frente a choques o golpes contra objetos móviles o inmóviles, entre los que podríamos encontrar otros elementos como los conocidos guantes o manoplas de los porteros. Los elementos de protección individual citados deben cumplir unas características técnicas determinadas y cumplen inicialmente una función muy afín a los denominados “equipos de protección individual” en el trabajo (EPI) propios del entorno laboral al que nos referimos. Esta función protectora de los equipos es la que asimismo estrictamente cumplen elementos similares a los descritos como las protecciones de un portero de hockey, las de un jugador de rugby o las protecciones dentales de boxeadores, así como la de otros profesionales en los deportes de contacto.

Entre las medidas preventivas recomendadas por la FIFA, se encuentra la utilización de lo que denomina *equipo de protección adecuado*. Y que incluye el uso de espinilleras para la protección de la parte inferior de las piernas de posibles fracturas óseas durante el entrenamiento y los partidos; indicando que deben ajustarse a cada persona en largura y en anchura para cubrir por completo toda la superficie. Asimismo y tras una torcedura de tobillo, se indica que es preciso vendar la zona o colocar una tobillera para prevenir una recaída o un empeoramiento. Y en cuanto al equipamiento de los guardametas, señala que debe estar acolchado para proteger caderas, codos y hombros (rodillas durante el entrenamiento), además de llevar los guantes apropiados¹³².

Sin embargo tales protecciones no alcanzan la calificación legal atribuida por el ordenamiento laboral a los EPI y, por ende, no implican la obligatoriedad de documentar su entrega por parte de la entidad deportiva que actúa como empresario, ni la de la formación del trabajador/deportista en su uso adecuado.

El artículo 2 del Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual define los EPI como:

¹³² Fuente: <http://esfifa.com> consultada el 8/03/2015.

“A efectos del presente Real Decreto, se entenderá por «equipo de protección individual», cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

En principio y a la vista de dicha redacción los elementos de protección individual en el fútbol profesional deberían alcanzar la consideración legal de un EPI. No obstante el apartado 2.e) de dicho precepto excluye de la definición contemplada en el apartado 1 a: *“El material de deporte”*.

La interpretación que se ha venido dando tradicionalmente a esta exclusión ha sido la de considerar como “material de deporte” cualquier equipamiento usado para la práctica deportiva, aunque se trate del material o equipación usado por un deportista profesional y aunque dicho uso se produzca como elemento de prevención de lesiones y accidentes, en el marco de una relación jurídico-laboral caracterizada por la dependencia y la ajenidad. A la vista de dicha interpretación muy extendida y consolidada, los equipos y protecciones utilizados por los deportistas profesionales no se consideran EPI y por tanto no rige norma ni especificación técnica alguna para su fabricación, pese a ser utilizadas en el ámbito del deporte profesional. De este modo y a título de ejemplo, para la realización por parte de escaladores de trabajos de limpieza en altura, no está reconocida la homologación como EPI de las cuerdas, los arneses y los conectores utilizados para la escalada deportiva, por considerar justamente que se trata de material deportivo. Tal hecho obligó a una clasificación y homologación como EPI de los equipos utilizados por dichos profesionales y su fabricación bajo las especificaciones técnicas autorizadas por la autoridad laboral conforme a la norma UNE-EN-1891 para cuerdas; UNE-EN 361:2002 y UNE-EN-358:1999 para arneses y UNE-EN-354:2002 para anclajes¹³³.

¹³³ Fuente: NTP 682: Seguridad en trabajos verticales (I): equipos editado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). En: <http://www.insht.es> consultada el 2/02/2015.

El hecho de que el material deportivo utilizado por el deportista profesional para su protección carezca de la calificación legal de EPI, supone excluir el control de su uso por parte de la autoridad laboral. Y tampoco resultarán aplicables los protocolos para su entrega ni la formación para su utilización adecuada, aunque se trate de elementos de uso generalizado cuyas características están perfectamente definidas y resultar obvio que su finalidad es la de proporcionar una protección al profesional del deporte frente a los riesgos objetivos de su actividad, previamente evaluados por un servicio de prevención ajeno a la empresa. En consecuencia su uso no resulta obligatorio salvo que el profesional decida voluntariamente utilizarlos o la disciplina del club así lo disponga.

Las ERL de las entidades deportivas Valencia C.F. y el Levante C.F., identifican los factores de riesgo ambientales (factor nº7) pero no citan las condiciones de la infraestructura o el estado y condiciones que debe tener el terreno de juego, como factores objetivos de riesgo. Y aunque este elemento es tenido en cuenta tanto por las entidades como por los profesionales del deporte, sabedores de la relación directa que tiene respecto de la producción de lesiones, es desconocida por los profesionales y empresas de prevención en la detección de los mismos y su inclusión formal en las ERL.

En cuanto a los factores identificados como “*carga mental*” y “*factores psicosociales*” los clubes con jugadores en primera y segunda división son concedores de que sus plantillas se encuentran sometidas a las presiones propias de una competición del máximo nivel. Las entidades estudiadas han previsto acciones informativas y de aprendizaje para sus profesionales con el fin de combatir estos factores de riesgo. Es habitual que algunas entidades deportivas acometan programas de formación en técnicas de afrontamiento del estrés competitivo, la frustración de expectativas o el autocontrol en situaciones de máxima presión, contando para tal fin con personal en plantilla especialista en psicología del deporte, *coaching* deportivo, o bien a través de otras formaciones específicas. Esto puede deberse a que las empresas deportivas son conscientes de la inequívoca relación que científicamente ha quedado acreditada entre la presión del ambiente, el rendimiento deportivo y la producción de lesiones entre sus deportistas. Resulta habitual que en los organigramas de los clubes profesionales de

fútbol se cuente con los servicios de un psicólogo deportivo o profesionales especializados en la prevención de los riesgos profesionales derivados de la fatiga física y la carga mental. Así en julio de 2004, cuando Jürgen Klinsmann se hizo cargo del entrenamiento de la selección alemana de fútbol, incorporó en plantilla a un psicólogo y a un profesor de yoga, integrando esta disciplina como parte del entrenamiento de sus jugadores y empleando estas técnicas como formación complementaria en el equilibrio psico-físico de sus jugadores.¹³⁴

Sin embargo y pese a la existencia de eficaces mecanismos en la prevención y protección de la salud del deportista profesional durante su vida deportiva útil, cabe objetar una fundada incertidumbre en relación a protección frente a las secuelas y enfermedades profesionales que aparecen tras el abandono deportivo pero que podrían tener su origen en las lesiones de repetición durante la vida deportiva o en la intensidad con que han sido forzados músculos, tendones y articulaciones sin causar un daño inmediato pero almacenando un daño en la memoria corporal que con frecuencia no se manifiesta de una manera inmediata.

En el capítulo II se hizo una referencia a los diagnósticos de *encefalopatía traumática crónica* (ETC), enfermedad que había sido detectada en algunos jugadores de fútbol americano tras una década de haber abandonado el deporte profesional. Parece haberse demostrado la relación directa entre dicho diagnóstico y los traumatismos de repetición a que se ven sometidos dichos profesionales; un diagnóstico que es también común entre boxeadores o jugadores de hockey sobre hielo. Asimismo se citaron casos como *la esclerosis lateral amiotrófica* (ELA) diagnosticada entre jugadores de la liga italiana de fútbol profesional. Y pueden citarse otros muchos ejemplos de enfermedades profesionales cuya aparición se produce tras la conclusión de la vida deportiva y una vez rota la relación jurídica que une al deportista profesional con su club/empresa. Apartado este en el que, evidentemente, debemos hacer exclusión de todas aquellas otras

¹³⁴ Fuente: http://deporteselpais.com/deportes/2012/06/16/eurocopa_futbol/1339871206_322412.html
Consultada el 17/02/2015.

dolencias derivadas de la actividad deportiva profesional asociadas al consumo de sustancias dopantes, con o sin el conocimiento del propio deportista.

En primer lugar cabe señalar que nuestro sistema legal ha fijado a través del instituto de la prescripción un límite temporal de cinco años desde que el deportista cesó en la práctica del deporte profesional para reclamar una incapacidad permanente por la contingencia de accidente de trabajo conforme al artículo 53 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).

En el ámbito del fútbol profesional, al igual que en otros muchos deportes, cabría cuestionarse respecto del ámbito de protección que goza el deportista frente a tales consecuencias perniciosas en su salud y si tales secuelas podrían alcanzar la consideración de accidente deportivo o enfermedad profesional y, por tanto, ser tratadas como tales pese a que en el momento de su diagnóstico el sujeto ya no mantiene ninguna relación laboral activa con una entidad o empresa deportiva, o incluso esté integrado en otro régimen de la Seguridad Social o sometido al ámbito de dirección de otro empresario, en una actividad incluso por completo ajena a la deportiva. La cuestión planteada nos lleva necesariamente a efectuar un análisis del régimen de incapacidad permanente que nuestro sistema legal ha previsto para el futbolista profesional y la verificación de sus requerimientos, con el objeto de comprobar si en los supuestos como el planteado, el futbolista profesional obtendría la debida protección asistencial a sus secuelas deportivas, consideradas como dolencias derivadas de su actividad laboral.

El accidente de trabajo es definido por el artículo 156 de la LGSS que señala: *“se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”*. Asimismo el nº2 del artículo establece los supuestos de se consideran como accidentes de trabajo¹³⁵, de

¹³⁵ Conforme al artículo 156.2 LGSS tendrán la consideración de accidentes de trabajo: a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. b) Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al

entre los que destacamos el previsto en el apartado 2.e) relativo a las “enfermedades profesionales”, estableciendo que las mismas se consideraran accidentes de trabajo: “*Las enfermedades no incluidas en el artículo siguiente que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo*”.

El artículo 157.1 de la LGDD establece el concepto de enfermedad profesional estableciendo:

“Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”. Lo que nos enfrenta a procesos lentos y que aparecen con el paso del tiempo, incluso cuando el deportista ya no se encuentra en activo.

La LGSS establece una presunción de laboralidad respecto de todo accidente que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo; presunción *iuris tantum* que solo podrá destruirse mediante prueba en contrario. Por tanto las pretensiones de los deportistas profesionales afectados por los citados trastornos de salud, secuelas en su mayor parte, como vestigio de una actividad laboral intensa y de gran exposición física, producirán el efecto de incapacidad o invalidez en la medida que sea posible establecer

volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa. d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo. e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

el nexo causal entre la lesión y la relación laboral del deportista profesional, lo cual no siempre resultará fácil. Y ello aunque se pretenda oponer a tal derecho una hipotética imprudencia profesional por parte del deportista, al considerar el apartado 5.a) del artículo 156 que tal imprudencia “*es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira*”. Lo que se produce con cierta frecuencia entre los deportistas profesionales, quienes pueden llegar a efectuar una entrega excesiva, incluso con una exposición imprudente de su integridad, fruto del exceso de celo profesional o del fragor en un determinado lance del juego, sin que tales circunstancias eliminen por sí solas la calificación de un determinado accidente como accidente de trabajo.

La jurisprudencia ha fijado reiteradamente un concepto amplio de lesión deportiva, comprensivo de la enfermedad profesional. Así ante un caso de dolor en rodillas por artrosis femorotibial (desgaste crónico del cartílago de la articulación) con limitaciones en las rodillas y «mínima flexión» que padecía un futbolista profesional, la STSJ Castilla la Mancha de 20/04/1998 (AS 1998/1587) señalaba una jurisprudencia ya consolidada en cuya virtud resulta lo siguiente: “... *dentro del concepto legal de accidente de trabajo que recoge el actual artículo 115.1 de la LGSS, se incluyen por una jurisprudencia ya concluida por su reiteración un concepto amplio de lesión corporal, al declarar que el concepto legal de accidente de trabajo no toma como referencia «un suceso repentino más o menos importante, sino el hecho mismo constitutivo de la lesión» (STS 17 de junio 1903 que recoge la SSTS 19 de febrero de 1990 [RJ 1990/1115] y 25 de septiembre 1991 [RJ 1991/8653]). Y a su vez, del concepto genérico de accidente cabría distinguir tres supuestos: los accidentes en sentidos estricto (lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita y externa), las enfermedades profesionales del artículo 116 de la LGSS y las enfermedades de trabajo, en la terminología empleada por la STS 15 de junio 1992 (RJ 1992/5622) calificando a las enfermedades de trabajo como «esencialmente un accidente de trabajo», en cuanto que participan de todos los elementos definidores de los que parte el artículo 115.1 de*

la LGSS...”. Estableciendo la citada sentencia dichos elementos definidores caracterizados resumidamente por la concurrencia de los siguientes factores:

- a) Una lesión corporal o daño sensorial o corporal que el interesado puede padecer no solo de un modo repentino o violento sino también las dolencias lentas o progresivas, esto es, las enfermedades en un sentido propio.
- b) La presencia de un trabajo realizado por cuenta ajena.
- c) La relación o nexo causal entre el trabajo protegido y la lesión.

Otro elemento esencial a la hora de fijar una calificación de invalidez derivada de lesión deportiva es el de la determinación inicial del hecho causante, por sus repercusiones en las prestaciones derivadas de las mejoras voluntarias pactadas en el convenio colectivo o la revalorización de las mismas. En este sentido BASAULI HERRERO efectúa un recorrido analítico por la jurisprudencia, señalando que la regla general parte de considerar el hecho causante a partir del dictamen emitido por la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI), e invirtiendo la prueba en el deportista quien debe acreditar el momento de causación de la lesión, tanto para la fijación del hecho causante de las prestaciones básicas del sistema de la Seguridad Social como para las mejoras voluntarias. Pueden así plantarse supuestos en los que el deportista profesional ya no pertenezca a la plantilla de la sociedad deportiva en la que ha cesado y que difícilmente pueda ostentar título alguno para causar derecho a la mejora del sistema de la Seguridad Social, al haber quedado fuera del ámbito de protección del convenio colectivo regulador de las condiciones laborales de los deportistas profesionales. Pero la propia jurisprudencia sienta supuestos de excepción a la regla general de modo que pueda apreciarse como fecha del hecho causante (valoración por la UVMI) una anterior, si se acredita que las dolencias o padecimientos tenían ya el carácter de definitivos e invalidantes e irreversibles. Una parte de la doctrina encabezada por AGUSTÍ JULIA coincide en ese argumento en cuya virtud: “...el propio TS ha establecido que si bien la regla general es que la producción del

hecho causante de Invalidez Permanente se identifica con la fecha del dictamen de la UVMI, ello no es aplicable cuando las limitaciones orgánico-funcionales que padece el trabajador han quedado fijadas con anterioridad a aquella fecha con el carácter de irreversibles y dotadas de efectos invalidantes» (AGUSTÍ JULIÁ, 1994:21 y sigs)¹³⁶.

En cuanto a los posibles grados de invalidez o incapacidad del deportista profesional, el artículo 194 LGSS establece los siguientes:

- a) *Incapacidad permanente parcial*¹³⁷.
- b) *Incapacidad permanente total*.
- c) *Incapacidad permanente absoluta*.
- d) *Gran invalidez*.

Según señala ROQUETA “*para el TS, lo decisivo para la determinación de una invalidez permanente y del grado correspondiente no es la mera descripción objetiva de las secuelas, sino el déficit orgánico y funcional que provocan y en definitiva su incidencia en la capacidad laboral del trabajador*” (ROQUETA BUJ. 2000:24).

En la actual regulación de la incapacidad permanente, su calificación se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad para el trabajo que se establezca reglamentariamente. Y para la determinación del grado se considerará la profesión o el grupo profesional ejercido antes de la producción del hecho causante de la

¹³⁶ Tal supuesto es planteado por la STSJ de Cataluña de 19/10/1998 (AS 1998/6973) en el caso de un jugador cuyo cese en el C.F. Barcelona se produjo con carácter anterior al hecho causante, señalando que: “... *ninguna responsabilidad puede serle imputada al demandado (F.C. Barcelona), cuando es así que el hecho causante de la pretendida mejora voluntaria sobreviene con posterioridad a su desvinculación laboral, y tras mediar un intervalo en el que tal situación de incapacidad de trabajo previsiblemente irreversible, no concurría...*”. Aludiendo la citada ST a la posibilidad de haber considerado la producción del hecho causante en fecha anterior si, como establece una jurisprudencia consolidada que cita, “*las limitaciones orgánico-funcionales que padece el trabajador han quedado fijadas con anterioridad a aquella... con el carácter de irreversibles y dotadas de efectos invalidantes*”.

¹³⁷ El apartado 2 de dicho precepto considera que se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo, “la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, aquélla a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad, que reglamentariamente se determine”.

incapacidad permanente.

El tratamiento adecuado para todas las posibles situaciones de incapacidad dependerá, en buena parte, de la correcta canalización por parte del trabajador de la incapacidad instada como accidente de trabajo y no como enfermedad común. Cuestión esta que es especialmente relevante en relación a la obtención de una protección adecuada en el supuesto de las secuelas tal y como inicialmente se expuso.

Resulta evidente que la plena capacidad para la profesión del futbolista profesional, tiene una fecha a término que viene dada por la edad. Por lo que instar una incapacidad permanente como consecuencia de las citadas secuelas una vez alcanzada una edad en la que las condiciones físicas para la práctica profesional del fútbol habrían finalizado, podría ser discutida y presentar complicaciones. Siendo este precisamente el supuesto de hecho que tuvo ocasión de fallar el Tribunal Superior de Justicia de Castilla la Mancha en la sentencia de fecha 9 de noviembre de 2011, ante la solicitud de incapacidad permanente y total para la profesión habitual derivada de enfermedad común de un portero fútbol de 37 años. Y resolviendo que el jugador no se encontraba ante situaciones invalidantes, derivadas de una enfermedad común tal como solicitaba; pues a juicio del TSJ no es lo mismo que la lesión acontezca cuando se está en activo y de ello se derive una incapacidad para el fútbol profesional, a que se trate de lesiones que se han ido acumulando a lo largo de la vida deportiva y pese a todo no han impedido mantenerse en activo, siendo en una edad avanzada cuando el deportista alega el agravamiento de los padecimientos que no le permiten la práctica deportiva profesional. Entiende el TSJ que el impedimento de la práctica deportiva no lo es tanto por los padecimientos físicos sino por la edad, considerando que está ante un supuesto de lesiones crónicas que se remontan a años anteriores. Y es cuando el futbolista ya no se encuentra en plenitud de sus facultades físicas cuando inicia el proceso de incapacidad sin ni siquiera estar en activo, tras un proceso de IT que se produce seis meses después de su baja en seguridad social, sin tampoco acreditar el agravamiento de las lesiones¹³⁸.

¹³⁸ PAGÁN analiza la citada sentencia señalando lo contradictorio con otras sentencias de los TSJ existentes en esta materia y recordando que no existe ninguna norma que pueda limitar las prestaciones

La protección sanitaria del futbolista profesional se completa con un sistema de previsión social ante determinadas circunstancias de pérdida de salud, incluso el fallecimiento, mejorado a través del convenio colectivo que establece un plus al sistema y a las condiciones generales del mismo. El convenio colectivo para la actividad del fútbol profesional, (aprobado mediante Resolución de 25/09/2014 de la Dirección General de Empleo, BOE número 245 de 9/10/2014 y vigente hasta el 30/06/2016), prevé en su artículo 34 una serie de mejoras consistentes en indemnizaciones por razón de fallecimiento o lesiones invalidantes para cualquier actividad laboral, para el futbolista profesional o sus herederos, cuando sean consecuencia directa de la práctica del fútbol bajo la disciplina del Club/SAD y sin perjuicio de otras indemnizaciones a que tuviera derecho. Por otro lado el artículo 33 garantiza que el club completará al deportista la prestación de la Seguridad Social o Mutua Patronal hasta alcanzar el 100% de sus retribuciones y manteniendo esta situación hasta su alta efectiva o la finalización del contrato. Mejoras que se extienden a otras condiciones laborales como jornada, descansos, limitación horaria en las concentraciones o días de vacaciones, cuya regulación mejorada redundará en general en beneficio de la salud del deportista.

No obstante la asistencia médico quirúrgica y asistencial, inclusive de las secuelas derivadas de accidente, ha sido objeto de protección mutualizando el referido riesgo mediante la “Mutualidad de Futbolistas Españoles a Prima Fija” que establece entre sus prestaciones, como luego más tarde analizaremos, para todos los deportistas federados que se mutualicen, la prestación de indemnización como consecuencia de las secuelas derivadas de las lesiones producidas en la práctica deportiva.

Cabe señalar que existe una completa regulación de otras contingencias de previsión social considerando las características del colectivo afectado: el hecho de tener una trayectoria profesional que puede ser muy corta y que en la mayoría de los casos no

en función de la edad del causante. Citando casos de porteros de fútbol profesionales en activo con edades avanzadas, como Dino Zoff que con 40 años ganó el mundial de España, Edwin Van der Sar, con 40 años o Cesar el ex del real Madrid con 39. Y, de otro lado, que la reclamación debió cursarse como accidente de trabajo cuando este ocurrió en cualquiera de sus múltiples percances y aunque dicha tramitación se hubiera producido en el ocaso de la carrera profesional (PAGAN MARTIN-PORTUGUES, 2012).

llegaba al mínimo de dos años para tener derecho a una pensión de la Seguridad Social y otras contingencias. Por lo que a iniciativa del CSD y como consecuencia de las constantes reclamaciones de los profesionales afectados se instó al gobierno a una adecuación de los sistemas de previsión social complementarios para los deportistas profesionales incluidos en el ámbito de aplicación del RD 1006/1985 y RD 1467/1997, sobre deportistas de alto nivel. En su virtud, la Ley 6/2000, de 13 de diciembre, por la que se aprueban las medidas fiscales urgentes de estímulo al ahorro familiar y la pequeña y mediana empresa, reguló las posibles aportaciones y contingencias que podían ser efectuadas y cubiertas por la Mutualidad de Deportistas Profesionales. Entre las contingencias protegidas se encuentran las de: *“Incapacidad laboral total y permanente para la profesión habitual o absoluta y permanente para todo trabajo y la gran invalidez, determinadas conforme al régimen de la Seguridad Social”* (conforme al artículo 8.6.b) de la Ley 8/1987 de 8 de junio de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones).

En este entorno legal se funda en el año 2000 la Mutualidad de Deportistas Profesionales. Las entidades protectoras de esta mutualidad de previsión social son varias asociaciones entre las que se encuentra la Asociación de Futbolistas Españoles y pudiendo ser mutualistas los deportistas profesionales o deportistas de alto nivel (DAN), incluso después de retirados.¹³⁹ La Entidad cuenta con un solo producto, el “Plan de Ahorro y Previsión Mutuo” (DEPORPLAN) basado en el tratamiento fiscal específico de las aportaciones de los deportistas y ex deportistas profesionales a esta mutualidad. El artículo 10 de sus estatutos señala que la mutualidad podrá cubrir en la previsión de riesgos sobre las personas las contingencias de muerte, viudedad, orfandad, invalidez y jubilación, así como otorgar prestaciones por razón de matrimonio, maternidad, hijos y defunción; y proporcionar a sus mutualistas coberturas complementarias a las del sistema público de la Seguridad Social.

Aunque los controles de seguridad y salud en el deporte profesional son máximos y estén perfectamente definidas las acciones en materia de prevención, protección y

¹³⁹ Son entidades protectoras: la Asociación de Atletas del Equipo Nacional de Atletismo, la Asociación de Baloncestistas Profesionales, la Asociación de Ciclistas Profesionales, la Asociación de Futbolistas Españoles, la Asociación de Jugadores de Balonmano, la Asociación de Jugadores de Fútbol Sala y la Asociación de Pelotaris Profesionales de Mano.

fomento de la salud, se observa un cierto déficit de cumplimiento de la normativa laboral en materia de prevención de riesgos. La evaluación de riesgos del deportista profesional (véase la del futbolista profesional analizada) suele estar singularizada en atención a la modalidad deportiva realizada con determinación del puesto efectivamente ocupado, e incluso las reglamentaciones y recomendaciones de las entidades deportivas se orientan a la protección de su salud e integridad. El relativo incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales en este ámbito, podemos calificarlo como no trascendente, incluso inocuo; pues el propio sistema les protege e impide que los posibles incumplimientos sean causa eficiente de un daño efectivo. Así el inadecuado diseño de una evaluación individualizada de riesgos mediante una exclusión del material deportivo como EPI, la omisión en las ERL de los riesgos objetivos de los terrenos de juego, o la insuficiente formación preventiva a los trabajadores, difícilmente llegarán a causar efectos perjudiciales directos sobre la salud del deportista profesional puesto que en la práctica tales omisiones suelen ser corregidas o compensadas por la propia entidad deportiva, al interponer medidas correctoras y de protección que incluso no están siquiera previstas en la propia ERL. Así ocurre con el material deportivo de protección, la adecuada iluminación de campos y condiciones del terreno juego y su correcto mantenimiento, o las acciones específicas en la prevención de los riesgos exógenos mediante recursos de apoyo psicológico y una formación adecuada, o mediante acciones de protección social previstas en el convenio colectivo que vienen a reforzar los aspectos preventivos de la salud mediante un régimen de horarios, descansos y vacaciones adecuadamente pactado.

En resumen se han analizado los aspectos preventivos, protectores y promocionales de la salud del deportista profesional arrojando los siguientes resultados:

- a) A la vista del sistema preventivo de la salud del futbolista profesional, no es de extrañar que las entidades deportivas analizadas no consideren que sus futbolistas constituyan un colectivo amenazado por factores de riesgo y para los cuales la formación en prevención de riesgos deba ser una prioridad. Pese a que constituye una

obligación legal del empresario/club, proporcionar y acreditar haber impartido dicha formación, esta suele obviarse y aceptarse sin más como “no impartida”. Lo cual implica la comisión objetiva de una infracción de naturaleza grave, prevista y tipificada en el artículo 12.8 del Real Decreto Legislativo 5/2000, 4 agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social que, a propuesta de la inspección de Trabajo y Seguridad Social, pueden llevar aparejada una sanción de hasta 6250€ en su grado máximo (artículo 40.c del referido RDL). Circunstancia pese a la cual las acciones formativas en materia preventiva se dirigen a otros colectivos de trabajadores de la entidad como electricistas, personal de mantenimiento, taquilleros o personal de limpieza, a los que paradójicamente sí se considera como “*grupos de riesgo*”.

Siguiendo el informe publicado en 2008 por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales FREMAP a petición de la Liga de Fútbol Profesional (LFP) y los sindicatos, se detectó que entre los diferentes puestos de trabajo de un club de fútbol profesional, el porcentaje correspondiente a jugadores y técnicos deportivos era del 3%. Los principales riesgos examinados no se producían precisamente entre el colectivo de los jugadores profesionales, sino en el colectivo del personal de mantenimiento de césped que representaba el 7’1% de las plantillas (con riesgo de lesiones musculoesqueléticas, exposición a productos químicos y golpes), el personal de limpieza representativo del 16’6% (sometido a riesgo de productos químicos y sobre-esfuerzos) y el personal del control de accesos que supone un 50’9% de la plantilla (sujeto a riesgos de golpes, caídas y caídas de objetos).

- b) En cuanto a los aspectos protectores de la salud el jugador de fútbol profesional cuenta con el más alto nivel de protección posible. De un lado y por imperativo legal, las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social (MCSS) ofrecen al trabajador las coberturas propias del accidente de trabajo y la enfermedad profesional¹⁴⁰. A dicha

¹⁴⁰ Las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social desarrollan una actividad asistencial en colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social conforme al artículo 80.2 LGSS gestionando, entre otras prestaciones, los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y la incapacidad temporal

cobertura legal se suma la existencia de una vigilancia de la salud periódica, efectuada por los servicios de prevención ajenos (SPA), que también resulta legalmente exigible. Pero las entidades suelen contar en su organigrama y plantilla con un servicio médico propio y personal sanitario cualificado. A lo que cabe añadir los servicios médicos correspondientes a los seguros privados que, en la mayor parte de los casos, la propia entidad tiene contratados para atender los casos accidentes y lesiones más graves. Asimismo la mutualidad de deportistas profesionales ofrece una serie de prestaciones frente a contingencias a las que este colectivo es especialmente vulnerable, como la protección frente a los accidentes laborales que pueden ser determinantes de su incapacidad permanente o absoluta.

- c) En cuanto a los aspectos promocionales de la salud, el futbolista profesional se encuentra arropado por un sistema ultra-protector de su salud que integra a la actividad física como parte de la prevención y la rehabilitación de un modo natural. Los facultativos y profesionales en ciencias de la salud y la actividad física se encuentran involucrados en una estrategia continuada y activa de la empresa que busca la promoción de la salud de las plantillas, de tal modo que la AFD se integra en las planificaciones o programas tanto de entrenamiento como de recuperación y rehabilitación, cubriendo tanto el campo de las lesiones como el del esfuerzo, propio de la actividad ordinaria.
- d) Por lo que respecta al apoyo que esta manifestación deportiva profesional ha merecido por parte de los poderes públicos, podemos informar que ha sido muy intensa. No solo por la acción directa promocional de esta concreta modalidad deportiva, con independencia de los múltiples factores de riesgo que esta soporta, tanto intrínsecos como extrínsecos, sino por la acción indirecta ejercida por los poderes públicos. Según MONTALVO *“La deuda de los clubes de fútbol de 1ª división en la temporada 2011-2012, ascendían a 3.300 millones de euros, siendo la*

de los trabajadores. Conocidas antiguamente como MAYTEPs o *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales* y cuya denominación actual se debe a la aplicación de la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modificó el régimen de estas entidades. Denominación que se ha consolidado en la nueva LGSS (RD-Leg 8/2015).

mayor cifra alcanzada por la Liga de Fútbol profesional desde su creación en 1985; habiendo contado con dos planes de saneamiento, donde el Estado ha corrido con el mayor porcentaje de esta deuda” panorama que, según el referido autor cuenta “con el agravante en algunos casos de la complicidad no pactada pero si consentida de las Administraciones locales y autonómicas que aportan recursos públicos económicos, equipamientos y suelo” (MONTALVO DE LAMO, 2014:25).

En definitiva el deportista profesional se convierte para sus respectivas empresas/entidades en la “materia prima” cuya condición física y mental debe ser cuidada al máximo, pues de tal circunstancia dependerá la obtención del mejor resultado y la máxima calidad en el rendimiento posible, de la que a su vez dependerá el éxito del “producto”. A diferencia de otros sectores productivos o de servicios, en los que el trabajador ocupa mayoritariamente puestos y efectúa cometidos no singularizados, estos profesionales encarnan un *intuitu personae* que en muchas ocasiones les convierte en poseedores de características o competencias únicas, cuya preservación dependerá de una adecuada política empresarial de promoción de su salud. Como consecuencia de tal planteamiento el derecho a la salud en el deportista profesional alcanza, paradójicamente, su máxima satisfacción pese a tratarse objetivamente de una actividad en la que concurren los más intensos factores objetivos del riesgo. Y como ha quedado expuesto un posible déficit en el cumplimiento formal de los aspectos preventivos del futbolista profesional carecería de efectos perjudiciales para su salud por las características específicas de su actividad y por la concurrencia del interés empresarial en prevenir y proteger todos los riesgos, completando las deficiencias de su propio sistema preventivo mediante acciones particulares que aseguran la salud del deportista, especialmente cuando se trata de modalidades deportivas en las que la actividad cursa como espectáculo competitivo con la concurrencia de múltiples intereses económicos.

2.2. El tratamiento del derecho a la salud en el fútbol amateur federado.

La primera consecuencia en la práctica del deporte no profesional es la desaparición del sistema legal preventivo propio de los deportistas que mantienen una relación

jurídico-laboral con su club/empresa. Pese a que el deportista amateur desarrolla la misma actividad que el deportista profesional y se encuentra sometido a los mismos factores de riesgo objetivo al ser estos de una intensidad similar a los del deportista profesional - salvo los riesgos objetivos derivados de la presión mediática – los aspectos de prevención/protección de su seguridad y salud se encuentran sometidos a un sistema que le proporciona diferentes garantías a los del deportista profesional.

El cambio en la relación de sujeción supondrá la eliminación de la relación laboral y su sustitución por una relación deportiva, sustentada en la voluntariedad y no en la sujeción empresarial, determinada por la licencia o ficha federativa en cuyo contenido no están previstas acciones en materia de prevención de riesgos, salvo su prestación voluntaria por parte de la entidad. Algo que en la práctica no se produce.

La eliminación del nivel preventivo propio del deporte profesional ha pretendido tener una cierta continuidad en el deporte federado amateur mediante acciones específicas como los reconocimientos médicos previos a la actividad. Acción cuyo diseño general está pendiente de un desarrollo reglamentario específico. Pero que en el caso del fútbol podría tener también una implementación adecuada a través de las federaciones territoriales y por previsión específica de su mutualidad deportiva.

La segunda consecuencia para el tratamiento del derecho a la salud del futbolista federado no profesional, será la inexistencia de una entidad colaboradora de la seguridad social, especializada en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con las lesiones en el fútbol, pues como veremos más adelante las acciones se circunscribirán al accidente deportivo. La existencia de las Mutuas (MCSS) dejará paso a un seguro privado que en el caso del fútbol viene de la mano de una entidad mutual de futbolistas federados. Esta mutualidad tiene una función similar, exclusivamente protectora de la salud, esto es, especializada en el tratamiento médico-asistencial del accidente deportivo pero una vez producido este.

La diferencia práctica más notable entre el servicio médico prestado a un deportista federado amateur por un seguro médico federativo y el prestado por una MCSS al deportista profesional, se produce a partir de la naturaleza del paciente. La condición del deportista determina la intensidad en los medios y procedimientos no solo de las acciones preventivas, sino también de la acción protectora. Para una entidad colaboradora de la Seguridad Social el paciente es un trabajador por cuenta ajena cuya condición especial es ser un profesional cuyo trabajo es el deporte. La MCSS desplegará todos los medios asistenciales disponibles para acortar su periodo de inactividad laboral del profesional, procurando su re-incorporación inmediata al trabajo. La demora en producirse una reincorporación derivada de accidente puede ser costosa para la MCSS a cuyo cargo correrá el pago delegado a partir del primer día 1º en caso de accidente laboral y del 16º día en caso de baja laboral por enfermedad común. También será costosa para el deportista profesional cuya cotización en el mercado puede resentirse. E igualmente será costosa para la entidad deportiva contratante, por la depreciación del jugador en cuanto que activo mercantil y la posible disminución de rendimientos deportivos o de resultados que inevitablemente irán aparejados a su inactividad. Sin embargo para una aseguradora privada o una mutualidad deportiva el paciente es un deportista aficionado, cuya pérdida de salud afecta exclusivamente al propio interesado y, a excepción de la minoración de expectativas deportivas del club, tiene escasas repercusiones económicas en un escenario deportivo que solo está incipientemente mercantilizado.

No obstante aunque pueda existir un interés similar en estos dos ámbitos diferenciados, profesional y amateur, en conseguir la más rápida sanación del afectado recuperando su capacidad de rendimiento deportivo, en el caso del deportista profesional existirán múltiples intereses concurrentes para que el tratamiento sea el más eficaz posible, acudiendo incluso a otros medios asistenciales que permitan acelerar el proceso de sanación y con ello su recuperación para la competición. Y aunque en el deporte aficionado se pretenden alcanzar coberturas asistenciales semejantes a los ofrecidos en el deporte profesional, el régimen legal no ofrece la misma garantía ni

protección. Así, la licencia federativa lleva aparejada un seguro médico que proporcionará teóricamente una asistencia médica especializada en el deporte y por tanto dirigida a proporcionar una rápida recuperación. Pero cuando esto no se produzca en el tiempo deseado, cuando los tiempos de espera sean largos, o los tratamientos no sean tan eficaces que permitan la recuperación en el tiempo previsto, solo en el caso de que el club o el deportista se lo puedan permitir y solo cuando el valor deportivo del lesionado-a lo valgan, se acudirá a otros tratamientos asistenciales, voluntarios y alternativos a dicho seguro obligatorio.

La configuración legal del seguro obligatorio vinculado a la licencia deportiva, como analizamos en el capítulo III, es un imperativo del artículo 59 de la Ley 10/1990 que establece: *«Con independencia de otros aseguramientos especiales que puedan establecerse, todos los deportistas federados que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal deberán estar en posesión de un seguro obligatorio que cubra los riesgos para la salud derivados de la práctica de la modalidad deportiva correspondiente»*.

Como hemos tenido ocasión de examinar en el apartado anterior, todas las legislaciones autonómicas reproducen dicho precepto estableciendo una obligación similar para el deportista federado autonómico. Tal aseguramiento alcanza las coberturas protectoras de los riesgos para la salud establecidas en el artículo 2 del RD 849/1993, en el que se indica que tales seguros: *“cubrirán, en el ámbito de protección de los riesgos para la salud, los que sean derivados de la práctica deportiva en que el deportista asegurado esté federado, incluido el entrenamiento para la misma...”*; estableciéndose en anexo a dicha norma la cartera de servicios incluidos cuya cobertura supera la establecida por la Seguridad Social a cualquier ciudadano, no solo por establecer un régimen de indemnizaciones por fallecimiento, o el 70% del gasto en material ortopédico, sino por incluir prestaciones sanitarias excluidas históricamente de la cartera de los servicios comunes de la Seguridad Social, como los gastos por odontoestomatología.

El aseguramiento exigido para la práctica del deporte federado precisa garantizar los riesgos de salud mediante la contratación de una póliza privada de seguro médico con

los contenidos y coberturas establecidos en el RD 849/1993; bien mediante un contrato de seguro, bien proporcionando esta garantía mutualizando dichos riesgos entre el colectivo afectado. Tal y como ha ocurrido en el fútbol, mediante la constitución entre los deportistas de su propia mutualidad aseguradora de riesgos.

El artículo 64 del RDL 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y supervisión de los seguros privados (que sustituye a la anterior Ley 30/1995) establece que *“Las mutualidades de previsión social son entidades aseguradoras que ejercen una modalidad aseguradora de carácter voluntario complementaria al sistema de Seguridad Social obligatoria, mediante aportaciones a prima fija o variable de los mutualistas, personas físicas o jurídicas, o de otras entidades o personas protectoras”*. En cuanto al ámbito de sus coberturas las mutualidades pueden cubrir las contingencias por riesgo de muerte, viudedad, orfandad, jubilación, y dependencia y garantizarán prestaciones económicas en forma de capital o renta. Asimismo, el artículo 65.1 establece, entre otras, que *“podrán realizar operaciones de seguro de accidentes e invalidez para el trabajo, enfermedad...”*. Y el orden jurisdiccional social será el competente para conocer de las cuestiones litigiosas que surjan entre los asociados y las mutualidades, por disposición del artículo 2.r) de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, Reguladora de la Jurisdicción social.

En el caso del fútbol amateur la acción protectora de salud se realiza a través de la ya citada Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, creada en 1948. Se trata de una entidad privada sin ánimo de lucro cuyo objeto es la cobertura sanitaria de sus socios, mutualistas beneficiarios federados por los riesgos en que puedan incurrir durante la práctica del fútbol¹⁴¹. En cualquier caso será obligatoria la exigencia del “certificado médico deportivo”, por parte de las federaciones territoriales correspondientes, para acceder a la condición de jugador federado y de mutualista. Certificado que podrá ser expedido por los centros médicos acreditados a este

¹⁴¹ Fuente: <http://www.rfef.es/area-medica/mutualidad>. consultada el 8/03/2015.

efecto por las autoridades sanitarias de cada autonomía o por los servicios médicos de las delegaciones territoriales que dispongan de este servicio.

La condición de mutualista se adquiere por aceptación de las condiciones establecidas en el boletín de afiliación-cotización y los riesgos son cubiertos mediante la aportación de la correspondiente cuota en cada temporada y cubre las siguientes prestaciones:

1. Reconocimientos sanitarios preventivos, cuya financiación e implementación será optativa a aquellas Delegaciones Territoriales que dispongan de dicho servicio médico.
2. Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica en hospitalización y rehabilitación a mutualistas lesionados en la práctica deportiva.
3. Indemnización de las secuelas derivadas de las lesiones producidas en la práctica deportiva. Siendo la concesión de estas prestaciones, es competencia exclusiva del Consejo de Administración, quién determinará la cuantía para cada clase y momento, previo informe de la Jefatura Nacional de los Servicios Médicos.

El aseguramiento realizado por las federaciones españolas o las territoriales (autonómicas) en ellas integradas, en todo caso deben garantizar la protección frente a los riesgos derivados de la competición oficial, incluido el entrenamiento para la misma, en los términos de los artículos 100, 105 y 106 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro. Las entidades federativas expedirán al deportista federado junto a la licencia, un certificado individual de seguro que como mínimo contendrá las menciones a entidad aseguradora, al asegurado y beneficiario, así como a los riesgos incluidos y excluidos y prestaciones garantizadas. Asimismo deberá facilitar al deportista que lo solicite una copia íntegra de la póliza de seguro contratada. De este modo, en cada temporada, las citadas federaciones remitirán al CSD para su conocimiento y a los efectos oportunos, la relación de pólizas que hubieren contratado con copia de las condiciones de la misma,

en las que se determinarán las coberturas y prestaciones garantizadas. Y se autoriza al Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda, para la modificación de los tipos de prestaciones, cuantías indemnizatorias y plazos, cuando así como exija la variación de las especificaciones técnicas que las mismas contienen.

Sin embargo y pese a que este régimen de coberturas protectoras presupone que incluye la totalidad los riesgos de salud derivados de la práctica deportiva, la redacción del número 1º del anexo del RD849/1993, al identificar como prestación mínima la “*asistencia médico quirúrgica y sanatorial en accidentes*”, hará posible una interpretación restringida muy extendida, en cuya virtud solo se cubrirán los accidentes deportivos quedando fuera de cobertura todo tipo de lesiones que no se deriven de un accidente concreto y puntualmente declarado como la causa directa y exclusiva de una lesión.

Se considera comúnmente accidente deportivo a toda acción violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, durante la competición deportiva y de la que se derive un daño corporal. Tal definición que habitualmente aparece reproducida en las pólizas de seguro, excluirá necesariamente las lesiones producidas por accidentes de baja intensidad no declarados, pero cuya repetición puedan manifestar en el deportista un perjuicio a su salud que, en ocasiones, puede llegar a ser más grave que los accidentes aislados que han actuado como su causa eficiente.

Las patologías más frecuentes en el fútbol están asociadas a lesiones ligamentosas, alcanzando el 40% las de carácter muscular¹⁴². Patologías como las tendinopatías, en especial las de rodilla y la osteopatía de pubis (de especial incidencia entre futbolistas), patologías de cadera o de los miembros inferiores, rodilla y tobillos que pueden quedar sin la protección sanitaria que formalmente establece el artículo 2 del RD 849/1993 cuya redacción establece un régimen protector para todos los riesgos de la salud derivados de la práctica deportiva, en consonancia con la protección prevista

¹⁴² Fuente: <http://www.rfef.es> consultada el 8/03/2015.

en el artículo 59 de la Ley 10/1990 que prevé para el seguro obligatorio la cobertura de: “riesgos para la salud derivados de la práctica de la modalidad deportiva correspondiente”. Por lo que conforme a una interpretación rigorista y en aplicación del principio de jerarquía normativa, no sería posible una interpretación restrictiva del anexo del Real Decreto 849/1993 en contra de las previsiones de la Ley que desarrolla. Y por tanto excluyendo la posibilidad de que se interprete que una lesión deportiva no entraña un riesgo para la salud derivado de la práctica de la modalidad correspondiente. Tales lesiones son dolencias de arrastre, fruto de la repetición, la sobrecarga o el sobreesfuerzo que no siempre derivan en la rotura ósea o ligamentosa en un lance del juego, por lo que no han sido susceptibles de generar un accidente deportivo en sentido estricto, entendido como acaecimiento súbito y violento durante la competición, pero que sin embargo pueden incapacitar total o parcialmente al deportista para la continuidad de su práctica.

En el ámbito del deporte federado, la redacción de muchas pólizas y la subsiguiente interpretación que efectúan las compañías aseguradoras de su propio producto, hará imposible la protección de las lesiones. En muchos casos las pólizas de seguro del deportista federado, excluyen de un modo totalmente explícito la lesión deportiva¹⁴³. Y esto pese a que las pólizas de accidente deportivo tienen como denominador común las coberturas previstas en el Real Decreto citado, suele ser habitual la referencia exclusiva al accidente deportivo y por tanto, la exclusión de la lesión.

El alcance y aplicación práctica del concepto de lesión es diferente en los ámbitos del deporte profesional y el amateur. En el primero de estos ámbitos el escenario de la profesionalidad presupone la aplicación del ordenamiento laboral en el que rige una

¹⁴³ A título de ejemplo y por ser muy explícita su redacción a este respecto, reproducimos el artículo 2 de la póliza de la Federación Española de Orientación que establece como objeto del seguro: “Los accidentes derivados de la práctica deportiva en que el deportista asegurado esté federado, en los términos previstos por el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determina las Prestaciones Mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo. En este sentido, **no son objeto del seguro las lesiones deportivas, sino los accidentes derivados de la práctica deportiva.** El fraude que se pudiera derivar de aquellas prestaciones sanitarias que reciba un asegurado por lesiones no producidas durante la práctica deportiva del deporte especificado en Condiciones Particulares, serán abonadas por el asegurado y no con cargo a la presente Póliza ni al Tomador de la misma”. Fuente: <http://www.fedo.org> consultada el 6/03/2015.

concepción doctrinal amplia del concepto de lesión; así autores como BLASCO LAHOZ, LOPEZ GANDIA y MONPARLER CARRASCO, (2003:242) consideran que: «es lesión el daño corporal procedente de heridas, golpe o enfermedad, sea físico o psíquico. Este concepto amplio incluye tanto las patologías producidas por lesiones mecánicas o físicas externas, como de agresión interna (enfermedades cardiovasculares) ya se produzcan de manera súbita o sean de desarrollo lento o gradual». Y en este mismo sentido también la jurisprudencia recuerda cómo en el concepto de lesión se comprende tanto la sufrida de manera violenta y repentina como la insidiosa y sin manifestación externa notoria, incluido el trastorno fisiológico y funcional. La STS de 17 de junio de 1903 dejó resuelta la cuestión de que la palabra lesión comprendía tanto la sufrida de forma violenta y repentina como la insidiosa y lenta, la manifestada externamente, como la dolencia sin manifestación externa notoria y, por supuesto, el trastorno fisiológico o funcional que unido a un suceso desencadenante origina la lesión corporal. Puede ser un suceso desencadenante “*la atención, esfuerzo o prisa*” que el ejercicio laboral exija o “*una situación de ansiedad y preocupación*” (TS de 10 de noviembre de 1981; RJ 1981-4396). Criterio que el TS reitera en ocasiones posteriores con expresiones como “*cualquier menoscabo físico o fisiológico que incida en el desarrollo funcional*” (STS de 27 de febrero de 1992) o “*suceso imprevisto y desgraciado del que resulta un daño*” (STS de 2 de junio de 1994; RJ 1994-5400) o bien “*determinadas enfermedades cuando se dan mediante manifestación ostensible*” (STS de 8 de abril de 1987).

Pero en el deporte amateur los conceptos de lesión y accidente parecen tomar caminos diferentes impidiéndose de hecho las coberturas de la lesión en el aseguramiento deportivo, por lo que muchas lesiones son informadas a las aseguradoras como accidente dando así lugar a actuaciones forzadas que ponen innecesariamente en riesgo la veracidad de los partes de accidente, buscando una protección asistencial que de otro modo no sería posible obtener.

Como vimos en el apartado anterior, en el fútbol profesional las lesiones tienen su adecuado tratamiento bien a través de la figura del accidente laboral o bien a través de la enfermedad profesional, incluso en el caso de que la lesión pudiera llegar a inhabilitar al deportista para la continuidad en la práctica. Sin embargo en el fútbol federado

aficionado y salvo que se acredite mediante prueba irrefutable la existencia de un nexo causal entre la lesión y la actividad deportiva, buena parte del régimen protector puede quedar excluido al excluirse la protección de las lesiones que, en la mayoría de los casos, no son sino accidentes de repetición no declarados por no existir un resultado lesivo inmediato y visible sobre la salud del futbolista amateur y cuyo tratamiento, salvo otros aseguramientos privados, se derivarán como una contingencia común a la seguridad social que, siendo conocedora del origen deportivo de tales lesiones, podría proceder legítimamente a su facturación. Situación esta que resulta extrapolable a otras modalidades deportivas en las que se reproduce este mismo patrón de coberturas y exclusiones.

2.3. El tratamiento del derecho a la salud en el fútbol organizado no federado.

Uno de los reductos más comunes de práctica deportiva organizada y no federada es la correspondiente a los sectores escolar, universitario y municipal. La práctica deportiva en el primero de estos ámbitos cuenta con las coberturas específicas del denominado seguro escolar regulado por Ley de 17 de junio de 1953 y mediante la Orden Ministerial de 11 de agosto de 1953 por la que se aprueban los Estatutos de la Mutualidad del Seguro Escolar. La práctica del fútbol en este medio cubre por tanto a todos los estudiantes españoles – extensible a extranjeros residentes en España - que cursen estudios de grado medio y superior, de hasta 28 años de edad y que están cubiertos por un seguro obligatorio que cubre cualquier lesión o accidente, inclusive los deportivos, siempre que las actividades que hayan sido organizadas o autorizadas por los centros de enseñanza correspondientes. Así es como queda dispuesto en los artículos 2 y 11 de la Real Orden Ministerial O.M. de 11 de agosto de 1953 por la que se aprueban los Estatutos de la Mutualidad del Seguro Escolar y Real Decreto 270/1990, de 16 de febrero respecto de la inclusión en el seguro escolar a los alumnos del tercer ciclo de estudios universitarios conducentes al título de doctorado.

La Ley de 17 de junio de 1953 sobre el establecimiento del seguro escolar en España (BOE nº 199 de 18/07/1953) establece en su artículo 5 que: “*A los efectos del Seguro Escolar, se considerará accidente toda lesión corporal de que sea víctima el estudiante con ocasión de actividades directa o indirectamente relacionadas con su condición de tal, incluso las deportivas, viajes de estudios, de prácticas o fin de carrera y otras similares, siempre que las actividades hayan sido organizadas o autorizadas por los Centros de enseñanza...*”. Este marco legal supone que cualquier accidente deportivo originado en este ámbito y que afecte a estudiantes de grado medio o superior, siempre y cuando tenga por causa actividades autorizadas u organizadas por el centro escolar quedarán cubiertas por el seguro conforme al principio de territorialidad recogido por la Ley General de la Seguridad Social, cuando ocurran en territorio nacional. No obstante, una parte de los accidentes deportivos escolares que se produzcan puede no quedar cubierta o atendida mediante las coberturas del seguro obligatorio escolar anteriormente descrito, pues como ya he escrito (2011) dicho aseguramiento “*...tiene serias limitaciones puesto que sus coberturas no se extienden a los siguientes supuestos:*

- *Alumnos de ciclos inferiores (educación infantil y primaria).*
- *Actividades escolares de cualquier edad en las que la actividad no se organice o autorice por el centro de enseñanza, aunque se realice en sus instalaciones (competiciones oficiales o competiciones, docencia o actividades realizadas por terceros).*

Para la cobertura adecuada en el primero de los casos, los centros docentes suelen contar con carácter voluntario con otros seguros complementarios que les permita ampliar las coberturas necesarias para que todos los niveles educativos del centro queden debidamente cubiertos...Para el segundo de los casos, debemos diferenciar entre aquellas actividades escolares realizadas de modo recreativo, competitivo o no competitivo y aquellas otras en las que el centro escolar acoge competiciones deportivas oficiales o federativas. En las primeras la cobertura asistencial es pública y corre a cargo de la cartera de servicios comunes de la seguridad social, mientras

que en la segunda la cobertura se asume desde una mutualidad (o aseguradora) de contratación obligatoria” (HONTANGAS CARRASCOSA, 2011). Por lo que la práctica del fútbol en el ámbito escolar y universitario tendrá las coberturas que otorgue el seguro escolar obligatorio, o los aseguramientos específicos exigibles cuando no concurren los requisitos de dicho aseguramiento obligatorio. En el primero de los casos la cobertura de las lesiones no será cuestionada, independientemente de que tengan su origen en una actividad deportiva escolar. Pero en caso de la contratación de un seguro específico escolar para los colectivos o supuestos excluidos de la Ley de 17 de junio de 1953, podríamos encontrarnos con un escenario de exclusión de las lesiones deportivas en términos análogos a los examinados en el apartado anterior.

Del mismo modo, la normativa técnica de construcción y mantenimiento de los centros y equipamientos deportivos escolares y universitarios, así como la exigencia de una cualificación profesional (título oficial) para el desempeño de las actividades de dirección/entrenamiento deportivo en estos ámbitos, cubrirá buena parte de los aspectos preventivos de salud. Aunque ninguna de las coberturas citadas se extiende al deporte municipal.

En este último sector actúan las conocidas como escuelas deportivas municipales o escuelas de iniciación deportiva, como servicios deportivos locales de docencia no reglada que a menudo tienen una línea de conexión o una continuidad natural y directa con la práctica del deporte federado. En este ámbito del deporte municipal, el fútbol suele estar presente en todos los niveles y categorías a través de clubes locales que, bajo diferentes fórmulas de gestión, acceden a las instalaciones deportivas municipales para desarrollar una actividad estable.

Como se ha señalado anteriormente, el esquema de funcionamiento generalizado consistirá en que los equipos locales de fútbol que participan en la competición oficial, se nutran con los alumnos de la propia escuela municipal de fútbol, proporcionando así a los jugadores las coberturas propias de la licencia federada en los términos

anteriormente expuestos. Para en el caso de aquellos alumnos que por razón de la edad, disponibilidad o preferencias, se integren en las escuelas municipales de fútbol pero no en la competición oficial, las coberturas sanitarias y asistenciales en caso de accidente o lesión deportiva serán las proporcionadas por los servicios públicos de salud en los centros de atención primaria del municipio. En ambos casos, el diseño de la protección de la salud del deportista aparece garantizado por las respectivas coberturas asistenciales públicas o privadas.

Sin embargo y siguiendo en el ámbito del deporte municipal, los aspectos preventivos de la salud pueden llegar a tener una regulación y un tratamiento ciertamente muy dispar según el municipio y la comunidad autónoma en donde este se realice. En el ámbito escolar la exigencia de la titulación oficial exigida por la LODE como maestro especialista en EE.FF. es una garantía de las competencias y capacidades del profesorado que garantiza la presencia de un recurso preventivo de primer orden en materia de seguridad y salud del alumnado. Pero fuera de este ámbito el menor en edad escolar, o el alumno de educación secundaria (ESO) o bachillerato que participe en actividades deportivas municipales o desarrolle su actividad deportiva en centros de titularidad municipal, solo verá satisfecho este aspecto preventivo en el caso de que la comunidad autónoma donde realiza la actividad deportiva haya previsto un régimen de ejercicio de las profesiones del deporte, o bien haya establecido la obligatoriedad de la titulación oficial para las actividades de docencia, preparación, entrenamiento, dirección técnica y animación o cualquier otra vinculada a las AFD. Incluso en este último supuesto sería preciso que la comunidad autónoma no solo haya previsto legislativamente este factor preventivo, sino que haya tenido la voluntad política y la capacidad técnica para exigir su debido cumplimiento.

Como vimos en el capítulo anterior, de las 17 leyes autonómicas del deporte existentes en España, solo seis de ellas establecen la obligatoriedad de que los técnicos, entrenadores o docentes de AFD estén en posesión de una titulación deportiva oficial para el desempeño de tales actividades. Se trata de las leyes 2/1994 Asturiana (artículo 55); Ley 2/2011 Comunidad Valenciana (artículo 7.3.a); Ley 3/2012 de Galicia (artículo

72.1); Ley 1/2015 de La Rioja (artículo 17); Ley 2/2000 de Murciana (artículo 17.1); y Ley 14/1998 del País Vasco (artículo 62.1). No obstante esta previsión podrían ser insuficiente en ausencia de un desarrollo legislativo de las profesiones del deporte, circunstancia esta que solo ha sido regulada en las leyes de Cataluña, Extremadura y La Rioja.

A título de ejemplo y tomando la ciudad de Valencia como ejemplo de capital de Comunidad Autónoma cuya ley del deporte sí que exige estar en posesión de una titulación oficial para impartir actividades deportivas a menores en edad escolar, apreciamos la existencia de 18 campos de fútbol de titularidad municipal que involucra a 25 clubes en su gestión, 193 equipos de fútbol-8, 190 equipos de fútbol-11 y 6.524 jugadores¹⁴⁴. Entre los servicios deportivos prestados por dichas entidades se incluyen las escuelas de fútbol que representan la participación de un total de 239 técnicos deportivos en la ciudad de Valencia, de los cuales 129 no cuentan con certificados acreditativos de una titulación deportiva oficial. A este respecto en los convenios de colaboración por los que se rige la gestión de los campos de fútbol municipales, se considera como infracción muy grave: *“La realización de entrenamientos y cualquiera de las actividades relacionadas con el deporte, sin la titulación oficial establecida en su caso por la normativa vigente”*. Elevada consulta a la Dirección General de Formación Profesional y Enseñanzas en Régimen Especial de la Generalitat Valenciana respecto de qué naturaleza y condición debían tener los títulos de fútbol para su consideración como oficiales y más concretamente en cuanto a la validez oficial de las titulaciones federativas en el ámbito municipal, el citado organismo contestó en fecha 9/05/2014 que *“...según la legislación actual y en el caso del deporte del fútbol atendiendo a la normativa señalada y al desarrollo e implantación efectiva de las titulaciones oficiales de técnico deportivo en fútbol y técnico deportivo superior en fútbol en la Comunidad Valenciana, la única enseñanza oficial reglada es la que desarrolla e imparte la*

¹⁴⁴ Fuente: Memoria 2014 de la Fundación Deportiva Municipal de Valencia (FDM).

*Consellería de Educación, Cultura y Deporte en el CIFP Complex Educatiu de Cheste y en los centros privados autorizados por la Administración para esta enseñanza...”*¹⁴⁵

Así pues y como resumen de expuesto hasta aquí, la modalidad de fútbol puede efectuarse en el ámbito organizado no federado escolar o universitario, en el que gozará de las medidas de prevención y protección que este sistema otorga y que han sido anteriormente expuestas. En el ámbito municipal los aspectos protectores pueden alcanzar las mismas coberturas y limitaciones que en el fútbol federado, siempre que los deportistas que desarrollen su actividad deportiva en la esfera municipal estén federados, pues de no estarlo gozarán de las coberturas asistenciales públicas cuando la modalidad se desarrolle en el seno de una escuela o competición municipal, efectuada al margen de la competición oficial. Sin embargo en todos los supuestos descritos la presencia de profesionales con un título deportivo oficial será un recurso preventivo determinante para la salud de los deportistas y su ausencia podría acarrear un serio déficit de seguridad, incluso en el supuesto de que legalmente esté prevista pero no existan mecanismos de fiscalización para su efectivo cumplimiento.

3. Análisis del derecho a la salud en un deporte federativo y no competitivo. El caso del aikido.

Durante el primer tercio del siglo XX las artes marciales orientales fueron exportadas a occidente y empezaron a ejercitarse inicialmente en los mismos ámbitos privados que las vieron nacer en su origen, en la casa del maestro o el *dojo* familiar¹⁴⁶. De

¹⁴⁵ Conforme a los datos facilitados por la Jefatura de Sección de Actividades Deportivas de la Fundación Deportiva Municipal del Ayuntamiento de Valencia y correspondientes a 2015 el 53'97% de los técnicos de fútbol que actúan en los campos municipales de Valencia carecen de titulación oficial pese a la exigencia legal; sin que por la Dirección General de Deporte se haya efectuado labor inspectora alguna o por el Ayuntamiento se haya tramitado un solo expediente sancionador por esta causa (Acceso investigador efectuado el 02/03/2015).

¹⁴⁶ El *dojo* es el lugar donde se instala el tatami para impartir la docencia de un arte marcial y donde se practica el *do*, la vía, de artes como el aikido, iaido, karate-do, kendo, judo o taekwondo.

modo que los gimnasios europeos se convirtieron en los nuevos *dojos*, introduciendo un concepto desconocido hasta el momento en los países de los que eran originarias; un concepto fresco, novedoso y aclamado por una civilización occidental que había reservado para el *sport* todas las actividades lúdicas y recreativas que el hombre moderno era capaz de realizar en su tiempo de ocio, una vez liberado de sus obligaciones y desprovisto del uniforme de trabajo.

Tras la gran guerra, las artes marciales fueron mayoritariamente absorbidas por las federaciones deportivas nacionales europeas, por las federaciones internacionales y también por el COI. La docencia inicialmente privada de las artes marciales, pasó a ser calificada en España como una actividad pública al insertarse en estructuras administrativas que actuaban con una delegación de competencias del Estado.

Los maestros de artes marciales enviados a Europa a difundir su arte tras la gran guerra eran el exponente de un Japón diferente y pacífico, deseoso de expandir sus conocimientos ancestrales y reconstruir su imagen ante el mundo. Los emisarios no pusieron mayores inconvenientes en aceptar las estructuras jurídico-deportivas europeas ni el nuevo escenario público donde habían sido ubicados. Existió una mutua conveniencia. De un lado los Estados nacionales quedaron deslumbrados por la oportunidad que significaban las artes marciales orientales, pues mediante las diferentes competiciones deportivas se podrían mostrar nuevos espectáculos y también surgirían nuevas oportunidades para exponer los triunfos nacionales. De otro lado las artes orientales se vieron acogidas por unos Estados que no dudaron en subvencionar los nuevos deportes, otorgando el necesario apoyo público e institucional.

Las artes marciales pronto contaron con un público hambriento de exotismo y de nuevas prácticas eficaces, portadoras de movimientos desconocidos, de sorprendentes llaves y técnicas hasta entonces desconocidas por la tradicional lucha o el boxeo occidental. Incluso los medios de comunicación quedaron sometidos a este influjo y a la demanda de una época en la que se produjeron fenómenos mediáticos como Bruce Lee o la legendaria serie televisiva “Kung-Fü”.

Las artes marciales se sometieron a una reglamentación y se deportivizaron, como una consecuencia natural de su publicación. Puede que también pueda entenderse al

revés, pero en todo caso resulta innegable la enorme *vis atractiva* que ejercía la competición deportiva, así como las expectativas que todos los protagonistas habían depositado en recibir algo. En este encaje feliz solo desentonaba un arte marcial claramente diferenciado del resto, el aikido, pues carecía de competición. Pero también carecía de normas escritas para su práctica o para la ejecución de sus técnicas. No había posibilidad de ofrecer triunfos nacionales, ni himnos, ni medallas; no tendría héroes ni habría espectáculo. El aikido era una representación insignificante y su singularidad pasó desapercibida. Sin embargo se le otorgó en todo el ámbito europeo la misma calificación de actividad deportiva que al resto y quedó sometida al sistema jurídico-deportivo. En el mejor de los casos pudo contar con una federación nacional propia, como en el caso de la federación portuguesa de aikido, o el de las dos federaciones francesas; y en otros casos menos afortunados bajo la gestión de una federación ajena, como ocurrió en España al quedar incluida bajo la gestión de la Real Federación Española de Judo y Deportes Asociados (RFEJ y DA). Encaje jurídico del que se deriva un hecho diferencial para los aikidocas españoles respecto del resto de aikidocas del mundo, pues la RFEJ y DA no está integrada en la Federación de Aikido Internacional (IAF)¹⁴⁷ ni esté reconocida por la Asociación Mundial del Aikido en ella integrada.¹⁴⁸ Circunstancia de la que se deriva que las titulaciones federativas españolas en aikido no tengan homologación internacional y no puedan ser reconocidas fuera de España. Lo que a su vez ha originado que muchos aikidocas españoles se integren en asociaciones vinculadas a la IAF con el fin de que sus titulaciones en España tengan la validez y el prestigio internacional que otorga el Aikikai Hombu Dojo de Tokio, pero sacrificando con ello el que no sean reconocidas por una federación española e impidiendo asimismo enlazar con una posible homologación o convalidación de titulaciones oficiales¹⁴⁹.

¹⁴⁷ La IAF desde 1986 es miembro de la General Association of International Sports Federations (GAISF) (Fuente: <https://www.aikido-international.org/iaf-officials> consultada en noviembre de 2014)

¹⁴⁸ La IAF integra a federaciones nacionales y asociaciones de aikido, entre las que se encuentra la más importante denominada AHD o Aikikai Hombu Dojo de Tokio, una asociación internacional creada por el fundador del aikido encargada de preservar la continuidad docente, la línea técnica y el reconocimiento de los grados internacionales del aikido.

¹⁴⁹ La Resolución del CSD de 23/04/2014 (BOE nº 113 de 9/05/14) establece que solo puede accederse a los planes formativos oficiales del aikido ostentando un determinado mérito deportivo que para el nivel I, consiste en estar en posesión del primer dan que otorga la Real Federación Española de Judo y

En el panorama deportivo federado son una minoría los deportes de naturaleza no competitiva cuyos deportistas realizan una actividad continuada de carácter recreativo y cooperativo en los que la competición está excluida, no solo de hecho sino también conceptualmente, al poner el acento exclusivamente en el desempeño de la actividad (la vía, el do) y no en un resultado determinado, medible y registrable. La existencia de tales deportes está reconocida por el propio sistema y la Ley del Deporte 10/1990, en su artículo 31.3 párrafo primero, cuando se refiere a “*las modalidades donde no existe competición o actividad de dicho carácter*”. Mención que aparece al regular los procesos electorales federativos cuando establece la condición de electores y elegibles que ostentan todos los deportistas que hayan tenido licencia en vigor homologada durante el año anterior al momento de las elecciones, salvo cuando estos estén incluidos en esta modalidades deportivas de naturaleza no competitiva.

Cabe señalar que la incorporación al sistema deportivo español de las modalidades no competitivas se ha producido de un modo tan incomprensible como antijurídico, puesto que todas las actividades deportivas deben integrarse en una federación española de referencia, bien como una modalidad o como una especialidad deportiva de otra. Sin embargo en el caso del aikido, así como en el caso de tantas otras prácticas deportivas con una historia, identidad y sustantividad propias, como el kendo, o el wu-shu (kung-fu), su incorporación al sistema federado se ha producido bajo la sorprendente e innovadora fórmula legal del “*deporte asociado*” a una entidad federada. De este modo las autoridades deportivas han eludido un pronunciamiento expreso y riguroso en relación a su naturaleza como modalidad y a su singularidad como deporte, con unos efectos jurídicos que vienen a fracturar el principio de legalidad y, como efecto secundario, producen una vulneración del principio de exclusividad o monopolio, en cuya

Deportes Asociados a través de sus federaciones territoriales; para el nivel II del segundo dan federativo y para el nivel III el tercero; impidiendo así el acceso a dichos planes formativos oficiales a quienes ostentan un mérito deportivo diferente, como lo son los grados internacionales aikikai, pese a tratarse títulos deportivos reconocidos y avalados por la IAF.

virtud una práctica deportiva solo puede ser gestionada por una única federación deportiva (artículo 34 de la Ley 10/1990).¹⁵⁰

Asimismo en otras normas de desarrollo al aikido se le reconoce la condición de “especialidad”. Y así ha sido catalogada por el CSD al reconocerla como “*especialidad de interés público*”, e incluirla en el denominado “Catálogo de actividades de interés público”, correspondiente a la convocatoria de ayuda a las Federaciones Españolas del año 2013 (Resolución de la Presidencia del CSD de 28/01/2013, BOE nº 26 de 30 de enero de 2013), por sus “*sólidos logros deportivos internacionales en especialidades no competitivas*”; estableciendo así un criterio excepcional al no poderla incluir en el citado catálogo bajo el criterio general de figurar en el programa olímpico de verano de Río de Janeiro 2016.

Una vez emplazada la práctica deportiva de contraste en el sistema legal deportivo actual, procederemos al análisis de los aspectos preventivos y protectores de la salud en dos colectivos diferenciados: los deportistas o aikidocas y los profesionales del aikido. Sin embargo y con carácter previo, realizaremos una consideración al riesgo objetivo que una práctica deportiva como el aikido entraña para sus practicantes, en la que sorprendentemente parece no regir completamente el principio general bajo el cual se desarrolla el deporte mayoritario, como es el principio del riesgo aceptado.

¹⁵⁰ Como tuve ocasión de escribir en un trabajo anterior, la vulneración del principio de exclusividad ha permitido que algunos deportes no competitivos, como el tai-chi, hayan podido quedar integrados simultáneamente en dos federaciones deportivas españolas, de un lado la federación española de judo, gestora del tai-chi-chuan y al mismo tiempo en la federación española de kárate, bajo la denominación de tai-chi. Fenómeno disociativo del que participarían otras prácticas con una doble regulación federativa como el jui-jitsu y el nihon tai-jutsu; o en wu-shu y el kung-fu... (HONTANGAS CARRASCOSA, 2012:100-109).

3.1. El principio de la mutua preservación y del riesgo excluido en el aikido¹⁵¹.

La justificación que doctrinalmente se ha venido proporcionando para la aceptación de las lesiones y daños producidos durante la práctica deportiva, sin que de ello se derive otra responsabilidad que la propiamente disciplinaria-deportiva, es la denominada teoría del riesgo aceptado o de la asunción del riesgo en el deporte. Nuestro Tribunal Supremo entronizó esta doctrina a través de una primera sentencia (STS, 1ª 22.10.1992), seguida posteriormente por la mayoría de las sentencias del alto tribunal y de las Audiencias Provinciales y que implica que quienes practican un deporte y conocen sus reglas, conocen también y asumen voluntariamente todos los riesgos implícitos en las mismas, tales como roturas de ligamentos, fracturas óseas, etc... salvo que la conducta de los otros participantes pueda ser calificada al margen de las reglas del juego y merezca una calificación penal.

Para los deportistas profesionales y aquellos que en general participan en la competición, la aplicación de la *teoría de la asunción del riesgo* supone que cuando se acepta participar en una competición deportiva se asumen los riesgos inherentes de la misma. Y por tanto, las lesiones o accidentes sufridos en su práctica no serán objeto de una reclamación judicial, pues el sistema deportivo ha articulado un tratamiento propio de resarcimiento del daño al margen de los tribunales de justicia. Excepto, claro está, que se pruebe una clara imprudencia temeraria o una actuación notoriamente dolosa (VERDERA SERVER, 2003)¹⁵²; por lo que no resulta fácil formular un reproche penal contra un deportista y probar que tuviese la intención de lesionar gravemente a su oponente y con una abstracción absoluta del escenario deportivo en el que se desarrolla

¹⁵¹ En la obra que se cita en la nota anterior, tuve la ocasión de estudiar con detenimiento (pgs 132-148) lo que denominé el “pacto y contrato en el aikido”; analizando la naturaleza jurídica del referido pacto, su relación con las lesiones y accidentes y con la teoría del riesgo aceptado, así como la posibilidad de considerar la exclusión de dicha teoría en el aikido, por la aplicación de un principio para el que propuse la denominación de “principio de mutua preservación” entre los practicantes.

¹⁵² VERDERA sugiere que no existe un claro incentivo económico para el deportista profesional en el hecho de reclamar judicialmente un daño o lesión puesto que ya tiene asegurado su tratamiento y además también tiene cubierto su salario con una ficha o nómina cuya cuantía sigue cobrando aunque no juegue; aunque habría que revisar este planteamiento ya que los pleitos por esta causa deberían tener como motivación la pérdida económica de primas por partidos dejados de jugar o de ganar, o la depreciación de la cotización de un jugador lesionado a la hora de negociar un futuro contrato.

esa actividad.

Sin duda la lógica del aikido es diferente a la lógica en la práctica del resto de deportes, incluso del resto de artes marciales. Y esto es debido a que la lógica de las artes marciales está presidida por la idea de combate y victoria, es decir, el enfrentamiento que conduce a imponerse al adversario. Sin embargo la práctica del aikido está presidida por el concepto de cooperación y la inexistencia de combate. Característica que constituye la quintaesencia del aikido y que determina que este sea el factor diferencial entre la marcialidad del aikido y la de otras artes marciales.

En aikido la idea de luchar para dominar e imponerse se sublima y sustituye por la representación de los esquemas técnicos del atacante y el defensor, cuyo estudio sistemático y no competitivo constituye un presupuesto metodológico de base. Ante este hecho incontestable podríamos interrogarnos acerca de si este matiz destruye la marcialidad por completo y su peligrosidad intrínseca (algunos dirían que sí) o si de algún modo hace que perviva algún tipo de marcialidad, aún con matices que hará que pueda considerarse al aikido un arte de aplicación marcial, al estar presentes estas características aunque moderadas en el proceso de aprendizaje y especialmente durante la iniciación.

Al existir una renuncia inicial al combate, quedan naturalmente excluidos muchos conceptos y acciones propias a la lógica de un enfrentamiento marcial, por ejemplo los ataques por sorpresa, los cambios inesperados de velocidad o la variaciones sobre la técnica inicialmente propuesta (salvo que se practique precisamente esta posibilidad de práctica o *kaesi-waza*) puesto que tales conductas vulnerarían el pacto de cooperación inicial propio del aikido y convertirían la práctica en algo desleal, pues con ese modo de proceder se podría poner en clara indefensión a sus practicantes incorporando a las sesiones un factor de riesgo inicialmente no previsto, el factor sorpresa.

Existe un principio básico y fundamental en la práctica de aikido, conocido como *ai-nuke* o la mutua preservación y que supera al antiguo *ai-uchi* o la mutua destrucción (SAOTOME, M., 2001:38-40) que era propia del pensamiento samurái, para quienes los enfrentamientos exigían asumir el rol heroico de vencer o morir. Este mismo

planteamiento ha sido debidamente reglamentado y pervive en las artes marciales modernas y deportivizadas o *gendai budo*. Por el contrario el concepto evolucionado *ai-nuke* se aproxima al clásico principio occidental del *non laedere* (no herir) propio de la antigüedad clásica y que se convirtió en norma de conducta de todo hombre recto sometido al derecho romano¹⁵³. Bajo tal principio se practica el aikido. Nadie teme ser agredido, ni dañado. Nadie practica las técnicas de aikido para causar un daño a otro o aceptando esa posibilidad, o aceptando la de recibirlo, pues básicamente se practica bajo el principio de practicar sin dañar y enseñar protegiendo. Estamos por tanto frente a un deporte en cuyos presupuestos de realización está inicialmente excluido el daño y en el que apreciamos la existencia de un pacto no explícito de mutua preservación de la integridad y salud de los intervinientes, sin que para ello sea necesaria la intervención de reglamentación o normativización alguna y que convierte a esta práctica en una excepción que también alcanza a exceptuar una aplicación automática y sin matices de la teoría del riesgo aceptado.

En las modalidades deportivas no competitivas y por extensión en el aikido, se produce en general una exclusión del riesgo que supone no aceptar como algo consustancial y necesariamente unido a la práctica deportiva que se pueda producir un daño a la salud. Y esta exclusión puede tener distinta procedencia o motivaciones, aunque con carácter general se produce al confiar en que la actividad *per se* no ocasionará daño. Podríamos por tanto considerar que en este deporte no competitivo, no resultaría aplicable sin mas la citada teoría del riesgo aceptado, sino que cabría formular que los aikidocas establecen una fundada exclusión del riesgo, puesto que los intervinientes solo asumen la producción de una lesión o accidente de manera exclusivamente fortuita y no como un factor vinculado a la práctica por la intervención de un tercero, con el que se aceptase la posibilidad de producción de acciones anti-reglamentarias y con un resultado lesivo para la salud.

¹⁵³ El principio de *alterum non laedere* constituye en uno de los tres principios de derecho (*tria iuris precepta*) formulados por Ulpiano (*Digesto I, 1, 10,1*): *honeste vivere* (vivir honestamente), *alterum non laedere* (no causar daño a otro, respetar su esfera de derechos) y, finalmente, *suum cuique tribuere* (dar a cada uno lo que es suyo).

CUADRO N° 12: PRINCIPIOS DIFERENCIALES ENTRE EL DEPORTE COMPETITIVO Y EL DEPORTE COOPERATIVO.

Parámetros	Deporte competitivo	Deporte cooperativo (aikido)
Teoría jurídica	Teoría del riesgo aceptado	Teoría del riesgo excluido
Principio filosófico rector	Pro- competitione Ai-uchi	Alterum non laedere Ai-nuke
Consecuencia	Aceptación del daño recibido /infringido	Mutua preservación
Efecto	Solución extrajudicial	Solución extrajudicial

(Fuente: HONTANGAS CARRASCOSA 2012)

No obstante, en el hipotético caso de que durante una sesión de aikido se produjera una lesión que pudiera ser imputada a una posible culpa o negligencia de los participantes, tales hechos quedarían impunes a una sanción disciplinaria debido a la inexistencia de un reglamento de competición o de normas escritas a las que se atenga su realización, lo que nos conduciría directamente a una extravagante exigencia de responsabilidades por vía judicial inéditas en el deporte no competitivo oficial.

Paradójicamente y pese a que existe un planteamiento muy diferente entre los deportes de competición y los no competitivos, existe sin embargo una coincidencia en lo que se refiere a la solución de conflictos ante posibles lesiones y accidentes. Y tal coincidencia se produce en el supuesto del deporte competitivo por excelencia, el deporte profesional. A pesar de que los principios inspiradores, tanto jurídicos como filosóficos, de uno y otro tipo de práctica deportiva son radicalmente distintos, tal y como podemos observar en el cuadro adjunto se aprecia una coincidencia en su tratamiento entre el deporte profesional y una práctica cooperativa como lo es el aikido. Así, “... en las actividades competitivas se excluye la reclamación judicial de los daños por aplicación de la teoría del riesgo aceptado, acudiendo a una solución jurídico-deportiva de la

cuestión. Mientras que en las actividades cooperativas, además de excluirse inicialmente la producción de un riesgo, existe un pacto no explicitado de evitación mutua del mismo, lo cual produce igualmente la exclusión natural de la responsabilidad civil, salvo que estemos en presencia de una conducta notoriamente dolosa. De este modo, estas prácticas diametralmente distintas parecen haber encontrado en la solución interna para este tipo de conflictos una misma unidad de criterio, donde parece regir el principio de que «... si ocurre durante la práctica, se resuelve en la práctica» (HONTANGAS CARRASCOSA, 2012:148).

Pero naturalmente la práctica de aikido no excluye la posibilidad real de que se produzcan lesiones, pues la limitación y contención del riesgo debido a las características intrínsecas de la actividad no impide que los riesgos se disipen.

El riesgo resulta inevitable en cualquier actividad que se produce desde el movimiento y con la existencia de contacto. Pero además debemos tener en consideración que los factores del riesgo no se limitan exclusivamente a los aspectos relacionados con las características intrínsecas de una actividad deportiva, sus planteamientos didácticos o forma de manifestarse, sino que atañe a otros muchos factores; bien relacionados con los propios sujetos intervinientes y sus características o situación como la edad, fatiga, estrés, adaptabilidad, movilidad, o capacidad; los factores del medio como las condiciones de seguridad de las instalaciones, equipamiento y materiales; factores de organización, metodología e indumentaria; o bien al factor humano constituido por la presencia de un profesional docente debidamente cualificado y encargado de velar por la vigilancia y control todos los factores de riesgo antes citados, previniendo y protegiendo la seguridad y salud del deportista frente a todos ellos. Es por esto que seguidamente analizaremos los aspectos preventivos y protectores frente a los citados factores objetivos del riesgo.

3.2. Los aspectos preventivos y protectores en la salud del aikidoka federado y del no federado.

Conforme a la redacción del Preámbulo del RD 489/1993, de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo: “La

especificidad de los riesgos que conlleva la práctica del deporte de competición en modalidades y la necesidad de garantizar un marco de seguridad sanitaria alrededor de dicha práctica motivaron la inclusión en la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte, de una prescripción, contenida en su artículo 59.2, señalando la obligatoriedad para todos los deportistas federados que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal, de estar en posesión de un seguro que cubra los riesgos para la salud derivados de la práctica de la modalidad deportiva correspondiente”. Dicha previsión legal no suele discriminar a los deportistas federados que realizan prácticas no competitivas de los que sí lo hacen, de modo tal que al deportista federado de aikido se le suele imponer con el alta federativa y la correspondiente licencia, un aseguramiento obligatorio que, en sentido estricto, no sería procedente exigirle tal y como a continuación se expone.

La justificación legal de la cobertura sanitaria al deportista federado viene dada por disposición del artículo 32.4 de la Ley 10/1990 del Deporte que explicita la necesidad u obligatoriedad de la posesión de licencia para participar en competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal. Asimismo, el artículo 32.4 de la Ley estatal del deporte señala que: *“Para la participación en competiciones deportivas oficiales, de ámbito estatal, será preciso estar en posesión de una licencia deportiva, expedida por la correspondiente federación deportiva española, según las condiciones y requisitos que se establecerán reglamentariamente. Las licencias expedidas por las federaciones de ámbito autonómico habilitarán para dicha participación cuando éstas se hallen integradas en las federaciones deportivas españolas, se expidan dentro de las condiciones mínimas de carácter económico que fijen éstas y comuniquen su expedición a las mismas”*.

El artículo 7 del Real Decreto 1835/1991, de 20 de diciembre, sobre federaciones deportivas españolas y registro de asociaciones deportivas señala que: *“Para la participación en actividades o competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal será preciso estar en posesión de una licencia expedida por la correspondiente Federación deportiva española”*.

Como vimos en apartados anteriores las prácticas deportivas que se efectúan al

margen de la competición federada quedan excluidas de esta cobertura asistencial específica de la licencia y se someten «al régimen de protección del sistema público de salud, a través de las prestaciones generales reconocidas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, por el que se regula la ordenación de las prestaciones sanitarias» (GAMERO CASADO, 2004:100). Considerando dicho autor como práctica deportiva general del ciudadano la no institucionalizada, ya se desarrolle en instalaciones públicas o privadas.

La protección especializada para la salud que el legislador ha previsto para el deportista federado que compite, parece tener su fundamento lógico en el hecho de que la competición deportiva oficial entrañaría unos mayores factores objetivos de riesgo para la salud que la práctica deportiva general, siendo exigible a quien se coloca voluntariamente en dicha situación de mayor vulnerabilidad que cuente con una protección sanitaria específica para tales riesgos y que la misma no corra a cargo del sistema público, sino por cuenta del propio sujeto que la realiza. Mientras que la realización de las prácticas deportivas ciudadanas o generales que prevé el citado artículo 59.1 de la Ley 10/1990, se entiende que se realizan dentro de unos parámetros de peligrosidad asumibles por el sistema público de salud y por tanto cubiertas por el mismo. Estamos en presencia de un planteamiento que posiblemente sea generalizador en exceso y cuya aplicación implica la imposibilidad de discriminar la existencia de prácticas deportivas generales que podrían llegar a entrañar riesgos para la salud iguales o superiores que los propios de la competición federada. No obstante lo que parece prevalecer en el espíritu de esta norma es el hecho de que quien voluntariamente compite y busca la obtención de un resultado oficial que oponer frente a terceros, como objeto principal al que se destina su actividad deportiva, se coloca voluntariamente en una posición de riesgo mayor y expone más su salud que quien practica un deporte sin perseguir un resultado finalista y con reconocimiento público (oficial) del mismo. Y para estas situaciones de exposición voluntaria a un riesgo no impuesto, el sistema jurídico establece la existencia de una protección adicional que el propio sujeto debe proporcionarse a sí mismo con carácter obligatorio y no con cargo al sistema público de salud. Este mismo fundamento jurídico parece ser el inspirador de todas las normas reguladoras de las actividades potencialmente peligrosas que llevan aparejada la obligación legal de obtención de un

seguro específico de accidentes, tal y como ocurre por ejemplo con la conducción de vehículos de motor.

Considerando las previsiones legales generales para la protección de la salud en el deporte, deberíamos plantear qué fundamento jurídico tiene el que una federación deportiva pueda exigir o imponer en la licencia de los deportistas de una práctica no competitiva, un aseguramiento obligatorio distinto del requerido para la práctica deportiva general o ciudadana. Así el aikidoca federado, pese a realizar una actividad deportiva bajo gestión federativa y no participar en competiciones oficiales, lleva unido a su licencia una cobertura asistencial impuesta. Situación en la que igualmente se encontrarían los deportistas de otras prácticas no competitivas como el tai-chi/tai-chi-chuan, iaido o iodo, en las que el alta federativa lleva aparejada la contratación de las citadas coberturas asistenciales

La explicación para imponer dicho aseguramiento parece encontrarse en el RD 1835/1991 citado, al establecer en su artículo 7 que las licencias reflejarán tres conceptos económicos: el seguro obligatorio a que se refiere el artículo 59.2 la Ley del deporte; la cuota federativa estatal y la cuota federativa autonómica. Señalando asimismo que todo deportista que desee participar en “*actividades o competiciones oficiales*” deberá estar en posesión de la licencia federativa.

Como podemos comprobar a través de este artículo el citado Real Decreto ha procedido a ampliar el supuesto de hecho previsto por la Ley, exigiendo la licencia federativa no solo para la competición oficial, sino también a las *actividades deportivas oficiales*, entendiendo por tales las así definidas por la federación respectiva y que sean diferentes de la competición oficial, como serían por ejemplo los tradicionales entrenamientos federativos. Por lo que el artículo citado viene a fijar de un modo definitivo no solo que el aseguramiento es preceptivo con la expedición de la licencia, sino que además lo es para la competición y para cualquier otra actividad que la propia federación califique como oficial.

Como resultado el alta federativa de un aikidoca llevará indisolublemente aparejada un seguro federativo, pese a que su práctica se realiza siempre a través de actividades diferentes de la competición deportiva que gozan de plena cobertura con

cargo a la seguridad social. Situación que determina un supuesto de doble cobertura impuesta, si bien es cierto que la protección de la aseguradora proporcionará un plus de coberturas que la seguridad social no contempla. Pese a lo que el aseguramiento federativo supone para el aikidoca un gasto adicional innecesario e impuesto. Y pese a ofrecerle una supuesta protección adicional a la que proporciona la seguridad social, dicha protección tiene un nuevo reparo ya que, como vimos en la práctica de contraste anterior, las coberturas contratadas para el deportista federado aficionado se extenderán exclusivamente al accidente deportivo excluyendo las lesiones, cuyo tratamiento será derivado a los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

Por lo que se refiere a los aspectos preventivos de la salud, la medida más eficaz sin duda ya ha sido expuesta, esto es, su naturaleza no competitiva y la orientación exclusiva a la práctica con desatención al resultado. Circunstancia esta que hará desaparecer objetivamente una multiplicidad de factores de riesgo que concurren necesariamente en otros deportes, incluido el riesgo de dopaje. Sin embargo, como resulta común a todas las actividades deportivas no profesionales, el único factor preventivo previsto en la actual regulación legal es el constituido por la idoneidad y capacitación del maestro (*sensei*) o persona bajo cuyo criterio se realiza la actividad y se imparte la docencia. Pues como tuvimos ocasión de exponer en el marco teórico, la titulación de técnicos y entrenadores, se erige en un recurso preventivo de primer orden para la salvaguarda de la seguridad y salud de los deportistas. Pese a esto, el actual desarrollo legal de las titulaciones deportivas en general y del aikido en particular, resulta incompleto, confuso y desigual entre las diferentes modalidades; escenario en el que pueden llegar a generarse situaciones de desigualdad y desprotección como seguidamente expondremos.

El desarrollo legislativo de los planes formativos y las titulaciones deportivas oficiales de las modalidades gestionadas desde la Real Federación Española de Judo y Deportes Asociados ha sido desigual, no solo por su aparición cronológica en el escenario legal sino también por su contenido y desarrollo. Las modalidades gestionadas desde la citada federación son, el judo, el aikido, el kendo, el jui-jitsu, nihon tai-jitsu y wu-shu.

De las citadas modales solo el judo cuenta con la aprobación de sus currículos

formativos y con la de la correspondiente titulación de técnico deportivo en judo (creada mediante RD 706/2011, de 20 de mayo, BOE nº 147 de 21/06/2011) y de técnico deportivo superior en judo, (RD 705/2011, de 20 de mayo y publicada en el mismo BOE anterior). El judo cuenta con un sistema de homologación, convalidación y equivalencia a efectos profesionales de las titulaciones federativas, por tanto no oficiales, pero que persigue su oficialidad a los efectos de capacitación para la docencia y posibilitar el ejercicio profesional (mediante Resolución de 9 de julio de 1992 de la Presidencia del CSD, BOE nº 183 de 1/08/2012). Pero el resto de deportes de la misma federación no participan de la posición de ventaja que ha alcanzado el judo.

Los denominados deportes asociados de jui-jit-su, kendo, nihon tai-jutsu y wu-shu, vieron publicados sus planes formativos mediante Resolución de 26 de abril de 2012. Resolución en la que inexplicablemente quedaba excluido el aikido, único deporte gestionado por esta federación que quedaba sin regular y que dos años más tarde vio aprobados sus propios planes formativos, mediante Resolución de 23 de abril de 2014, de la Presidencia del CSD (BOE nº 113 del 9/05/2014)¹⁵⁴.

Pese a que en la actualidad el aikido ya cuenta con los citados planes formativos, lo cierto es que carece de la aprobación de los títulos oficiales correspondientes al Técnico Deportivo en Aikido y Técnico Deportivo Superior. Asimismo no existe ninguna regulación legal que permita la homologación, convalidación y equivalencia de las formaciones de aikido anteriores y su equivalencia profesional. De modo que, dentro de la citada Federación Española de Judo y Deportes Asociados, solo la modalidad de judo cuenta con un itinerario legal perfectamente definido para otorgar la equivalencia profesional, así como la convalidación para los requisitos de acceso a la totalidad de los módulos del bloque común y los del bloque específico de las enseñanzas del ciclo inicial

¹⁵⁴ Respecto de las circunstancias legales y de hecho en las que se produjo la marginación inicial del aikido de los planes formativos y su posterior integración con dos años de retraso al resto de deportes de la misma federación, puede consultarse el artículo “Problemática y actualidad legal del aikido en España” (HONTANGAS CARRASCOSA, 2013) en www.iusport.es donde se documenta que la Subdirección General de Alta competición del CSD había informado desfavorablemente la inclusión del aikido en los planes formativos, argumentando que al no ser un deporte competitivo esto impedía su consideración como especialidad deportiva que permitiese legalmente desarrollar el currículo. Circunstancia que resulta contradictoria con el reconocimiento del aikido como “*especialidad de interés público*” establecida por el CSD mediante Resolución de 28/01/2013, tal y como se relaciona en la página 324.

de grado medio.

La situación legal descrita implica no solo una desventaja para que los profesionales de la docencia del aikido puedan contar con una titulación oficial, sino también la imposibilidad de homologar la formación federativa recibida que coloca a este colectivo en una situación de especial vulnerabilidad en el mercado. Especialmente si consideramos que la tendencia en las legislaciones autonómicas es la de exigir una titulación oficial para la dirección de actividades deportivas. Y considerando además la evolución natural de nuestro sistema legal dirigido inexorablemente a una regulación de las profesiones del deporte.

Pero al margen de esta consecuencia para el profesional de la docencia, las repercusiones en la seguridad y salud de los deportistas es inmediata. La mayor vulnerabilidad se produce en el colectivo de los deportistas a quienes se priva de profesionales titulados y con una formación específica en temas directamente vinculados a la prevención y protección de la salud en el deporte y en particular del aikido.

Como podemos comprobar, en los ciclos formativos aprobados mediante la citada Resolución del CSD de 23/04/2014, se ha previsto para el Nivel I, un bloque específico en el Área 3 de Seguridad e Higiene que cuenta con los siguientes objetivos formativos:

- a) Identificar las condiciones de seguridad en la práctica.
- b) Interpretar la normativa de seguridad en las zonas de práctica.
- c) Identificar las lesiones más frecuentes en el aikido, con especial hincapié en el conocimiento de los medios y métodos para su prevención.
- d) Aplicar los hábitos de higiene imprescindibles en la práctica deportiva.
- e) Identificar la influencia de los materiales y equipamientos deportivos en la posible generación de lesiones
- f) Describir las características de los materiales, su efecto en el juego y en las normas y procedimientos para el mantenimiento del mismo.

Y que cuenta con los siguientes contenidos:

- Condiciones de seguridad en la práctica de aikido.

- Lesiones más frecuentes en la práctica de aikido.
- Higiene en la práctica de aikido.
- Materiales y equipamientos deportivos y su influencia en las lesiones
- Actuación primaria con accidentados y enfermos

Se ha previsto asimismo un periodo de prácticas en todos los niveles con una serie de actividades relacionadas con los aspectos preventivos de la seguridad en la práctica, tales como la supervisión del estado y funcionamiento de las instalaciones y los materiales, o la aplicación de los primeros auxilios; o bien contenidos especializados como los establecidos en el Área 5 del nivel II, relativos a la modalidad adaptada y dirigida a colectivos sensibles como los deportistas con discapacidad. Y de un modo más específico en el nivel III, los programas de excelencia en los que se incluyen modelos de rendimiento para otros colectivos sensibles como niños o la tercera edad. Así como una formación metodológica (contenidos del Área 3), con acciones formativas directamente relacionadas con la salud del aikidoca como son:

- Estrés en el entrenamiento del aikido.
- Lesiones en aikido. Características, causas, pautas de prevención y recuperación. Categorización de los segmentos corporales en función de las lesiones más frecuentes
- Técnicas de prevención de lesiones más frecuentes en aikido y defensa personal. Propiocepción.
- Medios y métodos de trabajo de recuperación en función del tipo de lesión y zona afectada.
- Técnicas de recuperación en función del tipo de tejido afectado, muscular, ligamentoso, óseo.
- Necesidades ergogénicas del practicante de aikido en el entrenamiento y en la aplicación real en función de la edad, categoría de peso género.

Y otros contenidos directamente relacionados con la salud del deportista como sus

hábitos alimentarios en relación al deporte; fatiga, medios y métodos de recuperación; adaptaciones metodológicas a las características de los aikidocas por su edad o condición o, finalmente, la seguridad en una escuela de aikido y la participación en las condiciones de seguridad de la instalación y los planes de emergencias. Contenidos todos ellos cuya impartición conducente al título oficial (o la correspondiente homologación en su caso) proporcionarán una formación cualificada a quien dirige o imparte una actividad de aikido y que le capacitará para identificar los riesgos para la salud del deportista, prevenirlos y tratarlos; lo que constituye una oportunidad para el profesional, pero también un beneficio para el deportista. Beneficio del que pueden verse privados, en tanto legalmente no se aprueben las titulaciones oficiales correspondientes, o se creen los itinerarios de homologación, convalidación y equivalencias correspondientes. Puesto que solo a partir de esta formulación se habrá efectuado una previsión legal semejante para todas las prácticas deportivas de la misma federación, incluso todas las comprendidas en el sistema, haciendo efectivo el derecho a la igualdad en las oportunidades profesionales y formativas de todos los docentes federados; y el derecho a la igualdad en la prevención y protección de la salud de todos los deportistas, evitando la existencia de colectivos del deporte discriminados al no poder contar con profesionales debidamente formados y oficialmente reconocidos en estas materias.

3.3. Los aspectos preventivos y protectores de la salud del profesional del aikido.

La docencia del aikido y la dirección de sus sesiones técnicas recaen en profesionales que no pueden ser considerados como deportistas profesionales en un sentido estricto. La normativa reguladora de la relación especial del deporte profesional viene establecida por el artículo 2.1 del Estatuto de los Trabajadores que las configura como “*relaciones laborales de carácter especial*” y el Real Decreto 1006/1981, establece las notas definidoras de tal relación:

- a) Que se dedicasen a la práctica del deporte.

- b) Regularmente.
- c) Por cuenta y dentro del ámbito de organización y dirección de un club o entidad deportiva a cambio de una retribución, cualquiera que sea su forma, cuantía y clase.
- d) En posesión de la correspondiente licencia federativa. Aspecto este al que la doctrina concede una gran relevancia.¹⁵⁵

La nota diferencial entre el deportista profesional y los técnicos deportivos en general, viene constituida por el hecho de que en la actividad que desarrollan tiene un peso específico la docencia y no la práctica del deporte en sí misma pues, en sentido estricto, su dedicación profesional la constituye la dirección técnica de una actividad deportiva a los clientes y no la exhibición de su deporte durante la jornada laboral, ante un público (factor diferencial mostrado artículo 9.1 del RD 1006/1985). Y esto a pesar de que tratándose de actividades deportivas dirigidas, quienes las imparten en algunas modalidades deban mostrar la realización de la técnica ejecutándola como cualquier deportista más e interactuando con los alumnos de un modo habitual, practicando por tanto al igual que ellos en la ejecución de dichas técnicas. Tal es el caso del aikido. En la actividad del técnico tiene preponderancia el aspecto docente que constituye precisamente el objeto de la contratación que se efectúa bajo el ámbito de dirección y organización de una entidad y mediante formulas contractuales en las que abunda la contratación a tiempo parcial y el contrato por obra y servicio, normalmente vinculados a la duración de un curso escolar.

Pero el término “profesional” alude a un concepto de exclusividad en la dedicación que entraña que el trabajador, bien sea este autónomo o dependiente, obtiene a través de la actividad realizada su fuente principal de ingresos, lo que no resulta frecuente entre los docentes de los deportes minoritarios. De modo que se bien en España existen tantos docentes de aikido como clubes y asociaciones legalmente constituidas con este objeto

¹⁵⁵ Entre otros SALA FRANCO, T., 1983: “*El trabajo de los deportistas profesionales*”. Editorial Mezquita. Madrid.

deportivo, no todos los docentes han convertido esta actividad en su medio exclusivo de vida¹⁵⁶ ni su relación jurídica está soportada en un contrato laboral.

El docente que se dedica profesionalmente al aikido cuenta con el régimen protector o asistencial de la Seguridad Social. Asimismo si dicho profesional se encuentra federado podrá optar por recibir el tratamiento asistencial a través de la compañía aseguradora de los riesgos deportivos, con las limitaciones señaladas en cuanto a exclusión de los padecimientos que se presenten como lesión deportiva; puesto que las pólizas contratadas serán las mismas para los deportistas federados que para los técnicos. Dándose por reproducido lo hasta aquí dicho en relación a estos supuestos de exclusión impropia de las lesiones deportivas.

El técnico de aikido que se encuentra con un contrato laboral en vigor y de alta en la seguridad social, accederá a la cartera de los servicios comunes de la seguridad social que le proporcionará todas las coberturas asistenciales, inclusive en caso de lesión. Derivándose el tratamiento de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, a través de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad social (MCSS) y sus servicios médicos especializados.

Es de destacar que el profesional del aikido necesariamente debe mostrar las técnicas ejecutadas no siendo posible dirigir la docencia sin mostrar directa y personalmente su ejecución, por lo que el maestro se involucra así en los riesgos propios del deportista debido a la ejecución de la actividad que enseña¹⁵⁷.

¹⁵⁶ El CSD publica en su web oficial el número anual de licencias y clubes por deporte y comunidad autónoma. Sin embargo no se ofrecen los datos oficiales particulares del aikido, como tampoco los de ningún otro deporte de la misma federación, salvo el judo. Así se ofrece el dato de 1001 clubes de judo en 2014 en el conjunto de CC.AA, sin poder discriminar entre los diferentes deportes (fuente: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/asoc-fed/licenciasyclubes-2014.pdf>, consultada el 1/06/2015). A modo de referencia en una publicación anterior (2012) daba cuenta del estudio relativo a las entidades federadas con un objeto exclusivo en la práctica de aikido en algunas CC.AA, así en Andalucía ascendían a 54 y en Cataluña a 61 en el año que se efectuó esa investigación.

¹⁵⁷ Son públicos y notorios los ejemplos de maestros de aikido que se han mantenido en activo incluso a edades avanzadas, abandonando la docencia en la medida que su condición física o edad les ha impedido mostrar y ejecutar la práctica, como en el caso del propio fundador del aikido Maestro Morihei Ueshiba. Son múltiples los casos de una actividad profesional que implica una práctica plena a

Cuando se trata de profesionales por cuenta ajena, los aspectos preventivos de la salud de estos profesionales son tratados a través de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) que específicamente tenga contratados el empresario. Y si como vimos, tales servicios presentan un déficit de cumplimiento en cuanto al deportista profesional, aún pueden acumular reparos más intensos en el ámbito de los profesionales del deporte como seguidamente expondremos.

Para analizar la prevención de riesgos para la seguridad y salud del profesional de la docencia del aikido, se ha procedido a realizar el acceso investigador a la Evaluación de Riesgos Laborales (ERL) de la Asociación de Clubes Deportivos de L'Eliaana. Se trata de una asociación privada de objeto deportivo que gestiona las escuelas deportivas municipales en el municipio Valenciano de L'Eliaana. Su objeto es la docencia deportiva no reglada de 25 actividades deportivas en las modalidades de iniciación y mantenimiento. Y para cuyo fin se mantienen contratados laboralmente y dados de alta en la seguridad social a 100 monitores de escuelas, incluida la contratación estable de un profesional en la escuela de aikido¹⁵⁸.

En el ámbito de actuación de la asociación gestora examinada, los monitores contratados lo son exclusivamente para una concreta modalidad deportiva, de modo que queda excluida la polifuncionalidad. Cada trabajador contratado atiende exclusivamente a realizar el trabajo de docencia de la actividad deportiva para la que ha sido contratado. Sin embargo se aprecia que tanto los factores de riesgo identificados, como las medidas correctoras propuestas por el SPA, son idénticos para todos los profesionales de las distintas actividades y que se agrupan bajo la genérica denominación de *técnicos deportivos*, ya realicen su actividad en una sala, en un tatami, o al aire libre y con independencia de las tareas específicas que existen en cada escuela supongan para el trabajador un requerimiento físico, esfuerzo y carga mental diferentes. La búsqueda de la uniformidad de los riesgos bajo el supuesto de que existe un denominador común a todas las actividades deportivas, supone desconocer las peculiaridades de riesgo específicas en

partir de los 60 años como en los casos de Ueshiba Moriteru, Tamura, Kitaura, F.Noël, C.Tissier, Yamada o Endo, entre otros profesionales del aikido.

¹⁵⁸ Acceso investigador realizado en enero de 2015 a la ERL elaborada por la Sociedad de prevención Asepeyo para la Asociación de Clubes Deportivos de L'Eliaana (Valencia).

cada modalidad. El efecto inmediato será una inadecuada singularización de los riesgos del puesto de trabajo y de actividad vinculada al mismo. Así para la práctica de contraste analizada, no se han tenido en consideración los riesgos específicos inherentes a la actividad, como la posibilidad caídas a diferente altura, la posibilidad de golpes o choques con terceros, la de sufrir luxaciones o accidentes derivados del uso de la vestimenta propia de la actividad¹⁵⁹; ni tampoco los factores de riesgo específicos del espacio de práctica que al ser un tatami presenta diferencias a las de otras salas y por supuesto al resto de actividades al aire libre, como las condiciones de orientación, ventilación o iluminación, entre otros. Factores todos ellos que solo mediante una adecuada identificación permitirán la correcta definición de las posibles medidas correctoras aplicables.

Los riesgos identificados en la ERL examinada y que guardan relación directa con los riesgos propios del técnico de aikido, son aquellos que se agrupan bajo la genérica denominación de “*sobreesfuerzos y choque contra objetos inmóviles*” y el relativo a “*sobreesfuerzos por posturas forzadas y movimientos repetitivos*”. Riesgos que fueron detectados genéricamente para todas las actividades deportivas realizadas por los técnicos y en los ejercicios físicos de calentamiento previo efectuados. Proponiéndose como medida correctora para todos los técnicos un calentamiento previo que se define como “adecuado” y el estiramiento de los músculos que se identifican como los “correspondientes”. Pero dejando al criterio del propio trabajador el tipo de medida correctora más adecuada a emplear y el trabajo preventivo indicado para minimizar los riesgos del grupo muscular sobre el cual dicho técnico recibe los sobreesfuerzos y la carga de trabajo. Un tratamiento preventivo que resulta contradictorio con la amplia información y el exhaustivo detalle con que se aconseja e informa respecto de los riesgos ergonómicos del personal administrativo, o los accidentes *in itinere* para los que las empresas especializadas editan manuales detallados de ejercicios y protocolos de seguridad. Otra de las medidas propuestas es el “*uso de colchonetas, esterillas o*

¹⁵⁹ Los accidentes producidos por enganchones con la *hakama* o vestimenta tradicional son un hecho conocido, relativamente frecuente y constitutivo de un riesgo que debería ser evaluado, pero que solo un técnico en prevención de riesgos formado en las diferentes modalidades deportivas estaría capacitado para identificar como riesgo específico que concurren en los monitores de esta modalidad.

similares que minimicen las consecuencias de choques/golpes contra el suelo”; que genéricamente serían válidas para una serie de técnicos que precisan de este elemento de trabajo como los contratados para yoga, pilates, gimnasia de mantenimiento, judo, aikido, karate etc. Pero sin que la evaluación entre a considerar aspectos tan importantes como los requisitos técnicos de seguridad que un tatami debe cumplir en función de la actividad deportiva que se desarrolle; desconociéndose tratar los elementos objetivos de seguridad en las colchonetas de trabajo como son su grosor, la densidad Kg/m², abrasión, antideslizamiento o el sistemas de fijación entre ellas. Requerimientos técnicos que serán diferentes en función de la práctica deportiva a efectuar y cuya correcta evaluación y propuesta de medidas correctoras afectará por igual a trabajadores y a usuarios. De lo que cabe lógicamente deducir que una deficiente o insuficiente formulación preventiva, aunque no suponga formalmente un incumplimiento laboral para el empresario, podría entrañar un riesgo en la prevención de la seguridad y salud del trabajador y también de los usuarios.

Pero no todos los profesionales del aikido, así como de otras actividades deportivas son contratados laboralmente. En muchos casos los profesionales de la docencia imparten la actividad al amparo de un club o asociación y con relativa frecuencia se acude a fórmulas compensatorias o de un supuesto voluntariado que resulta generalmente aceptado y muy extendido en el mundo del deporte. En tales supuestos los controles preventivos de la salud de estos docentes pueden quedar definitivamente diluidos, en el mismo grado que la naturaleza laboral de su relación.

4. Análisis del tratamiento del derecho a la salud en una actividad física no calificada como deporte. El caso del yoga.

Dada la vasta realidad de este inmenso cuerpo de conocimientos que es el yoga, se hace imprescindible sistematizar resumidamente los aspectos generales de la cuestión por un imperativo metodológico y aún a riesgo de caer en un cierto reduccionismo. Es de advertir que no es objeto del presente trabajo realizar una aportación especializada en

relación al yoga, para cuyo estudio me remito a la extensísima bibliografía existente. La pretensión de esta parte del trabajo consistirá en analizar el tratamiento a la salud que se deriva del actual ámbito jurídico en el que el yoga está inmerso, considerando sus características como actividad psicofísica cada vez más extendida y contrastando su posición en el sistema jurídico con la de otras actividades; extendiendo el análisis a otras actividades y deportes con las que suele coincidir y con las que comparte la utilización metodológica de las técnicas de la actividad física como medio de potenciar la salud integral de los practicantes.

Una aproximación parcial como la que se propone y relativa a un aspecto tan limitado como el jurídico podría parecer insuficiente, incluso injusta, a juzgar por el milenario bagaje filosófico, incluso espiritual que el yoga atesora. Pero pese a su realización individual el yoga nos presenta un aspecto social que tiene efectos e implicaciones en el orden laboral, fiscal, económico y, en definitiva, jurídico. Por otro lado la existencia de actividad física supone trabajar sobre la integridad de las personas, lo que afecta en modo directo al derecho constitucional a la protección de la salud, proclamado en el artículo 43.1 de nuestra Constitución. Evidentemente una aproximación al yoga desde esta perspectiva no supone un estudiar el yoga. Aunque un estudio riguroso de su dimensión jurídica no sería posible sin acercarnos previamente a la propia realidad de esta milenaria práctica, para luego adentrarnos en el entorno que nos ocupa y con el que necesariamente interactúa.

4.1. Concepto inicial y visión occidental del yoga como actividad física saludable.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el yoga como un «Conjunto de disciplinas físico-mentales originales de la India, destinadas a conseguir la perfección espiritual y la unión con lo absoluto. Conjunto de las prácticas modernas derivadas del yoga hindú y dirigidas a obtener mayor eficacia en el dominio del cuerpo y la concentración anímica (2.m)». Y se define al practicante de yoga o yogui, en una primera acepción, como al «Asceta hindú adepto al sistema filosófico del yoga».

Considerando en segunda acepción a la «persona que practica los ejercicios físicos y mentales del yoga.»¹⁶⁰

La palabra yoga proviene del verbo sánscrito, lengua clásica de la India, *yug* que significa unir¹⁶¹. LYSEBETH, señala que: “El término yoga, en cuanto que emparentado etimológicamente con «yugo», que encontramos en la palabra «conyugal», tiene dos acepciones estrechamente relacionadas. El estado de yoga es aquel en el que el hombre se encuentra «bajo el mismo yugo» que lo divino...La segunda acepción, con una variante, expresa el estado en el cual el «hombre aparente» está ligado al «hombre real»; dicho de otra forma: es el estado en el cual el «hombre aparente» ha recordado su verdadera naturaleza y vive de conformidad con ella” (VAN LYSEBETH, 1969:7). Con este sentido etimológico se acepta generalmente que la finalidad de la práctica del yoga es la unidad del cuerpo, la mente y el espíritu, para a su vez procurar la contemplación o unión total del ser con lo absoluto (*samadhi*) y que conduce a la liberación total (*moksha*).

El yoga constituyó uno de los ocho conocimientos o doctrinas del hinduismo. Su historia y su doctrina está inevitablemente impregnada del entrono filosófico y religioso del que surgió. Este mismo hecho puede comprobarse en otras prácticas psico-físicas orientales (India, China, Corea o Japón) en las que suele ser común que se practiquen actividades físicas en entornos de espiritualidad¹⁶². Este hecho resulta coincidente en todas aquellas actividades físicas que cuidan especialmente el trabajo de las técnicas respiratorias y que vinculan estas al control de la energía vital. Dicha energía vital a la

¹⁶⁰ Fuente: <http://lema.rae.es>. Consultada el 28/06/2014.

¹⁶¹ El Alfabeto internacional de transliteración sánscrita (AITS Del inglés International Alphabet of Sanskrit Transliteration, IAST), es un sistema de transliteración que permite la romanización de escrituras índicas con poca pérdida de información. Ioga proviene del verbo *iush* (yuj en AITS): ‘colocar el yugo (a dos bueyes para unirlos), concentrar la mente, absorberse en meditación, recordar, unir, conectar, otorgar, etc. El verbo *iush* es de la misma raíz indoeuropea que los términos castellanos «yugo» y «conyugal». Fuente consultada: <http://es.wikipedia.org/wiki/> el 28/06/2014.

¹⁶² Ver en este sentido HONTANGAS CARRASCOSA señala que: «En la cultura japonesa es habitual que cualquier actividad se someta a los ritos y creencias populares que a su vez están vinculadas a su religión ancestral o shinto. Así ocurre, como se señaló anteriormente, con actividades deportivas como el sumo o con deportes tradicionales antiquísimos como el balompié tradicional japonés o kemari, jugado desde el siglo VI y cuya práctica se ofrece ceremonialmente a la diosa solar Amateratsu ...» (HONTANGAS CARRASCOSA., 2012: 127)

que se accedería mediante la respiración, ha sido conocida por distintas culturas y aunque se presente bajo diferentes acepciones en todas coincide su uso en las actividades físicas mediante el uso de técnicas que permitirían su control en beneficio de los practicantes. El *ki* en las artes marciales japonesas, el *chi* en las artes marciales chinas y el *prana* en el yoga hindú hacen por tanto referencia a una misma realidad y concepto. Asimismo en todas las prácticas en las que aparecen las referidas técnicas respiratorias y de control energético, está también presente la búsqueda de un adecuado equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu.

Para GRAMMATIKOPOULOU el yoga sería una escuela filosófica basada en el conocimiento surgido de la tradición médica acerca de los diferentes tipos de vientos corporales, pero que se centra más en las técnicas de control de la respiración, con el fin de llegar a otro nivel de conciencia donde uno alcanza el equilibrio espiritual y corporal (GRAMMATIKOPOULOU, 2013: 191)

Se atribuye al mítico sabio Patanjali la redacción alrededor del siglo III a.c. de 194 aforismos divididos en cuatro textos denominados *sutras* y que constituyen el denominado yoga-sutra. Aunque existen autores que retrotraen la existencia del yoga a las culturas del valle del Indo, entre los años 2000 y 3000 a.c.

De la definición académica antes transcrita (RAE) resultarían dos tipos caracterológicos de practicantes de yoga: el adepto filosófico al yoga por un lado; y el practicante de yoga por el mero hecho de serlo y aun cuando no pretenda el ascetismo, por otro. Efectivamente la occidentalización del yoga también ha supuesto una cierta laicidad en la práctica, de modo que muchos occidentales han buscado una práctica regular de las técnicas del yoga, sin pretender un interés por el budismo, el hinduismo, el jainismo, u otras propuestas espirituales o culturales a las que puede asociarse histórica y culturalmente al yoga. El practicante laico occidental normalmente no buscan emular a los místicos ascetas hindúes que cautivaron a Carlo Magno y a quienes los griegos bautizaron como gimnosofistas, o gimnastas psico-somáticos, sino que se someten a una determinada actividad física considerando los posibles beneficios derivados de la misma.

Como señalábamos anteriormente, la práctica del yoga pretende la armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu del practicante, teniendo como objeto alcanzar la

iluminación de la consciencia o *shamadi*. Pero para alcanzar una meta tan ambiciosa, un practicante puede servirse de diferentes vías, conocidas como modalidades de yoga. Así, el yoga se puede dividir en cuatro ramas principales, dos de las cuales, a su vez, se subdividen en cuatro variantes cada una (HURTADO CORRAL, 2004: 14) siendo la más conocida y extendida en occidente la denominada hatha-yoga, y que se orienta al desarrollo máximo de las posibilidades psico-físicas del individuo, basada en el control de la respiración y las posturas (asanas), para dominar el cuerpo y la vitalidad¹⁶³.

Para alcanzar la serenidad y el equilibrio interior o unidad de cuerpo-mente-espíritu que el yoga pretende Patanjali señalaba la existencia de ocho estados¹⁶⁴ de los cuales el más conocido en occidente es el *asana* o la secuencia de movimientos y posturas corporales.

Se considera que cada una de las etapas o pasos supone una evolución o proceso espiritual que redundará en el bienestar físico y psíquico de quien lo alcanza. La consideración de todas las ramas del yoga hace que se considere que este sea un sistema completo de teoría combinada con práctica que tiene en cuenta la meditación, la postura del cuerpo, el comportamiento social, la concentración, el bienestar y la respiración (GRAMMATIKOPOULOU, 2013: 191).

Aunque los aspectos morales de la filosofía del yoga (yamas y niyamas) son considerados como los pilares básicos, muchas veces son imposibles de realizar por un occidental si no ha seguido desde pequeño una determinada educación filosófica o

¹⁶³ Entre las variantes relacionadas por HURTADO CORRAL además del hatha-yoga, cita: Laya-yoga (dividido en cuatro partes: Bhakti-yoga, Shakti-yoga, Mantra-yoga y Yantra-yoga); Dhyana-yoga; Raja-yoga o Ashtanga-yoga; Jnana-yoga; Karma-yoga; Kundalini-yoga y Samadhi-yoga.

¹⁶⁴ Los ocho Estados, según Patanjali son: **Yama**: Los principios universales o código moral cuya observancia exige: no realizar acciones violentas (ahimsa), no robar (asteya), no cometer actos impuros (contingencia o brahmacharya), no mentir (satya) y no dejarse llevar por las pasiones (desapego o aparigraha), a fin de alcanzar un estado de paz interior. **Nyama**: La purificación personal que debe llevar a cabo el asceta mediante la recitación de mantras y la pureza del pensamiento y la acción. **Asana**: El estudio y ejecución de las diferentes técnicas o posiciones que permiten al cuerpo un bienestar que proporcione la quietud de la mente. **Pranayama**: El control del prana (energía) a través de la respiración en sus diferentes fases: inspiración, retención con los pulmones llenos, expiración y pausa. **Pratyahara**: O el dominio de los sentidos, eliminando las percepciones externas que puedan perturbar la concentración mediante el control de la voluntad. **Dharana**: La concentración mental como fase para establecer una mente serena y libre de la influencia de deseos y emociones **Dhyana**: Meditación. **Samady**: Estado de iluminación final en la que el alma individual (Atman) se une al alma universal (Brahman).

religiosa. Por este motivo la occidentalización del yoga supone, en muchos casos, otorgar importancia a dos o tres de los ocho estados señalados por Patanjali en sus yoga-sutra, centrándose en el trabajo con las posturas corporales (asana), técnicas de respiración (pranayama) y la meditación (dhyana), más acordes con la mentalidad occidental y respetuosas con cualquier orientación espiritual de los practicantes.

La extensión masiva del yoga a occidente, al igual que ha ocurrido con otras prácticas y tradiciones orientales especialmente con las artes marciales tradicionales, ha originado una fusión conveniente de conocimientos en la que el mundo occidental ha incorporado tales prácticas a su propio modelo cultural. Es por esta razón que podemos hablar de un modelo laico occidental o inclusivo, no solo del yoga sino también de otras prácticas. En muchos casos tal incorporación (occidentalización) puede haberse realizado prescindiendo del aporte filosófico o espiritual consustancial al origen de las mismas y quedándose con el aspecto psicofísico más admisible para la mentalidad occidental. Este hecho producirá comúnmente, y al igual que ocurre con las artes marciales tradicionales (*koryu ryuha*), una segmentación entre aquellos grupos de práctica con una orientación más tradicional y vinculada al origen filosófico y espiritual de la práctica, respecto de aquellos otros más occidentalizados y deportivizados. Y ha sido precisamente con el objetivo de mantener la esencia de la práctica y su mejor difusión que el Ministro Indio Nerendra Modi constituyó el pasado 9 de noviembre de 2014, la creación de la Secretaría de Estado del Yoga, justo dos días después que la Asamblea General de la ONU declarase el día mundial del yoga¹⁶⁵.

El sistema o escuela más extendida del yoga en todo el mundo es el hatha yoga, precisamente por incidir en el trabajo con las asanas o posiciones corporales, unido a la práctica respiratoria del pranayama; aspectos estos que forman parte de lo que se conoce como «parte física» del hatha yoga. Pero la parte mental tiene un papel determinante hasta el punto de que “*de ella depende en gran medida el resultado que se obtenga con las prácticas físicas. Muchos occidentales cometen el grave error de no concederle la importancia que requiere*” (VAN LYSEBETH, 1969:9)¹⁶⁶. Sin embargo, esta dimensión

¹⁶⁵ Fuentes: Diario Levante EMV de fecha 21/06/2015 y <http://internacional.elpais.com/internacional>

¹⁶⁶ Citado del prólogo realizado por Jean Herbert.

física puede acoger a un público extenso que bajo los amplios parámetros técnicos de un trabajo psico-físico pueden realizar una práctica neutra en lo espiritual o filosófico. Y aunque el propósito original con la realización de la secuencia de posturas físicas sea lograr que el cuerpo esté apto para la meditación, no siempre la meditación forma parte integrante de la oferta que se realiza en occidente para la práctica del yoga; puesto que en la medida que el yoga se ha incorporado a las actividades físicas del mercado, es natural que se busque la mejor adaptación a las demandas del consumo y de los consumidores.

La práctica y los estudios de yoga se han convertido en uno de los segmentos de negocio con mayor proyección de desarrollo debido al creciente interés de la población en alcanzar ese pretendido equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. Esta creciente demanda ha supuesto la incorporación del yoga a la industria de la actividad física del bienestar. Y como toda actividad capaz de generar un rendimiento económico, los grupos empresariales del sector realizan estudios de mercado orientados a la apertura de centros especializados. Incluso las asociaciones de yoga informan respecto de los requisitos legales y el procedimiento necesario para la apertura de un centro¹⁶⁷. No en vano, históricos y reconocidos yoguis españoles como Ramiro Calle, han denunciado el riesgo de desnaturalización que sufre el yoga una vez convertida la práctica en una especie de *fitness* de gimnasio y en un negocio¹⁶⁸.

4.2. La dimensión social y económica del yoga.

La propuesta del presente apartado del trabajo es precisamente la de aproximarnos a la realidad del yoga en cuanto que actividad física comercial, producto de mercado y

¹⁶⁷ Existen páginas Web para emprendedores indicando el modo en que debe efectuarse la prospección de un centro de yoga y la dotación e infraestructura mínima para su creación (espacios necesarios, material y equipamiento, personal, acciones promocionales, nombre comercial, licencias municipales, etc...). Entre otras: <http://www.thesecretsofyoga.com/spanish/yoga-articles/How-to-open-a-Yoga-Studio.html>
http://www.yoga-darshana.com/abrir_un_centro_de_yoga.htm
<http://www.soyentrepreneur.com/26379-abre-un-centro-de-yoga.html>; consultadas el 30/06/2014.

¹⁶⁸ Fuente: entrevista en <http://www.elmundo.es/cronica/2014/02/08/52f62d09e2704e587b8b4576.html>. (consultada el 2 de julio de 2014)

consumo que posteriormente queda sometida al ordenamiento jurídico. Pues debemos considerar que incluso que para aquellos que practican el yoga en el occidente del siglo XXI como un modo de vida, con un sentido integral, espiritual o filosófico, la actividad que realizan no deja de ser consumida como producto, practicada al margen de las obligaciones que impone nuestra actividad cotidiana, durante el tiempo de ocio disponible y que es retribuida económicamente mediante cuotas mensuales o aportaciones conforme a las leyes de la oferta y la demanda. Y todo esto sin perjuicio de la orientación personal que cada practicante desee conceder a su propia práctica.

No obstante debe matizarse que una disciplina milenaria y con una tradición filosófica de tanta riqueza y envergadura como el yoga, exige el máximo respeto y rigor posibles, tanto a su sistema de conocimiento como a los múltiples intereses, puntos de vista y sensibilidades de quienes lo practican. Por esta razón debemos diferenciar entre el yoga comercial, entendido como un producto de consumo en nuestra sociedad, del “Yoga” con mayúsculas, o en su sentido extenso, entendido como cuerpo de conocimiento y vía de realización personal. La aproximación que pretende el presente apartado, se refiere exclusivamente al producto de mercado, de modo que la utilización de la expresión “yoga” que va a ser empleada, deberá entenderse circunscrita a esta concreta y limitada realidad y no a su consideración global como sistema filosófico-espiritual. Nos limitaremos por tanto al aspecto social de la actividad; el que genera efectos jurídicos de todo orden, por lo que resultará necesario abordar todas estas cuestiones socio-económicas como una consideración previa.

Según el último estudio realizado en 2012 por Yoga Journal, unos 20,4 millones de personas practican esta técnica de meditación y relajación física y mental en EE.UU. comparado con los 15,8 millones que lo hacían en 2008¹⁶⁹.

Aunque no se han publicado datos por parte de ningún organismo oficial, las webs dedicadas a esta actividad coinciden en que en España los seguidores del yoga pueden rondar la cifra de unas 100.000 personas, apenas un 0,25% del total y muy lejos aún de las cifras americanas pero con un aumento notable en los últimos años.

¹⁶⁹ Fuente: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/> consultada el 3/03/2015.

Tampoco existen estudios respecto del índice de práctica del yoga en España. El anuario de estadísticas deportivas del año 2014, publicado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, señala que el 3'6% de la población que practica deporte, realiza actividades físicas de inspiración oriental, en las que engloba sin diferenciar, al yoga, tai chi y el aikido¹⁷⁰. En la ciudad de Valencia el 3'38% de los cursillistas en actividades deportivas municipales de sala lo fueron para actividades de yoga. Práctica que alcanzó los 37.883 usos anuales, repartidos entre 10 polideportivos municipales en los que constituye una oferta deportiva estable.¹⁷¹

A falta de datos oficiales los profesionales del sector informan que el número de practicantes y centros de yoga no ha hecho más que aumentar de forma desorbitada en los últimos cinco años. Desde la Federación Catalana de Yoga se calcula que puede haber más de 300 centros solo en Barcelona, estando inscritos en la página web “Yogasferaes” doscientos ochenta y tres centros solo en esta ciudad¹⁷².

4.3. Calificación y posición jurídica del yoga.

Como ya indicé anteriormente el yoga es una práctica que no está incluida en ningún sistema. Pese a que en apariencia cuenta con componentes educativos, terapéuticos y recreativos no aparece ni en el sistema educativo, ni en el sanitario, ni en el deportivo. Por lo que se refiere a este último resulta obvio que nuestro sistema jurídico deportivo, caracterizado por una notable intervención pública, ha excluido de su entorno y casi en su totalidad a las actividades no competitivas y por tanto al yoga. Esta situación ha determinado que muchas prácticas se vean privadas de una regulación estructurada que posibilite una adecuada acción pública de fomento y garantía. Tales prácticas, entre las que hemos seleccionado al yoga como práctica de contraste y en representación de

¹⁷⁰ <http://www.mecd.gob.es/> consultada el 3/03/2015

¹⁷¹ Según la Memoria de la FDM de Valencia (2014) en: <http://www.valencia.es> consultada el 20/02/2015.

¹⁷² Información publicada por el periódico El País http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/09/29/catalunya/1380480744_822161.html

todas ellas, tienen una regulación segmentada que se produce en función de los diferentes efectos que su presencia en la sociedad ha ido generando. Por lo que si bien esta práctica está sometida a los controles de legalidad específicos que genera su actividad, estos controles son dispersos pues no ha sido posible diseñar un tratamiento unitario para la realidad específica del yoga.

De entre todas las regulaciones y controles jurídicos posibles, el control económico es el único que ha consolidado su presencia. Por su conducto nuestra Agencia Tributaria ha aplicado la estructura general de las actividades económicas a las empresas, asociaciones y profesionales dedicados a la docencia en yoga. Y con ello una regulación fiscal que somete en el sistema a cualquier actividad económica declarada que se genere. El Real Decreto Ley 1175/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del impuesto de actividades económicas (IAE) ha regulado las altas fiscales en las diferentes modalidades de explotación económica, permitiendo tres formulas de regularizar la actividad económica que el yoga genera, como a continuación se relacionan:

a) Como actividad empresarial: En el supuesto de que la actividad se desarrolle por una empresa constituida como sociedad civil en sus diferentes formas: Sociedad Limitada, Sociedad Anónima o Cooperativa. Es la forma que suelen adoptar las empresas que dirigen gimnasios o centros deportivos donde se imparte el yoga y que exige su inclusión en la división 9 de “otros servicios”, en el epígrafe 976.1 de instalaciones deportivas del IAE.

b) Como actividad profesional: El profesional del yoga puede también darse de alta como autónomo en la agrupación 82 de profesionales de la enseñanza, en el grupo 826 como “personal docente de enseñanzas diversas, tales como la educación física y deportes...”. Aunque también puede elegir hacerlo en la agrupación 89 de “otros profesionales”, dentro del grupo 899.

c) Como actividad asociativa: Finalmente cabe la posibilidad de constituir una asociación civil, sometida a la Ley Orgánica 1/2002, reguladora del derecho de asociación y a cuyo amparo suelen constituirse habitualmente los centros independientes

de yoga en los que la práctica de esta actividad se suele ofrecer en exclusividad y de modo especializado.

Por supuesto debe citarse al yogui profesional que trabaja por cuenta ajena, sea en una asociación o empresa deportiva y por tanto bajo contrato laboral en alguna de las fórmulas que nuestra legislación laboral prevé, siendo habitualmente utilizadas las modalidades de tiempo parcial y obra o servicio. Mención aparte merece la figura del docente vocacional que habitualmente despliega su labor de un modo asiduo, a cambio de una retribución o bajo la ambigua forma de un donativo voluntario que aún siendo susceptible de generar una actividad económica legal no es declarada, situando la actividad al margen de su control y fiscalización.

La situación descrita y el encuadre legal examinado no afecta exclusivamente al yoga, sino que puede hacerse extensiva al conjunto de todas las prácticas de fitness y que como dijimos, constituyen el deporte del siglo XXI. Sin embargo, la realidad de las actividades económicas ocultas en el ámbito de la AFD afecta por igual a todas ellas y con independencia de que se encuentren incluidas o excluidas del sistema.

Aunque la elección de un tipo u otro de encuadre legal para la realización de la actividad de yoga tendría diferentes consecuencias desde un punto de vista fiscal¹⁷³, no nos detendremos en este punto particular, pero sí debemos considerar que cada uno de los sistemas elegidos para el desarrollo profesional de la actividad determinará la aplicación de diferentes sistemas de protección de la seguridad y salud de los profesionales del yoga y de los practicantes como examinaremos más adelante.

¹⁷³ A los efectos de la aplicación del IVA la consulta vinculante de la Dirección General de Tributos de fecha 29/09/10, en relación a la exención del impuesto para las actividades de yoga y tai-chi, declaraba: «A no ser de aplicación ninguna de las exenciones previstas en la Ley del Impuesto; los servicios de “área deportiva” prestados por la consultante como yoga y tai-chi tributarán por el Impuesto del Valor Añadido al tipo impositivo del 8%, tanto si se facturan al centro docente o al APA, como si se cobran directamente a los alumnos». Aunque cabría plantearse una posible exención del impuesto en caso de realizarse la actividad desde una asociación no lucrativa, considerando la modificación del artículo 20.1. ap.13 de la Ley /1992, de 28 de diciembre del Impuesto del Valor Añadido,

4.4. El yoga como actividad potencialmente beneficiosa o perjudicial para la salud.

Con independencia de que el yoga carezca de una calificación legal como deporte, puede ser calificada como una actividad física o psico-física, pues compartiría con estas una característica común como es la posibilidad de una realización beneficiosa así como de una realización contraproducente.

En base a los estudios científicos publicados, TORRES CASADO señala que las *asanas* pueden aumentar en los pacientes la flexibilidad, la coordinación y la fuerza. Los ejercicios de respiración y meditación calman y focalizan la mente aumentando el estado de conciencia y disminuyendo la ansiedad, siendo el resultado final el aumento de la calidad de vida, señalando que: «En conjunto, el yoga, es un recurso eficiente y fácil de aprender, seguro, con mínimos efectos secundarios y múltiples beneficios, con una adherencia considerable y adaptable a personas sanas y enfermas» (TORRES CASADO, 2014:63).

Resulta conviene recordar que aunque el yoga tiene reconocido un gran poder preventivo y terapéutico debe considerarse que al igual que en otras muchas actividades, su uso terapéutico no constituye una panacea de las terapias ni tampoco siempre es la más adecuada. Como acertadamente señala VAN LYSEBET (1973:135) : “*el yoga se detiene allí donde empieza la medicina. Por lo tanto, toda aquella persona que padezca una afección aguda tendrá que esperar a ser curada antes de iniciar la práctica del yoga*”. Este planteamiento nos ofrece una doble dimensión a considerar: Por un lado que el yoga, al igual que cualquier otra disciplina que tenga un componente de actividad física, no es beneficioso *per se*. Por otro lado, la práctica en sí misma no tiene un efecto terapéutico universal, sino que el posible beneficio debe ser planificado y dirigido exclusivamente a los sujetos susceptibles de recibirlo en condiciones y aptitud de hacerlo y bajo la supervisión adecuada del modo en que esto debe ser realizado.

Las *asanas* del yoga pueden proporcionar un beneficio para la salud considerando que no existan contraindicaciones para las personas que las realizan y si al ejecutar una serie se respeta una determinada secuencia u orden, se mantiene cada postura durante el

tiempo preciso que la misma requiera y se ajusta adecuadamente la respiración y la concentración mental que debe acompañarla. La vigilancia de tales aspectos por un profesional competente resulta imprescindible no solo para que los ejercicios desarrollen todo su potencial de beneficio sobre el organismo, sino para proteger al practicante de las contraindicaciones que podrían existir en caso de que alguno de estos aspectos no se vigilase correctamente. Por tanto sería preciso que una persona con el conocimiento necesario garantizase la protección de la salud de las personas que lo practican, propiciando la aparición de todos los efectos beneficiosos que la práctica puede proporcionar.

Estamos en presencia de una práctica que apela a la salud de las personas, sin olvidar que esto supone que podría ser también potencialmente perjudicial para ciertos individuos, para los que estarían contraindicadas algunas técnicas; o para todos los sujetos en caso de que las técnicas se realizasen de un modo incorrecto o incompleto.

En el cuadro adjunto se relacionan algunos de los beneficios y de las contraindicaciones más conocidas en las *asanas* de yoga. No obstante no se trata de una relación exhaustiva, ni aparecen relacionadas todas las técnicas existentes sino solo una muestra representativa de algunas de las más conocidas. Aclarando que las que no están relacionadas en el cuadro pueden ser complementarias o secuenciales de las citadas y se dirigen a actuar sobre los mismos órganos corporales por lo que pueden tener similares beneficios o contraindicaciones a los descritos. Es preciso aclarar que aunque sean conocidas y estén descritas las posibles contraindicaciones que pueden tener las *asanas* del yoga, su realización por personas en las que concurra alguna de estas contraindicaciones, no debería tener un resultado muy grave, pues una práctica contraindicada suele generar avisos en forma de molestias o dolores que indudablemente deben persuadir al practicante de seguir realizándolas.

No obstante, aunque siempre debe imponerse un ejercicio prudente en todas las actividades físicas, resulta imprescindible que la eliminación de tales amenazas a la salud no quede circunscrita exclusivamente al sentido común o el criterio de quienes las practican, sino que deben asignarse a la responsabilidad de quien las dirige u organiza, a quien le incumbe una adecuada supervisión de la actividad.

CUADRO N°13: BENEFICIOS Y CONTRINDICACIONES DE LAS ASANAS DE YOGA

ASANA	BENEFICIOS	CONTRAINDICACIONES
La vela (sanganvasana)	Mejora la circulación venosa, comprime las tiroides; mejora la irrigación cerebral; alivia las ptosis renales y abdominales	Afecciones de cabeza y cuello, otitis, abscesos dentales, sinusitis, anginas y esclerosis cerebral.
El harado (halasana)	Tonifica la musculatura de la columna y los ganglios del simpático. Mejora la irrigación cerebral y de la tiroides En su fase final, estimula y descongiona por compresión todos los órgano abdominales	Personas que padezcan hernia grave o estrangulada. En su fase final, especialmente, las mujeres durante el periodo no deben realizar el ejercicio a fondo.
El pez (matsyasana)	Mejora la capacidad pulmonar; fortalece la musculatura vertebral, estimulando los órganos pelvianos y vísceras abdominales; tonifica las suprarrenales y estimula el páncreas	Es una contra-postura que trabaja los músculos antagonistas de las dos posturas anteriores por lo que su beneficio depende de su correcta ejecución y en la secuencia adecuada.
La pinza (pashchimotasana)	Estimula los nervios de la columna vertebral; activa el peristaltismo intestinal, estimulando el hígado, los riñones, la vesícula y la vejiga.	Complementa naturalmente la fase estática de halasana. No se describe más contraindicación que la natural adaptación a las propias limitaciones de elasticidad.
La cobra (bhujangasana)	Trastornos uterino-ováricos Irrigación sanguínea de la médula espinal; tonifica las capsulas suprarrenales en la segregación de adrenalina y cortisona favoreciendo la diuresis	Se desaconseja a los hipertiroideos la variante de la postura final. Carece de otras contraindicaciones si es ejecutada sin violencia o sacudidas
Posturas sobre la cabeza (Shirshasana y kapalasana)	Alineación de las lumbares y cervicales con actuación directa sobre la 5ª lumbar y articulación del sacro. Acelera el retorno de sangre venosa estimulando al cerebro con sangre arterial. Relaja la próstata y previene varices y hemorroides	Esclerosis cerebral, aneurismo y sujetos con hipertensión.
Uddiyana bandha	Estimula las glándulas del tubo digestivo y la descongión del hígado; tonifica las suprearrenales aumentando la diuresis Al actuar sobre el diafragma estimula los pulmones y el corazón, y favorece el equilibrio neurovegetativo.	Todas las afecciones agudas abdominales: colitis, apendicitis, etc.

(Cuadro de elaboración propia a partir de VAN LYSEBEETH, 1969)

4.5. La prevención y protección de la salud del profesional y del practicante de yoga.

La salud tanto del profesional como del practicante de yoga no puede quedar excluida de la acción pública de protección bajo la falsa premisa de que se trata de una práctica que es en sí misma saludable, o bajo el argumento de su realización en ámbitos privativos o íntimos del individuo y por tanto en una esfera de libertad que pudiera justificar que se ignore su existencia por parte de los poderes públicos. Del mismo modo y como vimos que ocurría en el aikido, las características intrínsecas de una actividad no competitiva, o su enfoque, no eliminan por completo la presencia de factores de riesgo objetivo que planean sobre la seguridad y salud tanto de los profesionales como de los usuarios. Efectivamente en el caso del yoga y de tantas otras actividades dirigidas en gimnasios, existe una comunicación natural de los riesgos propios del profesional que imparte y dirige una clase con los usuarios de tales servicios que comúnmente repiten la misma secuencia de movimientos o posturas mostrados por el profesional docente, en el mismo orden y con la intensidad solicitada este. Por esta razón los riesgos que concurren en el profesional, aun siendo mayores que los que recibe el alumno por la reiteración y la carga laboral, son también los mismos riesgos comunes de la práctica para el alumno que los imita.

El amplio mercado de las actividades dirigidas en gimnasios ha generado un sector de profesionales cuyas características más relevantes son la polifuncionalidad y la precariedad, a lo que debemos sumar la inexistencia de una formación oficial y reglada para la mayor parte de las actividades así como la desregulación de la actividad profesional.

En el capítulo IV (epígrafe 2.1.6) tuvimos ocasión de examinar los datos proporcionados por el INSHT, relativos a la siniestralidad en gimnasios y examinamos como características comunes de los técnicos deportivos profesionales la precariedad y la polifuncionalidad laboral, e indicábamos cómo la titulación, la regulación del ejercicio de las profesiones del deporte se convertían en auténticos factores de la prevención de riesgos de la seguridad y salud de los usuarios de servicios deportivos.

También tuvimos ocasión de analizar que, en determinadas ocasiones, los técnicos deportivos utilizaban la técnica de mostrar a sus alumnos la correcta ejecución de la actividad, generando así una relación en espejo; siendo idéntica la actividad realizada por el profesional y por el cliente y produciéndose una comunicación natural de los riesgos entre una y otra parte de la relación, lo que permitía afirmar que una correcta regulación de los riesgos profesionales, del la mano de la legislación laboral, actuaría como eficaz elemento preventivo en la seguridad y salud del usuario o cliente de tales servicios.

Para la valoración de la prevención de riesgos laborales del profesional del yoga hemos acudido a examinar la Evaluación de Riesgos Laborales (ERL) de los trabajadores de varias instalaciones deportivas municipales de Valencia en las que se imparte de una manera estable esta actividad. Se ha accedido a la documentación técnica preventiva de los polideportivos de gestión indirecta de Patraix, Orriols y Abastos. La gestión deportiva en los centros municipales ha sido adjudicada mediante concesión administrativa a empresas de gestión que han formalizado la prestación de los servicios obligatorios de prevención de riesgos laborales con empresas externas que prestan el servicio de prevención ajeno (SPA). En dos primeros centros el yoga se ofrece junto con otras veinte actividades dirigidas de sala. Las ERL estudiadas separan a los trabadores del centro diferenciando entre el “*monitor de natación/acuafitness/socorrista/monitor de SPA*” y el “*monitor deportivo de gimnasio (yoga, sipinning etc)*”.

Al igual que en la ERL de la asociación multi-deportiva examinada en la práctica de contraste anterior, también se observa que bajo la denominación “*monitor deportivo*” se han incluido todos los posibles factores de riesgo de todos los monitores de la empresa o centro de trabajo. Las ERL de los centros de Patraix y Orriols han previsto hasta 16 factores de riesgo, conforme a la tabla adjunta. Pero el acceso investigador se ha completado con la ERL de un tercer centro cuyos datos de ERL son similares a los examinados anteriormente; con la única diferencia de que la categoría de monitores incluye en el mismo grupo a los de actividades y natación, razón por la cual se han identificando hasta 28 riesgos en los puesto de trabajo, frente a los 16 identificados en el caso anterior. En este caso se han calificando los *riesgos derivados de cargas físicas y posturales* con una probabilidad de causación *baja*, con consecuencias para la salud de

grado *medio* y valor del riesgo *tolerable* y por tanto, con una clasificación diferente de la efectuada por el otro SPA para el mismo grupo de profesionales. Llama la atención la clasificación de un riesgo denominado “*inherente a la actividad física deportiva desarrollada*” que contradictoriamente no singulariza para cada posible actividad a impartir por el monitor y para las que se proponen como medidas preventivas, informar al trabajador y realizar ejercicios de calentamiento previo, entre otras¹⁷⁴.

En las ERL examinadas se verifica una definición de los riesgos que permiten la polifuncionalidad laboral y por tanto, hacen posible que el trabajador-a contratado como monitor-a de yoga difícilmente encuentre reflejado en su contrato laboral esta singularidad y en la práctica sea requerido para impartir otras clases dirigidas como pilates, aerobio, step o body-pump, body-combat o tai-chi... cubriendo el documento de prevención examinado todos los riesgos comunes a la realización de más de la veintena de prácticas que constituyen la oferta estable de actividades dirigidas, aunque sin especificar los riesgos propios de cada una. Se aprecia por tanto que son desconocidos los factores individualizados del riesgo que concurren en cada actividad deportiva de un modo específico y que guardan relación con los grupos musculares que moviliza el trabajador en cada una; o la relación de posturas forzadas que pueden ser incluso recurrentes; o la relación a las series o el orden de movimientos realizados en cada una de ellas. Así como la posible compatibilidad o contraindicación de impartir actividades físicas diferentes de un modo secuenciado y que podrían ser complementarias o bien antagónicas, según se impartan a lo largo de una misma jornada, de un modo continuado o reiterativo, o sin programar dichas secuencias laborales con sus correspondientes pausas de recuperación o adaptación.

¹⁷⁴ El documento cita las siguientes recomendaciones adicionales como medidas preventivas frente a los “riesgos inherentes a la actividad”: “*Meterse en el agua de manera progresiva, evitando zambullirse bruscamente. No practicar la actividad deportiva si se sienten mareos etc. Realizar ejercicios de voz, utilizar el silbato, micrófono, o megáfono si fuera necesario. En caso de estar resfriado se recomienda la utilización de taponos al entrar al agua. Secarse concienzudamente antes de salir a la calle en invierno*”.

**CUADRO nº14: EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES
DE UN TÉCNICO DEPORTIVO.**

Nº	RIESGO DETECTADO	P	C	ESTIMACIÓN
020	Caída de personal al mismo nivel	2	2	Moderado
040	Caída de objetos en manipulación	1	2	Tolerable
070	Golpes contra objetos inmóviles	1	2	Tolerable
090	Golpes/cortes por objetos o herramientas	1	2	Tolerable
160	Contactos eléctricos	1	3	Moderado
450	Fatiga mental	1	2	T
130	Sobreesfuerzos	2	2	M
500	OTROS	2	1	T
010	Caída de personas a distinto nivel	2	2	M
330	Exposición a ruido	1	1	Trivial
140	Exposición a temperaturas ambientales extremas	1	2	T
210	Incendios	1	3	M
390	Accidente in itinere	2	2	M
110	Atrapamiento por o entre objetos	1	2	T
380	Factores ergonómicos	2	2	M
410	Fatiga Física	2	2	M

P → Probabilidad	C → Consecuencias
1. BAJA	1. BAJA
2. MEDIA	2. MEDIA
3. ALTA	3. ALTA

(Fuente: ST Prevención, para ESPORTINAT.SL.2015)

El déficit que acumula nuestro país en el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos se acentúa más si cabe en el sector deportivo, tradicionalmente asociado con el ocio, entendido como un sector que aglutina actividades secundarias que no forman parte del sistema productivo tradicional. Y pese a que este sector de servicios

tiene cada vez una mayor importancia económica, se encuentra muy diversificado en diferentes sectores en el que el más visible sigue siendo el espectáculo deportivo competitivo.

Merece una especial referencia el artículo 29 de la LPRL en cuya virtud al docente de AFD, en cuanto que profesional por cuenta ajena, le incumbiría la vigilancia de la seguridad y salud de sus alumnos/usuarios garantizando que sus actos u omisiones no lleguen a afectarles. El citado precepto establece que:

“Corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario”.

Estableciéndose una referencia directa a la formación o cualificación del trabajador como uno de los factores determinantes para el cumplimiento de la obligación de velar por la seguridad y salud de terceros. Pero sin que la normativa laboral haya desarrollado este concepto o haya elevado esta circunstancia a la categoría de factor preventivo de obligado cumplimiento. Pese a esta tímida regulación, no cabe duda de que un elemento decisivo en el control de los factores objetivos de riesgo de las AFD es la idoneidad o capacitación del profesional que dirige o imparte la actividad. Pero la formación y titulación oficial de los profesionales que imparten regularmente clases de yoga, carece en España de un reconocimiento oficial. No existe en España una formación reglada ni reconocida por la Administración educativa que proporcione las competencias y los conocimientos que permitan acceder a un título oficial de profesor de yoga.

La ausencia de una formación reglada en muchas de las AFD constituye una grave laguna jurídica especialmente si consideramos que paradójicamente, la propia Administración sí que ha sido consciente de la necesidad de que existan profesionales de yoga con una formación adecuada. Efectivamente el Estado ha reconocido el hecho de que cientos de personas hayan venido desempeñando de hecho esta función docente en España durante años, sin ningún tipo de acreditación ni reconocimiento. Y la homologación oficial de esa experiencia profesional ha venido de la mano de los

denominados certificados de cualificación profesional, que para la actividad de yoga se han materializado mediante el Real Decreto 1034/2011, de 15 de julio, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, estableciendo cinco cualificaciones profesionales de la familia profesional “actividades físicas y deportivas”, con sus correspondientes módulos formativos. Y en donde se encuentra regulada la cualificación profesional de “Instrucción en Yoga”, nivel 3 (código AFD616_3) con las siguientes competencias generales:

«Programar, dirigir y dinamizar actividades de instrucción en yoga conforme a las directrices establecidas en la programación de referencia, con las técnicas y posturas específicas, dirigidas a todo tipo de practicantes y adaptándolas a sus necesidades para el cuidado y mejora corporal, aumentar la percepción de bienestar y favorecer la realización personal, en condiciones de seguridad y con el nivel de calidad del servicio que permita conseguir la satisfacción de los mismos». (Anexo DCXVI del RD 1034/2011).

Resulta por tanto obvio que las competencias diseñadas en los módulos formativos de la familia profesional de las actividades físicas y deportivas también se orientan al denominado deporte-salud; siendo explícita la mención en cuanto a la realización de la actividad *en condiciones de seguridad* y por tanto, con una referencia directa a la necesidad de salvaguardar la protección de la salud del alumno. Pero el catálogo nacional de las cualificaciones profesionales, tal y como indica el artículo 7.1 de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de Cualificaciones Profesionales y de la Formación Profesional, se crea con la finalidad de facilitar el carácter integrado y la adecuación entre la formación profesional y el mercado laboral, así como la formación a lo largo de la vida, la movilidad de los trabajadores y la unidad de mercado laboral. Finalidades todas ellas que nada tienen que ver con la promoción o protección de la salud y que evidencian marcada orientación socio-económica y laboral. Un año más tarde y mediante Decreto 1076/2012, de 13 de julio, se establecían seis certificados de profesionalidad en la familia profesional de las actividades físicas y deportivas que se incluían en el “Repertorio nacional de certificados de profesionalidad” (BOE nº 214 de 5/09/2012) y que en su anexo IV regulaba la instrucción en yoga en el nivel 3.

Pese a ese esfuerzo, el propio artículo 1 del citado RD 1034/2011 reconoce que dichas cualificaciones y su formación asociada tienen validez y son de aplicación en todo

el territorio nacional, señalando literalmente que: «*no constituyen una regulación del ejercicio profesional*». De este modo el Estado ha procurado cubrir la carencia de una titulación oficial de yoga y ha creado una homologación a través del reconocimiento de la experiencia laboral acreditada, mediante el sistema de la cualificación profesional. Una intervención legislativa que, como se reconoce en la disposición adicional única en relación a las actualizaciones futuras del catálogo, puede responder a las necesidades del sistema productivo, atender a una posible demanda social, incluso favorecer la integración en el mercado de trabajo de muchos docentes de esta actividad. Pero habiéndose establecido como objetivo del RD 1034/2011 la salvaguarda del derecho a la salud de los consumidores y usuarios, tal nivel de protección no puede proporcionarse plenamente sino completando la regulación a través de un currículo conducente a una titulación reconocida como oficial. No en vano, la existencia de un sistema de cualificación por homologación y que no prevé la posibilidad de obtener en paralelo una titulación oficial para la misma actividad, no deja de ser contradictoria por cuanto que atiende preferentemente el derecho del educador con experiencia y sin título, frente al derecho del futuro instructor a obtener una formación reglada, así como el derecho del usuario a recibir los servicios de un profesional titulado. Situación que beneficia a amplios sectores de la formación no-oficial del profesorado y a todos los centros, fundaciones y asociaciones de yoga que se nutren y benefician económicamente impartiendo a su criterio dicha formación no reglada y con contenidos tan diversos que llegan a conectar el yoga con otros aprendizajes vinculados pero ajenos al conocimiento técnico de la especialidad y la de sus riesgos asociados, impartiendo así contenidos relacionados con la dietética o las terapias alternativas, en el marco de retiros de espiritualidad.

Existen colectivos que vienen reclamando la necesidad de regularizar las enseñanzas de las actividades físico-deportivas en general y las de yoga en particular. Así la Asociación Española de Practicantes de Yoga, aprobada por el Ministerio de la Gobernación el día 25 de octubre de 1976, establece entre los objetivos definidos en el artículo 2º de sus estatutos tiene por objeto:

“la regulación de la enseñanza del yoga y la difusión de su práctica a través de

todos los medios necesarios para su impulso y divulgación, y atender las necesidades de información y asesoramiento de sus asociados...”.

Y la denominada Federación Española de Yoga profesional (FEYP), establece la necesidad de una formación unificada, destacando en su Web oficial que:

“Este es uno de los objetivos que quiere cumplir la Federación Española de Yoga Profesional: propiciar y alentar la cercanía y el entendimiento entre las escuelas, asociaciones, centros y formadores... trabajando con una perspectiva amplia y sincera que asiente las bases de una formación responsable y digna, en el respeto absoluto a todas las formas de entender el Yoga pero, sobre todo, en el respeto profundo al bienestar físico, mental, energético y espiritual de las personas que buscan en el Yoga el cumplimiento de su desarrollo integral y su proceso evolutivo.»¹⁷⁵

En España solo las Comunidades Autónomas de Cataluña, La Rioja y Extremadura han procedido a regular el ejercicio de las profesiones del deporte exigiendo su realización por profesionales titulados. Y también como hemos comprobado anteriormente, solo algunas comunidades autónomas han previsto en su legislación deportiva la obligatoriedad de ostentar una titulación deportiva oficial para la docencia deportiva. Aunque con resultados prácticos que demuestran la escasa implantación de dicha exigencia normativa. Así en la Comunidad Valenciana, el colectivo de licenciados en Educación Física y Deporte (ICOLEF-CV) planteó ante la Consellería de Educación la necesidad de regular el mercado laboral en el sector de la AFD, para garantizar la buena praxis de los profesionales. Considerando dicha regulación imprescindible para que el personal que tenga grupos de personas a su cargo, cuente con una titulación oficial para garantizar «la salud y la seguridad de los usuarios»¹⁷⁶. Siendo esta una cuestión de enorme trascendencia si consideramos, por un lado, que el volumen de negocio que genera globalmente el sector de las actividades deportivas en Europa alcanza los 407 millones de euros, es decir el 3,7% del PIB de la Unión Europea y dio trabajo a quince millones de personas, es decir, el 5,4% de la mano de obra europea (Proyecto de Informe del Parlamento Europeo sobre el Libro Blanco. 2007/2261. INI). Información que no resulta completa debido al volumen de actividades vinculadas al deporte y realizadas de

¹⁷⁵ Fuentes: <http://www.aepy.org/asociacion/estatutoshtm>. y <http://www.feyp.org/>. Consultadas el 30/06/2014.

¹⁷⁶ Fuente: <http://www.consejo-colef.es> Consultada el 22/09/2014.

forma no verificable o como actividad sumergida.

Según el informe Gestha¹⁷⁷, elaborado por técnicos del Ministerio de Hacienda, la economía sumergida en España representa entre un 20 y un 25% del PIB. Y aunque los datos relativos a la participación de las actividades deportivas en la economía sumergida no están debidamente cuantificados, la certeza de esta realidad supone aceptar nuevos escenarios de incertidumbre y desprotección para los practicantes de cualquier deporte o actividades vinculadas a dicho ámbito como el yoga.

En la actualidad la formación en técnicas de yoga o que utilizan métodos o procedimientos vinculados al mismo, como las técnicas de relajación, técnicas antiestrés o la respiración consciente, no solo son impartidos en polideportivos públicos y centros deportivos privados, sino que llegan a integrarse en la oferta pública de formación continua para empleados públicos, o en la formación complementaria al personal de prestigiosas instituciones del Estado, como Consejo General del Poder Judicial, la Escuela Judicial de Barcelona o la Agencia Tributaria, ofreciendo recursos de apoyo al desempeño profesional de Jueces, Magistrados y altos funcionarios del Estado¹⁷⁸.

Asimismo, la presencia de esta formación es una constante de la formación no reglada que habitualmente se imparte desde centros municipales de cultura y asociaciones de todo tipo. De modo que podemos considerar que se trata de una actividad integrada en la cotidianidad y generalizada, pese a lo cual existe una notoria desregulación de uno de los aspectos más importantes de toda actividad física como es el currículo educativo; tratándose además de una actividad que apela a la formación integral de individuo involucrando asimismo a su educación para la salud y que cuenta con una indudable proyección en las políticas del envejecimiento activo.

El pasado 11 de diciembre de 2014, la Asamblea General de la ONU declaró el 21 de junio de cada año como “Día Internacional del Yoga”. Resaltando «la importancia de

¹⁷⁷ <http://www.gestha.es/>. Consultada el 22/09/2014.

¹⁷⁸ Los cursos de yoga en el CGPG, Escuela Judicial o la Agencia Tributaria, son impartidos por D. José M^a Márquez Jurado, reconocido jurista y Gerente del CGPJ quien con una dilatada trayectoria como yogui en España (Gopala) y como Secretario de la “Asociación Centro Shivananda Vedanta”, de Madrid, ha asumido el reto de proporcionar hábitos de vida saludable en el ámbito de estos entornos profesionales (Fuentes:<http://www.youtube.com/watch?WkxnvIUY>. y www.sivananda.es/pdf/yogavivo/gopala.pdf.) Consultadas el 4/09/2014-

que las personas y las poblaciones adopten decisiones más saludables y medios de vida que propicien la buena salud». Alabando las ventajas del enfoque integrador que el yoga aporta a la salud y al bienestar; y aconsejando que «practicar el yoga sería beneficioso para la salud de la población mundial»¹⁷⁹. En la actualidad esta actividad prolifera en todo tipo de centros y existe una demanda creciente incluso para colectivos especialmente sensibles como niños, personas con algún tipo de discapacidad o la tercera edad. Pero en la mayoría de los casos las enseñanzas del yoga distan mucho de ofrecerse como actividad particular, individualizada y practicada en el seno de la privacidad del maestro-alumno; ámbito en el cual podrían fácilmente esquivarse los rigores propios de una actividad realizada en locales de pública concurrencia. Como ya se ha señalado, la occidentalización de la práctica la ha convertido en una actividad grupal, con riesgo de despersonalización y en muchos casos masificada. Pero el hecho de que el yoga sea una actividad a la que siempre ha acompañado un cierto halo de inocuidad, en la que no se ha producido ningún tipo de alarma social y para la que siempre se ha reclamado cierta libertad e independencia por su naturaleza singular, ha propiciado una ausencia de controles que, entre otros efectos, ha favorecido la introducción de controvertidas modas y estilos extremos como el “Brikram yoga”¹⁸⁰ que pueden suponer una nueva amenaza para la salud de los usuarios

La ejecución colectiva y estandarizada del yoga tiene por tanto el riesgo de una falta de supervisión adecuada en las técnicas y la realización de posturas contraindicadas o arriesgadas, causantes de lesiones en algunos casos. Los primeros informes de lesiones de yoga aparecieron hace décadas, publicados en algunas de las revistas científicas más prestigiosas del mundo, entre ellas, *Neurology*, *British Medical Journal* o *The Journal of the American Medical Association*. Estos problemas van desde lesiones relativamente

¹⁷⁹ En palabras de Álvaro Mendonça e Moura, quien presidió la sesión del máximo órgano de debate de Naciones Unidas, el apoyo abrumador al texto hace patentes los beneficios tangibles e intangibles del yoga que atraen a tanta gente en todo el mundo. Reconociendo su valor único, en la unidad entre el cuerpo y la mente al señalar que: “*El yoga une pensamiento y acción armónicamente, encarnando un enfoque holístico de salud y bienestar*”. (Fuente: <http://www.un.org/> consultada el 21/06/2015).

¹⁸⁰ El brikam-yoga combina veintiséis posturas y ejercicios de respiración en clases de noventa minutos y a cuarenta y dos grados de temperatura, diseñada para todo público, desde niños pequeños hasta adultos, ancianos y gente con problemas de salud que generó muchos seguidores pero también una gran polémica y alarma social. Fuente: <http://www.revistaohlala.com/1497441-hot-yoga-relax-y-calor>. Consultada el 5/09/2014.

leves hasta la discapacidad permanente¹⁸¹. Esta circunstancia, unida a la inexistencia de una titulación oficial para impartir tales enseñanzas no regladas alumbró el riesgo de que las Administraciones responsables de las actividades realizadas con pública concurrencia, no alcancen a cumplir las garantías de protección de la salud del ciudadano-usuario, no pudiendo colocarlo a salvo de prácticas contraindicadas o de una deficiente orientación técnica en la dirección de las mismas.

Pero al margen de las referencias citadas, no han sido hallados datos sobre la incidencia de las lesiones del yoga en España. Como se señaló en el Capítulo II al tratar de la peligrosidad objetiva de las actividades deportivas, el informe DADO (INE, 2011), ofrece datos de los accidentes ocurridos en el deporte sin diferenciar entre una práctica oficial o federada y las no competitivas y recreativas. Por tanto no constan publicados datos relativos a los accidentes o lesiones producidos en actividades físicas no constitutivas de un deporte oficial y más concretamente del yoga.

Pese a que la dificultad y exigencia que entraña la ejecución de muchas de las técnicas del yoga que trabajan de un modo sistemático asanas invertidas, de flexión, extensión de la columna vertebral, torsión, lateralización, equilibrio, etc...¹⁸² la incidencia de las posibles lesiones derivadas de su práctica nos resulta totalmente desconocida y las posibles patologías que podría tener asociadas podrían permanecer perfectamente ocultas entre la sintomatología general de las contingencias comunes que

¹⁸¹ Del artículo publicado por William J. Broad. "How Yoga can Wreck your body" publicado en el New York Times Magazine. 8/01/2012. Fuente: <http://www.nytimes.com/2012/01/08/magazine/how-yoga-can-wreck-your-body>. Consultada el 5/09/2014.

¹⁸² **El RD 1034/2011** (BOE nº186 de 4/08/2011) relaciona la tipología de dichas técnicas como a continuación se describe: **asanas invertidas** (sirsasana, sarvangasana, sasamgasana entre otras); **asanas de flexión y extensión de la columna vertebral** (paschimottanasana, padahasthasana, padanghusthasana, pranatasana, kurmasana, bhujangasana, salabhasana, virabhadrasana, dhanurasanam, matsyasana, sethubandasana, astrasana, entre otras); **asanas de torsión** (ardha matsyendrasana, marichyasana, bharadvajasana, jataraparivartanasana, entre otras); **asanas de lateralización** (utthita trikonasana, nitambasana, konasana, parighasana, entre otras); **asanas de equilibrio** (kakasana, mayurasana, vrkshasana, garudasana, natarajasana, tuladandasa, pakasasana, ardha chandrasana, entre otras); **asanas de meditación en posición sentada** (padmesana, siddhasana, mukthasana, guptasana, vajrasana, swasthasana, sukhhasana, savasana, advasana, shanshankasana, niño krsna, entre otras); o **asanas de relajación en posturas de descarga** (padmasana, siddhasana, mukthasana, guptasana, vajrasana, swasthasana, sukhhasana, savasana, shanshankasana, niños krsna, entre otras).

asume nuestro sistema público de salud, al igual que ocurre con otras muchas patologías asociadas al deporte.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES.

Primera.- La premisa inicial es partir del carácter neutro de la actividad físico-deportiva y por tanto la imposibilidad de efectuar aseveraciones categóricas y genéricas relacionadas con los efectos saludables o nocivos que estas actividades tienen para la salud de las personas.

Las evidencias científicas mostradas en el marco teórico del capítulo II acreditan el beneficio potencial que la AFD puede aportar a las personas, pero también se han mostrado las evidencias y argumentos que acreditan la peligrosidad potencial de estas mismas actividades. Dado el contenido aparentemente contradictorio de los trabajos y estudios citados cabe señalar que el deporte no es ni bueno ni malo, sino que dependerá de las condiciones de su realización, de los factores del entorno y del correcto tratamiento de los mismos, incluido el escenario legal en que se realice. Factores que propiciarán o no que la actividad deportiva pueda desplegar todo el potencial de beneficio para la salud de quienes lo practican.

La calificación de saludable para las AFD sólo es posible ganarla mediante la presencia de los controles y garantías que lo hagan posible. Estos controles deben ser previos, simultáneos y posteriores a la actividad y se refieren la verificación de los factores de riesgo concurrentes y la aplicación de medidas preventivas y protectoras adecuadas para la evitar los efectos de los factores de riesgo o tratar y paliar sus efectos. Por tanto el tratamiento de la salud en cualquier actividad deportiva necesitará del despliegue de un esfuerzo preventivo y protector por parte del organizador. En cuanto a las garantías, estas deben ser puestas por los poderes públicos mediante una legislación que ofrezca un marco general de seguridad al ciudadano, en el sentido de que tales controles existen y se verifican. Dicho marco general debería regular la AFD identificando y potenciando los factores proactivos de salud para llevar a cabo una adecuada promoción de los mismos. Pero también identificando e interviniendo sobre los

factores de riesgo para prevenirlos o eliminarlos.

Segunda.- El ordenamiento jurídico deportivo no ha previsto mecanismos objetivos de identificación, calificación y graduación de la peligrosidad de las diferentes prácticas deportivas. No hemos hallado ninguna norma o criterios objetivos que nos ayuden a definir los límites entre una práctica deportiva peligrosa de la que no lo es; o aquellas que puedan objetivamente calificarse como de *alto riesgo*, ni la normativa vigente contiene una relación detallada de los factores de riesgo determinantes de una calificación u otra. Por tanto y ante la ausencia de mayores especificaciones deberíamos considerar que todas las AFD reguladas son potencialmente peligrosas de igual modo, aunque de hecho la experiencia y el sentido común nos demuestran que no es así.

Tercera.- La ausencia de criterios de legalidad que nos permitan graduar la potencial peligrosidad de las prácticas deportivas, impiden una previsión objetiva de la evaluación de las mismas en cuya virtud podamos aplicar las medidas correctoras correspondientes a la evaluación de riesgos. Solo en el ámbito del deporte profesional la legislación prevé la obligación de efectuar una eficiente evaluación previa de riesgos en la que es admisible tratar diferenciadamente las peculiaridades concurrentes en cada modalidad o especialidad deportiva.

Cuarta.- Existe un derecho a la salud del deportista y un derecho a la salud en el deporte como categorías jurídicas diferenciadas. Mientras que el primero es un derecho puramente subjetivo y presente en todas las realizaciones deportivas, a este derecho subjetivo inicial se sumará un derecho a la salud en el deporte en el caso de actividades organizadas.

El derecho a la salud en el deporte debe ser entendido como una manifestación de la dimensión colectiva del derecho a la salud que está relacionado con el medio en el que se desarrolla la actividad del hombre y la obligación que deben asumir los poderes públicos de regular entornos saludables en cualquier ámbito de actividad humana, sea

esta escolar, laboral o de ocio y que permitiría exigir a los poderes públicos las acciones que garanticen la protección del sujeto en relación al medio. Esta dimensión del derecho a la salud ha sido recogida en la Declaración de Sundsvall sobre “Entornos que Apoyan la Salud” (OMS, Ginebra, 1991) y supone que en cualquier entorno los poderes públicos deberían ofrecer las máximas garantías de protección posibles para la integridad y la salud de todas las personas.

La participación activa de los poderes públicos en la protección del derecho a la salud en el deporte debería efectuarse conforme al mismo patrón de actuación que se mantiene en la protección de este mismo derecho en otros ámbitos de concurrencia ciudadana. Si es posible una prevención de salud laboral o escolar, deberíamos igualmente referirnos a una prevención de salud en el deporte, protegiendo al sujeto mediante la regulación de las condiciones del medio en el que se desarrolla su actividad y la de todos los factores concurrentes en el mismo.

Quinta.- En la legislación deportiva examinada no se ha desarrollado un marco general de prevención, protección y fomento de la salud en el deporte, sino que se han regulado actuaciones limitadas a la prevención y protección de la salud en el deporte federado y de élite y por tanto tal hecho no supone una regulación del derecho a la salud para el deporte en su conjunto.

La regulación legal del deporte a nivel estatal parece haberse sometido al concepto hegemónico de la competición federativa, interviniendo en la regulación de todos sus aspectos inclusive la salud de quienes lo practican “*en consonancia con los compromisos internacionales asumidos por España, con el propósito de establecer un entorno en el que predomine el juego limpio, la superación personal y la realización saludable del deporte*” (artículo 1.1. in fine de la LO 3/2013). Pero dicha regulación legal ha obviado la existencia de otras realidades deportivas y otros entornos diferentes al de la competición oficial y de élite; desconociendo la existencia de una deuda de seguridad que los poderes públicos asumen frente a todo deportista y en cualquier tipo de práctica deportiva organizada, a fin de que su seguridad y salud quede garantizada con la misma intensidad en todas las posibles manifestaciones.

Sexta.- La acción pública de fomento de las AAPP en materia de deporte se ha centrado prácticamente y en exclusiva en subvencionar las necesidades del deporte federado de competición y a sus agentes. El sistema deportivo concede preferencia y fomenta prioritariamente a aquellas manifestaciones deportivas en las que se aprecia una elevada concurrencia de factores objetivos de riesgo para la salud de las personas.

Hemos podido comprobar que los denominados deportes oficiales, en su mayor parte competitivos, tienden a la selección del talento deportivo pues su objetivo es alcanzar el mejor resultado posible. La selección de la élite se realiza entre sujetos que exponen sus capacidades y condición física al límite, pese a lo cual parece existir una decidida orientación de nuestro ordenamiento jurídico-deportivo a dicho sistema selectivo. Un sistema deportivo de corte oficial competitivo cuyo recorrido está plagado de abandonos y carreras frustradas por las lesiones y que, pese a todo, sigue siendo estimulado por los poderes públicos desde las edades más tempranas.

Resultan prácticamente inéditas las iniciativas públicas de subvención dirigidas a programas de integración del deporte como recurso sanitario preventivo, o en las estrategias de la salud de la ciudadanía a través de lo que la UE califica como actividades físicas beneficiosas para la salud que sin embargo requieren una menor intervención al concurrir en estas menos factores objetivos de riesgo.

En consecuencia la acción de fomento del deporte para las AA.PP. está sustentada en los mismos principios que vertebran el sistema deportivo. A la acción subvencional se suman otro tipo de ayudas y contraprestaciones tales como la cesión de espacios públicos mediante los convenios de colaboración en favor de clubes y federaciones deportivas, así como los incentivos fiscales al mecenazgo, orientados a conseguir una financiación privada que posibilite la realización del eje competencial de la competición de un modo atractivo al sector privado; o bien mediante una acción de fomento indirecto concediendo a las entidades deportivas un trato de excepción en el cumplimiento de sus obligaciones laborales o tributarias.

Séptima.- En el modelo deportivo actual el derecho a la salud es un aspecto tangencial en el deporte pero no la competencia vertebradora de la actuación de los

poderes públicos. De tal modo que la salud ha sido históricamente tratada y es tratada legalmente como un aspecto que incide en el deporte, pero no como un elemento constructor del mismo.

Asimismo podemos concluir que, en general, nuestro ordenamiento jurídico no ha tratado la salud como una competencia transversal en todas las políticas públicas que alcanzasen a una regulación completa del derecho a la salud en el mundo del deporte. Más bien al contrario las políticas de transversalidad han funcionado a la inversa, de manera que los diferentes ámbitos estratégicos del poder se han servido de otros intereses y del ejercicio de otras competencias ajenas al deporte, para protagonizar una transversalidad económica y promocional de todo tipo que han convertido al turismo, el fortalecimiento institucional o la promoción económica, en el motor de la acción de fomento del deporte, tomado a este sector como un medio idóneo para alcanzar sus propios objetivos.

Octava.- Parte de las actividades deportivas consideradas como beneficiosas para la salud no están incorporadas en el sistema jurídico deportivo. Así una vez verificada la posibilidad de obtener un beneficio de salud pública allí donde puede existir un beneficio generalizado para la salud individual, estamos en presencia de actividades que a priori pueden contribuir favorablemente a la salud colectiva.

Conforme a este planteamiento la Asamblea General de la ONU se ha pronunciado respecto del carácter saludable del yoga y la necesidad de que los países fomenten su práctica entre la ciudadanía elevando así la salud de la población en general. Sin embargo ni el yoga ni otras muchas actividades consideradas como saludables se encuentran incluidas en el tradicional sistema deportivo. Se trata de prácticas que al no estar concebidas como deportes desde el punto de vista legal, no les son aplicables las posibles garantías y protecciones que el sistema deportivo podría ser capaz de otorgar. Pero estas actividades tampoco están incluidas en ningún otro sistema específico, por lo que se debe buscar la prevención y protección de la salud de sus agentes (profesionales y usuarios) en la regulación sectorial que les puedan proporcionar estos otros sistemas, bien

sea este el laboral, bien mediante la acción protectora universal del sistema sanitario, o bien a través del sistema educativo que regule la formación oficial de los profesionales del sector o la acreditación de su capacitación profesional. Encontrándonos que este tipo de actividades no solo se encuentran fuera del sistema deportivo, sino también del educativo al no existir un currículo formativo ni una titulación oficial para sus profesionales. A lo que podríamos sumar una deficiente identificación de los riesgos laborales propios de estos profesionales, diluida en las generalidades preventivas comunes a cualquier otra actividad físico-deportiva. Situación que se cierra con una inexistente acción de fomento de las AAPP en su promoción y utilización como recurso sanitario.

En consecuencia podemos concluir que los deportes excluidos del sistema quedan privados de una adecuada regulación que permita controlar eficazmente los aspectos preventivos, protectores y de fomento de la salud de un modo global y estratégico.

Novena.- Nuestro sistema legal de protección de la salud en el deporte resulta contradictorio, pues donde existe competición oficial manifestada como actividad de interés general y objeto de delegación de funciones públicas, se exige que la protección de la salud se realice con cargo a un aseguramiento privado que financia el propio deportista. Por su parte en los deportes realizados al margen del ámbito federado y donde no existe actividad oficial, ni tampoco un explícito interés público, el tratamiento asistencial se realiza con cargo a los recursos de la sanidad pública.

Tal planteamiento contradictorio supone que la regulación de las acciones protectoras o asistenciales en el deporte federado, orientado a la realización de la competición en una actividad deportiva calificada como pública, precisa para su adecuada protección de la contratación de aseguramientos privados especializados, o de la mutualización de tales riesgos mediante las aportaciones particulares del propio colectivo de deportistas.

Por su parte, y salvo que se trate de competiciones en la vía pública, los deportes no federados realizados por los particulares, encuentran su protección en el sistema gratuito y universal de la seguridad social que está orientado a la atención sanitaria

primaria, especializada, de urgencia y hospitalaria, donde el tratamiento del accidente y la lesión deportivas se efectúan bajo los parámetros de la enfermedad común, en los que no prima la recuperación del deportista y su completa rehabilitación que le permita una inmediata continuidad en la práctica.

Décima.- El régimen protector de la salud del deportista federado presenta carencias graves al excluirse de hecho la cobertura de las lesiones. Por otro lado la protección de la salud prevista para los deportistas federados en deportes no competitivos está sobredimensionada al realizarse con cargo a un doble aseguramiento impuesto que contradice los principios del sistema.

Estamos por tanto ante una nueva quiebra conceptual, puesto que al dejar en muchos casos excluidas las lesiones deportivas estas suelen derivar en el sistema público asistencial como una contingencia común. Las pólizas o aseguramientos privados especializados solo cubren sin restricciones los accidentes deportivos, sin que sea posible cuantificar mediante datos oficiales el volumen de siniestralidad asociado a la práctica deportiva federada que acaba derivándose en la Seguridad Social o en otros aseguramientos particulares voluntarios

Undécima.- Pese a que en la actividad del deportista profesional concurren los más intensos factores objetivos del riesgo, se trata de un colectivo especialmente protegido y los posibles incumplimientos legales en materia de prevención de riesgos laborales carecen de una trascendencia práctica sobre su salud.

Para el deportista profesional los aspectos preventivos, protectores y de fomento de su salud se integran en un sistema de protección integral de la salud cuyo mejor aliado es el propio empresario. De tal modo que las estrategias y programas utilizados por la entidad deportiva/empresa completan el derecho subjetivo a la salud que ostenta el deportista profesional a partir del mero interés productivo o de resultado que ostenta el

empresario, consciente de la fungibilidad de las capacidades de sus profesionales y la limitada proyección en el tiempo que puede obtenerse del máximo rendimiento deportivo.

Duodécima.- Se observan diferencias notables en el diseño y el cumplimiento de las acciones de prevención de riesgos laborales de los deportistas profesionales respecto a las de otros profesionales del deporte, lo que afecta a una diferente satisfacción del derecho a la salud de estos últimos.

Frente a las evaluaciones de riesgo singularizadas y personalizadas descritas para los deportistas profesionales (futbolistas como colectivo analizado en la práctica de contraste), el profesional del deporte y en concreto los incluidos en el ámbito de la docencia deportiva no reglada, cuando tienen la condición de trabajador por cuenta ajena, encuentran que el diseño y planificación de sus riesgos laborales no está singularizado a su modalidad deportiva ni personalizado a sus funciones efectivas.

La ubicación adecuada de los riesgos específicos de cualquier profesional de la docencia deportiva debería encuadrarse mayoritariamente en el apartado legal que se corresponde con los aspectos preventivos en materia de “*riesgos derivados de los sobreesfuerzos por posturas inadecuadas o forzadas*”. Especialmente sensibles son aquellos profesionales del deporte denominados comúnmente monitores, y dentro de estos con un grado de especialización más grande si cabe, aquellos para quienes la docencia de su actividad exige el propio desempeño; de modo que la única metodología docente que resulta posible es la realización directa de la actividad deportiva que se muestra a los alumnos a quienes se solicita su repetición idéntica. En este grupo de profesionales se encuentran algunas prácticas de gimnasio entre las que se ha estudiado al yoga como práctica de contraste. En todas ellas el profesional del deporte cumple con su jornada laboral realizando y mostrando cómo se ejecuta la actividad. Por lo que la correspondiente ERL debería incluir un análisis riguroso y singularizado de los riesgos propios de cada actividad, en cada puesto individualizado de trabajo, con referencia a las técnicas y los procedimientos específicamente utilizados en cada una; estudiando el tipo de secuencias o rutinas empleadas, tiempos de realización, grupos musculares

involucrados o sometidos a esfuerzo y demás condiciones. Sin embargo, los SPA suelen ofrecer a las empresas deportivas trabajos de ERL que engloban bajo un genérico “monitores” o “instructores” a todo el elenco de trabajadores que imparten actividades deportivas sin distinción del tipo de actividad impartida y por tanto del trabajo y riesgos asociados al los que quedan expuestos, al no encontrarse estos debidamente individualizados. Asimismo y acreditada una natural polifuncionalidad de los trabajadores de este sector, dicha circunstancia debería ser considerada como un nuevo factor de riesgo que condujera a establecer medidas correctoras tendentes a regular los descansos correspondientes o evitando la secuencia reiterada de actividades extenuantes o incompatibles por el tipo de esfuerzo o ejercicio requeridos. Lo que nos llevaría a necesitar naturalmente que los trabajos propios de la prevención laboral se completaran con la información especializada de los profesionales de la actividad física y el deporte.

Decimotercera.- Se constata que en el ámbito de las actividades deportivas dirigidas existe una comunicación natural de los riesgos del profesional del deporte con los del propio usuario/deportista.

Cuando un técnico deportivo muestra directamente las técnicas a sus clientes o usuarios se produce una relación en espejo y los riesgos que acechan al profesional pueden ser transmitidos al usuario que imita estas mismas técnicas o rutinas. Ambos intervinientes comparten el mismo espacio, equipamiento, material, condiciones ambientales y de la organización, por lo que también correrán en paralelo la identificación de los riesgos objetivos, aunque en el caso del profesional, son supuestamente de una mayor entidad que los que recibe el alumno por la reiteración y la carga laboral de los mismos. Por lo que una adecuada prevención de los riesgos del profesional afectará favorablemente al usuario. Tal hecho aconseja incluir la capacitación e idoneidad del profesional de la docencia deportiva como un factor preventivo más a considerar. Sin embargo y salvo la excepción de algunas CC.AA. nuestro sistema jurídico no ha previsto la capacitación o titulación del profesional como un factor preventivo ni su presencia como un recurso preventivo.

En caso de que las relaciones laborales haya dado paso a relaciones de colaboración voluntaria, retribuida mediante la compensación de gastos, o mediante la realización voluntaria de aportaciones o donativos, la ausencia de controles sobre la prevención de riesgos se extenderá definitivamente a todos los intervinientes y el escenario de prevención de la seguridad y salud dependerá única y exclusivamente de su propio criterio.

Decimocuarta.- La salud de los usuarios o clientes de las actividades deportivas dirigidas puede ser protegido adecuadamente mediante una regulación del ejercicio profesional o, en su defecto, mediante la exigencia de las titulaciones oficiales correspondientes impuesta desde la legislación deportiva e incluso desde la legislación laboral reguladora de riesgos laborales, puesto que estamos en presencia del desempeño de una actividad de riesgo para terceros. Entendiendo que se debe proporcionar al ciudadano la cobertura a través de un sistema legal u otro sin que, en ningún caso, sean admisibles zonas de sombra legal o ángulos jurídicamente muertos en los que la salud de los usuarios pueda no quedar debidamente garantizada.

Frente a esta situación, la actual regulación legal confiere al consumidor de actividades deportivas solo el ejercicio de un derecho a la salud *ex post*, esto es, el que corresponde a quien ha sufrido un accidente o padece una lesión deportiva y que regula la vertiente asistencial del derecho a la salud, la que se precisa cuando la salud ya se ha perdido. Pero la protección integral de este derecho exige contemplar de modo conjunto y simultáneo los aspectos preventivos y protectores, tal y como se ha producido en otros ordenamientos sectoriales como el laboral. Adoleciendo nuestro ordenamiento jurídico-deportivo de una regulación efectiva de los sistemas preventivos, pues estos están diseñados en exclusiva para el deporte profesional, de élite y federado; no habiéndose generado los recursos legales necesarios para que tal actividad preventiva pueda desplegarse de un modo pleno y eficaz para la ciudadanía en todos los ámbitos del deporte y en todos los territorios del Estado.

Decimoquinta: Aunque los Ayuntamientos suelen ser la Administración competente más próxima para desarrollar las manifestaciones deportivas saludables identificadas con el deporte para todos, frecuentemente se asumen competencias impropias que no tienden a satisfacer este objetivo sino los propios del rendimiento deportivo y otros fines institucionales que son colaterales pero ajenos a las competencias publicas asociadas constitucionalmente al deporte.

El insuficiente desarrollo de las competencias municipales propias dirigidas a acciones de fomento y protección de la salud ciudadana y su decidida orientación a intensificar el modelo del deporte competitivo oficial, el espectáculo mercantil, el deporte de elite así como los grandes eventos deportivos dentro de las políticas de marketing municipal, pueden producir el efecto de un paulatino alejamiento en el cumplimiento de las competencias propias directamente vinculadas al artículo 43.3 de la Constitución, esto es, la educación y la salud. Cabría plantear si la organización de grandes acontecimientos deportivos con cargo a los presupuestos municipales de deportes, o la implementación de programas de alto rendimiento efectuados desde las competencias municipales, con instalaciones deportivas municipales y con cargo a los presupuestos municipales de deportes podrían ser jurídicamente admisibles en el caso de que tales esfuerzos públicos, pese a orientarse a una interesante y/o rentable competencia impropia, se realizasen restando eficacia, o financiación, a una completa ejecución de las competencias propias, esto es, las correspondientes al deporte para todos, el deporte de recreación, el no competitivo, el escolar y a la imprescindible promoción del derecho a la salud al que están asociadas.

Cuando al municipio se le ofrece la posibilidad de obtener oportunidades de retorno económico, social o institucional como consecuencia de la promoción de actividades y acontecimientos deportivos, debería sin duda comprobarse de qué modo tales actividades extraordinarias pueden quedar atravesadas por acciones específicas que favorezcan la salud o la educación de la ciudadanía dejando así su correspondiente legado, pues son tales fines y competencias los propios del municipio. De no ser así, la acción de fomento en el deporte municipal puede situarse al borde de perder los valores

constitucionales que alumbraron su existencia y que deben continuar siendo el referente de cualquier acción pública.

Decimosexta.- Analizada la legislación deportiva y competencias autonómicas en materia de salud en el deporte, cabe concluir que excepto en las leyes autonómicas reguladoras del ejercicio de las profesiones del deporte, la salud no aparece como una competencia troncal en la legislación deportiva autonómica; ni aparece involucrada en una acción pública integral para todas las manifestaciones deportivas. Sin embargo el desarrollo legal suele ser muy explícito y detallado en los niveles preventivos y protectores aunque referidos al deportista de élite y al deportista federado.

Son mayoría los gobiernos de CC.AA. que han establecido como competencia propia la promoción del deporte de competición, el fomento del deporte de élite y el de alto rendimiento. El eje de la salud ciudadana y la regulación de las actividades deportivas con orientación terapéutica, rehabilitadora o de fomento, no resulta visible de un modo práctico y solo algunos ordenamientos autonómicos contienen referencias al aspecto social del deporte como mecanismo de integración y mejora del bienestar social dirigido a los colectivos más sensibles o desfavorecidos; sin que este aspecto social alcance a entrar decididamente en una competencia regida por la salud, como eje vertebrador de la competencia pública en el deporte.

Decimoséptima.- El deporte no es generalmente utilizado por los poderes públicos como práctica preventiva integrada en las estrategias de salud pública. Las experiencias de transversalidad para la inclusión del deporte como recurso sanitario en los centros de atención primaria son escasas y responden exclusivamente a la discrecionalidad política.

Pese a que el ordenamiento jurídico vigente sí que ha previsto la existencia de competencias públicas a través del eje competencial de la salud y pese a que estarían definidas las AA.PP. competentes para llevar a cabo acciones eficaces de transversalidad

en la promoción y prevención de la salud a través del deporte, tales competencias no se han desarrollado de forma generalizada.

Las experiencias de transversalidad analizadas son la manifestación más palpable de la existencia de recursos legales, materiales y humanos necesarios para implementar programas de promoción de la salud de la ciudadanía a través del deporte, con resultados contrastados como favorables. Por lo que dependerá de la voluntad política que tales estrategias, planes, programas o proyectos se lleven a cabo. Y que lo hagan en un ámbito local o alcancen mayor repercusión incidiendo a mayor escala, mediante políticas autonómicas o nacionales que prevean acciones transversales de salud y promoción deportivas.

Se trata en definitiva de utilizar el marco legal vigente y los recursos ya existentes para poner el deporte a disposición de los ciudadanos, rentabilizando todos los posibles beneficios que el mismo es capaz de proporcionar a la sociedad.

Decimoctava.- La presencia de profesionales del deporte debidamente formados en el marco legal de una regulación de las profesiones del deporte, constituye uno de los factores preventivos de primer orden en la salvaguarda de la seguridad y salud de los ciudadanos. Sin embargo la desigual regulación de esta materia por parte de las diferentes CC.AA. y la abstención de la Administración del Estado en regular esta cuestión, pueden estar quebrando el principio de igualdad tanto entre los profesionales del deporte como entre los usuarios de los diferentes territorios del Estado.

Solo ha existido una regulación de las profesiones del deporte por parte de las Comunidades de Cataluña, Extremadura y La Rioja; estando previstos otros anteproyectos en diferentes CC.AA. Esta situación arroja un panorama nacional de franca desigualdad en la regulación de un aspecto sustancial para la prevención de la salud de los deportistas y garantía de la seguridad en la práctica de estas actividades.

Una regulación profesional dispar entre las diferentes CC.AA. puede poner en peligro la igualdad en la satisfacción de los derechos ciudadanos en función del territorio, tal como recuerda la STC 122/1989 al subrayar que en la reserva estatal de competencias en base al artículo 149.1.30º CE, también subyace el principio de igualdad de derechos de

todos los españoles previsto en el artículo 139.1. Por lo que dicho principio está estrechamente vinculado a la competencia. Aunque tal hecho no debe desconocer que la intensidad de los intereses públicos en juego, deben ser objeto de una atención preferente por parte del legislador cuyo ejercicio de competencias supone asimismo una responsabilidad que no se puede satisfacer mediante el abstencionismo.

Decimonovena.- La ausencia de currículos, titulaciones oficiales o certificaciones de profesionalidad en algunas actividades deportivas puede condicionar la existencia de entornos deportivos que no sean totalmente saludables y donde la seguridad y salud de los deportistas no quede completamente garantizada.

Por lo que se refiere a las actividades deportivas excluidas del sistema, no solo un cumplimiento superficial de la prevención de riesgos se comunicará a los deportistas sino que estos riesgos objetivos pueden incrementarse exponencialmente en el caso de que no exista un currículo formativo oficial, un título oficial o una certificación profesional acreditativa para estos profesionales.

La salvaguarda de la seguridad y salud de los usuarios de los servicios y actividades deportivas impartidas en los gimnasios y centros deportivos puede quedar limitada exclusivamente al criterio técnico de quien imparte las sesiones. Circunstancia esta que, a su vez, depende de la formación idónea que hayan recibido estos profesionales. Por lo que las garantías de protección de la salud para el ciudadano pueden desvanecerse paulatinamente en la medida que desaparezcan los controles asociados a una práctica regulada y a la presencia de un profesional cuyas competencias docentes hayan sido acreditadas.

La regulación de las titulaciones se ha completado con una regulación de las cualificaciones profesionales, lo cual siendo imprescindible para rentabilizar la formación práctica de muchos de ellos, parece que es insuficiente para resolver la totalidad del problema. Algunas legislaciones autonómicas han establecido la necesidad de contar con titulaciones oficiales para impartir docencia deportiva para ciertos colectivos sensibles, como los menores en edad escolar. Sin embargo, tales exigencias se convierten en una entelequia si la propia Administración prolonga *sine die* la creación de las titulaciones

correspondientes; o si los servicios de inspección laboral y deportiva no actúan en defensa del cumplimiento de la legalidad y en defensa de los consumidores y usuarios.

Por lo que respecta al resto de prácticas deportivas, no todos los profesionales de las diferentes modalidades reconocidas por el CSD como oficiales, cuentan con un título oficial reconocido, siendo muy numerosas las que se encuentran en el denominado régimen transitorio pendientes de que los poderes públicos efectúen una regulación legal o las correspondencias u homologaciones de las titulaciones federativas vigentes.

Como resumen a esta cuestión podemos afirmar que el sistema ha creado en algunos ordenamientos autonómicos la necesidad de que la dirección de las actividades deportivas se realice bajo la supervisión de quienes ostenten una titulación deportiva oficial, aunque el propio sistema jurídico no ha sido capaz de crear las titulaciones oficiales necesarias; o bien de desarrollar todos los currículos formativos que deben darles contenido.

Vigésima.- Como conclusión final podemos afirmar que se confirman las hipótesis previas planteadas así como la hipótesis central del presente trabajo. Como vimos en el análisis de la práctica no competitiva de contraste, la inclusión de los diferentes deportes en el sistema deportivo español, se ha realizado de espaldas al principio de legalidad y con vulneración del principio de especialidad. Rupturas que afectan al principio de igualdad al conferir efectos jurídicos diferenciados, incluso privilegiados, a unos deportes respecto de otros así como a los derechos de los ciudadanos que los practican y a las organizaciones que los sustentan. Y si bien el ordenamiento jurídico deportivo no se ha erigido completamente de espaldas al derecho de protección de la salud (artículo 43.1. C.E.) ni ha obviado absolutamente el deber público de fomento del deporte como actividad saludable para la población (artículo 43.3 C.E.), así como del derecho fundamental a la integridad física en el deporte (artículo 15 C.E.), ha centrado su evolución y desarrollo en el eje de la competición oficial de un modo prioritario y excluyente, desconociendo la realidad de las actividades deportivas enfocadas a la salud, excluyendo a otras del mundo del deporte oficial y propiciando en

general un escenario de desregulación que afecta igualmente a las titulaciones y las profesiones del deporte. Escenario que genera en los entornos deportivos un horizonte de grandes incertidumbres respecto del cumplimiento de la deuda de seguridad que deben asumir las AA.PP. con los ciudadanos-deportistas en todos los territorios del Estado.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIRREAZKUENAGA ZIGORRAGA, I.(1998): *Intervención Pública en el deporte*. Cívitas.
- AGUSTI JULIA, J. (1994): *La invalidez permanente*. Derecho de la Seguridad Social, Consejo General del Poder judicial y Generalidad de Catalunya, Departament de justícia, Centre d'Estudis Jurídics y Formació Especialitzada, Barcelona.
- ALEXY, R. (1996): *Teoría de los derechos fundamentales* Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- ALLUÉ BUIZA, F. (2004): *Introducción al derecho del deporte*. Dykinson.
- AÑÓ, V., CALABUIG, F y PARRA, D. (2012): Impacto social de un gran evento deportivo: el gran premio de Europa de Fórmula 1. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 7(19).
- ATSERIAS, M. (2015): “Informe jurídico sobre el ejercicio de las profesiones del deporte en Cataluña”. En <http://www.iusport.es>
- BASAULI HERRERO, E. (2004): *La invalidez permanente de los deportistas profesionales* Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de derecho público y Ciencias histórico-jurídicas.
- BERMEJO VERA, J. (1988): *Constitución y deporte*. Tecnos.
- BERMEJO VERA, J. (2005): “La distinción entre modalidad y especialidad en el derecho deportivo: el supuesto del fútbol”. *Revista española de derecho deportivo*. Nº 15. 2005-1.
- BLANCO PEREIRA, E. (2010): *Los modelos asociativos del deporte en España*. Tesis doctoral. Universidad de Lleida.
- BLANCO PEREIRA, E. *et. al.*(1999): *Manual de organización institucional del deporte*. Paidotribo.
- BLASCO LAHOZ, J.F, LOPEZ GANDIA, J y MONPARLER CARRASCO, M.A. (2003): *Curso de Seguridad Social. (Régimen General y prestaciones no contributivas)*. Editorial Tirant lo Blanch, 10ª edición.

- BOOTH F.W., CHAKRAVARTHY V, ESCOTT E y SPANGENBURG E. (2002): Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *Journal of Applied Physiology*. Published 1 July 2002 Vol. 93 no. 1, 3. <http://jap.physiology.org/content/93/1/3.short>. Consultada del 10/09/2014.
- BOQUERA OLIVER, J.M. (1982): *Estudios sobre el acto administrativo*. Civitas.
- BOYCE, W.T. Y SEBOLEWSKI, S. (1989): “Recurrent injuries in school children”. *American Journal of diseases of children*. nº 143.
- CAGIGAL GUTIERREZ, J.M. (1957): *Hombres y deporte*. Taurus
- CAGIGAL GUTIERREZ, J.M. (1976): *Deporte y agresión*. Alianza Deporte. Alianza Editorial Consejo Superior de Deportes.
- CAGIGAL GUTIERREZ, J. (1981): *¡Oh deporte! (Anatomía de un gigante)*. Miñón.
- CAMPOS IZQUIERDO, A. (2005): *Los recursos humanos en la gestión de la actividad física y el deporte. en la Comunidad Autónoma Valenciana* (2004). Tesis de doctorado. Departamento de Educación Física y Deportiva, Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de Valencia, Universidad de Valencia.
- CAMPS I POVILL A. (2008): “Reflexiones en torno a la Ley 3/2008, del Parlamento de Cataluña, del ejercicio de las profesiones del deporte”. *Revista Jurídica del Deporte. Aranzadi*. Núm. 24/2008 (Doctrina).
- CAMPS I POVILL, A. (1996): *Las federaciones deportivas Su régimen Jurídico*. Civitas.
- CANOSA USERA, R. (2006): *El derecho a la integridad personal*. Lex Nova, Madrid.
- CARRETERO LESTÓN, J.L. (1989): “Análisis jurídico de la violencia en el deporte”. *Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona*. 57º Congreso UIA.
- CECCHINI ESTRADA, J. (2006): Comparecencia ante la Comisión especial del Senado para el estudio de la erradicación del racismo y la xenofobia del deporte Español. *Diario de sesiones del Senado. VIII Legislatura. Comisiones Nº 391; celebrada el 16-11-2006*.
- CHACÓN ALVES, A. (2011): Estimación de la demanda del Deporte en España. Una aproximación desde la economía del ocio. Tesis doctoral. Universidad Rey Juan Carlos I.
- CIERCO SEIRA, C. (2006): *Administración Pública y salud colectiva*. Comares.

- COS EGEA, M. (2008): *La responsabilidad administrativa del empresario en materia de prevención de riesgos laborales: estudio de las infracciones muy graves* Tesis doctoral Universidad de Murcia.
- CUCHI DENIA, J. (2005): *La distribución de competencias deportivas en España*. Bosh.
- DAVEY, J.; FITZPATRICK, M.; GARLAND, R. & KILGOUR, M. (2009): “Adult participation motives: empirical evidence from a workplace exercise programme”. *European Sport Management Quarterly*, 9, 141-162.
- DE GRACIA M, MARCO M. (2000): “Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores”, *Psicotema*, 12: 285-92.
- DE LA PLATA CABALLERO, N. (2001): *Los servicios públicos deportivos* Instituto Andaluz del Deporte.
- DE LA PLATA CABALLERO, N. (2006): *El entorno jurídico de las nuevas tendencias deportivas: Deporte de aventura, animación deportiva y ocio activo*. Dykinson.
- DE VICENTE MARTINEZ, R. (2010): *Derecho penal del deporte*. Bosch.
- DELGADO FERNANDEZ M. Y TERCEDOR SANCHEZ, P. (2002): *Estrategias de intervención en Educación para la salud desde la Educación Física*. Barcelona: Inde.
- DEVIS DEVIS, J. (2000): La ética en la promoción de la actividad física relacionada con la salud. Actas II Congreso internacional de educación física "Educación física y salud". Jerez. FETE-UGT Cádiz,
- DEVÍS DEVÍS, J. coord. (2000): *Actividad física, deporte y salud*. INDE.
- DIEZ PICAZO, L. Y GULLÓN BALLESTEROS, A. (1989): *Sistema de derecho civil, vol II*. Tecnos.
- DUNNING, E. (2003): *El fenómeno deportivo. Estudios sociológicos en torno al deporte, la violencia y la civilización*. Paidotribo.
- ESCOBAR ROCA, G. (2008): Los derechos fundamentales sociales y la protección de la salud. *Revista de derecho político*. Nº 71-72. Pags 113-148. UNED.

- ESCRIBANO COLLADO, P. (1976): *El derecho a la salud*. Instituto Garcia Oviedo, Sevilla.
- ESPARTERO CASADO, J., et.al. (2004): *Introducción al Derecho del Deporte*. Dykinson.
- ESPARTERO CASADO, J. (2015): “De nuevo sobre las profesiones del deporte” (la competencia autonómica para la regulación de su ejercicio y su encuadre constitucional). En www.iusport.com
- ESTEVE PARDO, J. (1985): “Las asociaciones de configuración legal. El caso de las federaciones deportivas” *Revista española de derecho administrativo*, nº 45.
- FREDLINE, E., DEERY, M., & JAJO, L. (2005): *Host community perception of the impacts of the Australian formula One Grand Prix in Melbourne: A comparison of resident reactions in 1999 with 2002*. Gold Coast, Australia: Sustainable Tourism Cooperative Research Centre.
- GAMERO CASADO, E. (2004): *Los Seguros deportivos obligatorios*. Bosh.
- GAMERO CASADO, E. (2005): Ponencia del X Congreso de Historia del deporte (Sevilla 2005) “La erradicación de la violencia como idea-fuerza en la evolución histórica del derecho deportivo”. Pg.2. Fuente: www.cafyd.com/HistDeporte (consultada el 20/05/2015).
- GARCÍA FERRANDO, M., MESTRE SANCHO, J.A y LLOPIS, R., (2005): *Hábitos deportivos Los valencianos y el deporte*. Aula Deportiva Técnica. Ayuntamiento de Valencia.
- GARCÍA MONTES, M. E., REBOLLO RICO, S., MARTÍNEZ MARÍN, M. & OÑA SICILIA, A. (1996): *Estudio de hábitos deportivos en la provincia de Granada*. *Revista motricidad*, 2, 53-73.
- GARCIA PELAYO, M. (1982): *Las transformaciones del Estado contemporáneo*. Alianza. Madrid.
- GARRIK, J.G Y RECUA, R. 1978: “Injuries in high school Sports”. *Am. Sports Med.* 8(3), 187-191.

- GONZALEZ DIAZ, F.A. (2001): *La obligación empresarial de prevención de riesgos laborales*". Tesis doctoral. Departamento de Derecho del Trabajo. Universidad de Murcia.
- GOUGUET, J.J. (2001): "La incidencia económica del espectáculo deportivo: definición y medida". En J. M. Otero (dir.): *Incidencia económica del deporte*. Málaga: Instituto Andaluz del Deporte (IAD).
- GRAMMATIKOPOULOU, C. (2013): *Encuentros al margen de lo inmaterial: Cuerpo, tecnología y cultura visual. Arte y respiración (1970-2012)*. Tesis doctoral Universidad de Barcelona.
- GRANADO HIJELMO, I. (1995): Fundamentación sistémica del derecho deportivo. *Revista española de derecho deportivo (REDD)*. Nº 5.
- GUILLÉN DEL CASTILLO, M. (2005): *El Ejercicio físico como alternativa terapéutica para la salud*. Wanceulen.
- GUTIERREZ SANMARTIN, M. (1995): *Valores sociales y deporte. La actividad física y el deporte como transmisores de valores sociales y personales*. Gymnos
- GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M. (2003): Deporte para todos como promotor del desarrollo ético y de valores en el deporte. *Libro de Actas del VII Congreso y Asamblea del Deporte*. Madrid.
- GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M. (2004): El valor del deporte en la educación integral del ser humano. *Revista de educación*, num.355. pp. 105-126.
- HARAMBOURE, R. (2004): "La preparación deportiva desde la óptica pedagógica de la teoría curricular. Su validez para todas las modalidades competitivas y las artes marciales". *Revista Digital de educación física - Buenos Aires* Nº 74.
- HELMRICH SP, RAGLAND DR, LUENG RW, PAFFENGARGER RS. (1991): "Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus". *N Engl. J. Med*; 325.
- HONTANGAS CARRASCOSA, J. (2011): "Ámbitos de protección y responsabilidad jurídica en las prácticas deportivas escolares". *Actas on-line del II Congreso del deporte en edad escolar*. Valencia. (<http://www.deporteescolarvalencia.com>)

- HONTANGAS CARRASCOSA, J. MESTRE SANCHO, J y ORTS DELGADO, F. (2014): *La gestión participada en el deporte local*. Reus
- HONTANGAS CARRASCOSA, J., (2012). *El deporte no competitivo en España. El caso del aikido*. Bosch.
- HURTADO CORRAL, S. (2004): *Yoga. La búsqueda del equilibrio*. Libsa.
- I Jornadas de Derecho Deportivo Ciudad de Valencia sobre aportaciones del derecho al deporte del SXXI. (2010). Publicación de las ponencias y comunicaciones del congreso. Tirant lo Blanc, homenajes y congresos.
- IBÁÑEZ PEREZ, R.J. (2015): *Hábitos saludables de práctica de la actividad físico deportiva en la población de mayores de la región de Murcia. Promoción y apoyo al programa nacional de envejecimiento activo*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- IRURZUM UGALDE, K. (2006): “La ordenación Laboral en las Federaciones Deportivas”. 2006. *Web del Observatorio de Empleo Deportivo del País Vasco*: <http://kirolan.org/> (consultada el 9/10/2014).
- JACOBSEN, BK; BONAA, K y NJOLSTAD, I (2002): “Cardiovascular risk factors, change in risk factors over 7 years, and the risk of clinical diabetes mellitus type 2” The Tromso study. *J Clin Epidemiol*; 55: 647-653.
- JACOMET CARRASCO, S. (2014): “Regulación de las profesiones del sector del fitness”. *Sport Managers*, nº 95.
- KOTLER, P, CAMARA, D y GRANDE, I. (1995): *Dirección de marketing*. Prentice Hall.
- LANDABEREA UNZUETA, J.A. (2003): “Tratamiento de la cobertura de riesgos en la legislación deportiva Estatal y Autonómica”. *Actas del congreso de Sevilla*.
- LANDABEREA UNZUETA, J.A. (2008): “Cuestiones competenciales de la regulación del ejercicio de las profesiones del deporte. A propósito de la Ley Catalana 3/2008, de 23 de abril”. *Revista Jurídica del Deporte num. 24/2008/Parte doctrina*. Aranzadi.
- LEÓN ALONSO, M. (2009): *La protección constitucional de la salud en el marco del Estado social y democrático de Derecho*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.

- LÓPEZ BENÍTEZ, M. (1994): *Naturaleza y supuestos especiales de las relaciones de especial sujeción*. Cívitas.
- LORA-TAMAYO, M. (2003): *El derecho deportivo, entre el servicio público y el mercado*. Col. Derecho Deportivo. Dykinson.
- LLORENS F. (2015): Efectos del ejercicio físico sobre el rendimiento atencional ante estímulos visuales, rendimiento académico y salud. Informe VIU. *Universidad internacional de Valencia*. En <http://munideporte.com/>
- MANDELL, R.D. (1986): *Historia Cultural del Deporte*. Bellaterra.
- MÁRQUEZ ROSA, S. (2004): “Adherencia al ejercicio físico: Determinantes, modelos y estrategias de mantenimiento”. *Domus*, 11-12, 93-116.
- MARTÍN ORTEGA, V. (2006): *Orientación y tendencias del deporte universitario. El deporte universitario en España. Actualidad y perspectivas de futuro*. Dykinson.
- MARTINEZ SERRANO, G. (2007): *Los recursos humanos de la actividad física y del deporte en la Comunidad Autónoma Valenciana*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de Valencia.
- MARTINEZ-SERRANO, G. *et al.*, (2010): *Gestión en el deporte*. Wanceulen.
- MARTINEZ Y FERRER, O. (2004): “Aplicaciones de la práctica de la actividad física y el deporte en personas con discapacidad: El programa Hospy Esports *Actas del III Congreso Vasco del Deporte / Kirolaren III Euskal Biltzarra*” *Socialización y Deporte: revisión crítica*. Editado por la Diputación foral de Álava.
- MELENDEZ ORTEGA, A. (2000): *Actividades físicas para mayores*. Gimnos.
- MESTRE SANCHO, J.A. (1995): *Planificación deportiva. Teoría y práctica*. Inde, Gestión deportiva.
- MESTRE SANCHO, J.A. *et.al.*, (2002): *Gestión deportiva. Clubes y federaciones*. Inde Publicaciones.
- MIGUEL-TOBAL, F; MARTÍN, M.D., Y NAVLET SALVATIERRA, M.R. (2001): El efecto del ejercicio físico sobre la ansiedad y la depresión. *Selección. Revista*

Española e Iberoamericana de Medicina de la Educación Física y el Deporte, 10 (1), 49-57.

- MILLÁN GARRIDO, A. (2.000): *Deporte y derecho de asociación. Las federaciones deportivas*. Universidad de León.
- MILLÁN GARRIDO, A. (2007): "Los principios del monopolio de gestión y de unicidad deportiva en la regulación del deporte federado (Breve referencia a las legislaciones iberoamericanas)." <http://.groupsmnscom/derechogeneral>.
- MILLAN GARRIDO, A., coord (2007): *Comentarios a la Ley Orgánica de Protección de la Salud y de Lucha contra el Dopaje en el Deporte*. Bosch.
- MITSUGI SAOTOME. (2001): *Los principios del Aikido*. Paidotribo.
- MONTALVO DE LAMO, A. (2014): "Los desequilibrios del fútbol profesional". *Revista Deportistas* nº 59. pg. 25.
- MOSCOSO SANCHEZ, D y MOYANO ESTRADA, E., coord.(2009): *Deporte, salud y calidad de vida*. Colección de Estudios Sociales nº 26. Obra social Fundación la Caixa.
- MUÑOZ CONDE, E. (2004): *Derecho penal. Parte especial*, (15ª edición), Tirant lo Blanch, Valencia 2004.
- MURILLO-HERNANDEZ A, LOO-MORALES I. (2007): "Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor". *Rev. Enfermería IMSS* 2007 15(1).
- NAVLET SALVATIERRA, M.R. (2012): *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- OLEMEDILLA ZAFRA, A. *et al.* (2009): Ansiedad competitiva, percepción del éxito y lesiones: Un estudio en futbolistas *Rev.int.med.cienc.act.físdeporte* - vol. 9 – nº 33.
- ORTS DELGADO, F. (2013): *El derecho educativo del menor en el deporte escolar*. Tesis doctoral. Universidad de Lleida.
- PAGAN MARTIN-PORTUGUES, F. (2012): "La edad y la incapacidad permanente de los deportistas profesionales". www.iusport.es.
- PALOMAR OLMEDA, A. (2001): *Régimen Jurídico del deportista*. Bosch.

- PALOMAR OLMEDA, A. (2011): *El sistema deportivo Español: Una visión diferente y pautas de reforma*. Thomson-Reuters.
- PAPANIKOS,G. (2000): *Tourisme impact of the 2004 Olympic Games Athens* Institute for Education and Research: Athens.
- PARRILLA ROMERO, J. (2015): *Kyudo: la vía del arco como práctica transformadora*. *Revista El Budoka*, nº 26. Marzo-Abril 2015.
- PAVÓN LORES, A y MORENO, J. (2008): *Actitud de los universitarios ante la práctica físico deportiva diferenciada por géneros*. *Revista de psicología del deporte* Vol17.nº 1.
- PEMÁN GAVÍN, J. (2008): *Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud*. *D.S Derecho y Salud*. (Ejemplar dedicado a: *El sistema nacional de salud: presente y futuro*). Volumen 16. páginas 29-62.
- PEMÁN GAVÍN, J.(1989): *Derecho a la salud y administración sanitaria*. Publicaciones del Real Colegio de España Bolonia.
- PEREZ KÖHLER, A. (2005): *Concurrencia de la responsabilidad civil contractual y no contractual derivadas de un mismo accidente de trabajo*. *Web Noticias Jurídicas*
- PÉREZ SAMANIEGO, V. M. (1999): *El cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: una investigación con estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.
- PERSONNE, J. (2005): *El deporte para el niño. Sin récords ni medallas* Inde. Barcelona.
- PIEDRABUENA CUESTA, A. (2014): *Seguridad y salud en actividades deportivas El puesto de monitor deportivo*. ERGA-FP, nº 87. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Enero-Febrero 2014.
- PIERNAVIEJA DEL POZO, M. (1.996): *Citius, altius, fortius* (Tomo VIII, Facs, 1-2-) Comité Olímpico Español.
- PIÑEIRO SALGUERO, J. (2009): *Responsabilidad civil. Práctica deportiva y asunción de riesgos* Cívitas-Thomson Reuters

- PREUSS, H. (2002): “Economic dimension of the Olympic Games”. Centre de Estudis Olímpics (CEO). Fuente: <http://olympicstudies.uab.es/lec/pdf/preuss.pdf> consultada el 24/09/2015.
- PUIG BARATA, N. (1997): Un número especial sobre clubes esportius *Apunts d'educació física y esports*. INEF.-C.
- QUESADA SÁNCHEZ, A.J. (2010): Daños sufridos durante las sesiones de aprendizaje deportivo: recorrido jurisprudencial. *Diario La Ley nº 7417*.
- QUIRÓS, A.M. (2010): *El deporte en la medicina Española (1900-1975). Su estudio como causa y como tratamiento de la enfermedad en las revistas médicas*. Tesis Doctoral de la Universidad de Valencia.
- REAL FERRER, G. (1991): *Derecho público del deporte*. Cívitas
- RIGOZZI, A. (2005): *Arbitrage international en matière de sport*. Helbing & Lichtenhahn, Bôle.
- RIOS AZUARA, D. (2013): *Epidemiología de la actividad física en la Unión Europea: niveles de actividad, lesiones deportivas y motivaciones* Tesis doctoral. Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.
- RIVAS VALLEJO, P. dir. (2011): *Relación del trabajo en el deporte profesional*. Grupo Difusión.
- RODRIGUEZ MOURULLO, G. (1982): “Artículo 15. Derecho a la vida y a la integridad personal y abolición de la pena de muerte”, en COBO DEL ROSAL, M (Dir.): *Comentarios a la legislación penal, Derecho Penal y Constitución*. Tomo I,
- RODRIGUEZ, J.G. (1990): “Childhood injuries in the United States A priority issues”. *American Journal of disaces of children*, nº 144, 625-626.
- RODRIGUEZ-ROMO, G.; BARRIOPEDRO, M.; ALONSO SALAZAR, P.J.; GARRIDO MUÑOZ, M. (2015): “Relaciones entre actividad física y salud mental en la Población de Madrid”. *Revista de Psicología del Deporte*. Vol nº 24.
- ROQUETA BUJ, R. (2000): “La incapacidad permanente”. *Consejo Económico y Social. Colección estudios nº 99/2000*.

- SALA FRANCO, T. (1983): *El trabajo de los deportistas profesionales*. Editorial Mezquita. Madrid.
- SANZ LARRUGA F.J. (1999): *Las competencias del Estado, Comunidades autónomas y Corporaciones Locales en materia sanitaria*. Lecciones de derecho sanitario. Repositorio Institucional de la Universidade da Coruña. Lecciones de derecho sanitario. Páginas 105-134.
- SANCHEZ BAÑUELOS, F. (2001): *Perspectivas y orientaciones para el deporte escolar*. En CARRATALÁ, V, GUZMÁN, J. y FUSTER, M.A. *Nuevas aportaciones al estudio de la actividad física y el deporte*. Pp. 175-187. Universitat de València.
- SERRANO ALBERCA, J.M. (1980): “Comentarios al artículo 15”, en GARRIDO FALLA, F., *Comentarios a la C.E.*, Civitas, Madrid.
- SHEPHARD, R. (1994): *Aerobic fitness health*. Champaign, Human Kinetics.
- TEJEDOR BIELSA, J.C. (2003): *Público y privado en el deporte*. Bosh.
- TERCEDOR SANCHEZ, P. (2001): *Actividad física, condición física y salud*. Wanceulen.
- TERREROS BLANCO, J.L. (2012): *Un faro en la niebla*. Archivos de Medicina y Deporte (AMD). Volumen XXV .nº147.
- TERUELO FERRERAS, B. (2012): *El fitness, vanguardias y perspectivas*. Plazan Kirol nº 34. Revista de Kait.Bilbao. Páginas 4-12.
- TORRES CASADO, G. (2014): *Análisis bibliométrico de las publicaciones biomédicas en el periodo 2006-2010 sobre técnicas orientales cuerpo-mente y sus relaciones con el tratamiento y prevención de las enfermedades*. Tesis doctoral. Universidad de Lleida.
- TORREVADELLA FLIX, X. (2013): “Crítica a la bibliografía gimnástica de la educación física publicada en España (1801-1939)”. *Anales de Documentación*, vol. 16, nº 1.
- TORTOSA MARTINEZ, J. (2009): *Ocio y recreación: beneficios para la salud y necesidad de profesionalización*. Ponencia del 4º Congreso de gestión del deporte. Valencia.

- TRI TONNG DANG. (2004): *Tai Chi*. Editorial Olebisco.
- VAN LYSEBETH, A. (1969): *Manual de iniciación al yoga*. Círculo de lectores. Barcelona.
- VERDERA SERVER, R. (2003): Una aproximación a los riesgos del deporte. *Indret Working Paper* nº 116.
- VICENTE DOMINGO, E. *et.al.* (2006): Derecho Civil y Responsabilidad Civil. In, *Valoración del daño corporal: Legislación, metodología y prueba pericial médica*. Elsevier.
- VILLALBA CABELLO, F. *dir.* (2010): “Actividad económica del deporte en Andalucía 2008”. Junta de Andalucía. Fuente: <https://www.juntadeandalucia.es> consultada el 12/08/2015.
- WEINECK, J. (2001): *Salud, ejercicio físico y deporte*. Paidotribo.
- WILLBRADLEY J. WILLCOX, D. CRAIG WILLCOX Y MAKOTO SUZUKI. (2002): *The Okinawa Program: How the World's Longest-Lived People Achieve Everlasting Health--And How You Can Too*. N.Y. Three Rivers Press.
- WILSON-ESCALANTE, LL.K; SANCHEZ RODRIGUEZ, M.A y MENDOZA-NUÑEZ, V.M. (2009): “Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores Un estudio exploratorio.” *Revista de la Facultad Autónoma de Medicina de México UNAM*, Vol.52. Nov-dic.2009.
- YZQUIERDO TOLSADA, M. (2001): *Sistema de responsabilidad civil contractual y extracontractual*. Dykinson.

El derecho a la salud en el deporte.

Julián Hontangas Carrascosa.

**ANEXO I.
INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.**

Nº	Título	Página
1	Características del deporte competitivo y del deporte no competitivo.....	27
2	Clases de actividad deportiva.....	29
3	Principales efectos en la salud de la práctica deportiva.....	53
4	Clasificación del derecho a la salud.....	102
5	Competencias en materia sanitaria.....	108
6	Modelo europeo del deporte.....	117
7	El modelo piramidal del deporte.....	119
8	Evolución de los accidentes deportivos en España.....	127
9	Titulaciones deportivas oficiales.....	188
10	Competencias relacionadas con la salud en las leyes deportivas autonómicas.....	280
11	Evaluación de los riesgos laborales en el fútbol profesional.....	322
12	Principios diferenciadores entre el deporte competitivo y el deporte cooperativo.....	360
13	Beneficios y contraindicaciones de las asanas de yoga.....	387
14	Evaluación de los riesgos laborales de un técnico deportivo.....	391

El derecho a la salud en el deporte.

Julián Hontangas Carrascosa.

ANEXO II.

GLOSARIO DE TÉRMINOS VINCULADOS AL CONCEPTO DE SALUD

Con objeto mantener el necesario rigor y fidelidad a las definiciones o conceptos vinculados al de salud que han sido aceptados por la comunidad internacional y que pueden aparecer a lo largo del presente trabajo, se ofrece un repertorio de estos conceptos a partir de la publicación editada en 1999 por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo bajo el título “*Glosario de Promoción de la Salud*” (edición de 1998 en su versión original inglesa) y confeccionado en nombre de la OMS por Don Nutbeam¹⁸³.

Acción comunitaria para la salud: Se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de salud y en consecuencia para mejorar la salud. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Alfabetización para la salud: La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Atención primaria a la salud: Es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente adaptables (Referencia: Declaración de Ama Ata, OMS, Ginebra, 1978)

¹⁸³ La citada publicación fue usada por la OMS como documento de trabajo en la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Yakarta (Indonesia).

Ciudades saludables: Una ciudad saludables es aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permitan el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir del desarrollo máximo de sus potencialidades (Referencia: Terminología de la Conferencia de Salud, Sociedad y alcohol: Un glosario con equivalentes en francés, alemán y ruso, OMS, (EURO), Conpenhague, 1995)

Colaboración intersectorial: Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud de manera más eficaz, eficiente, sostenible o que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. (Referencia: modificado de Acción Intersectorial para la salud: Piedra angular de Salud para Todos en el S XXI, OMS, Ginebra 1997).

Colaboración para la promoción de la salud: La colaboración para la promoción de la salud es un acuerdo voluntario entre dos o más socios que deciden trabajar para obtener un conjunto de resultados de salud compartidos (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Desarrollo de la salud: El desarrollo de la salud es el proceso de mejora continua y progresiva del Estado de salud de los individuos y grupos de una población. (Referencia: Sistema de Información sobre Terminología, OMS, Ginebra, 1997)

Desarrollo sostenible: El desarrollo sostenible se define como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades (WCED 1987). Incorpora numerosos elementos y sectores, incluido el sector sanitario, que debe contribuir a lograr dicho desarrollo. (Referencia: Nuestro Futuro Común: Informe de la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo (WCED), 1987. Salud y Medio Ambiente en el Desarrollo Sostenible, después de la Cumbre Mundial, OMS, Ginebra, 1997).

Determinantes de salud: Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el Estado de salud de los individuos o poblaciones (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Educación para la salud: La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (Referencia: definición extractada del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Empoderamiento para la salud: En la promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Entornos que apoyan la salud: Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento. (Referencia: adaptada de la Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud, OMS, Ginebra, 1991)

Equidad en salud: Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. (Referencia: Equidad en Salud y Asistencia sanitaria, OMS, Ginebra, 1996)

Escenarios para la salud: El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las

actividades diarias y en la cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Escuelas promotoras de salud: Una escuela promotora de la salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como lugar saludable para vivir, aprender y trabajar. (Referencia: Promoción de la Salud a través de la Escuela. Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre Educación y Promoción de la Salud Integral en la Escuela, OMS, Serie de Informes Técnicos nº 870. WHO, Ginebra, 1997)

Estado de salud: Descripción y/o medida de la salud de un individuo población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud. (Referencia: adaptada del glosario de términos usados en la serie Salud para todos N° 9, OMS, Ginebra, 1984)

Evaluación para la promoción de la salud: La evaluación para la promoción de la salud es una valoración del grado en que las acciones d promoción de la salud alcanzan un resultado “estimado”. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Expectativa de salud: Es una medida basada en la población que guarda relación con la proporción de esperanza de vida estimada como saludable o satisfactoria, o exenta de dolencia, enfermedad y discapacidad, conforme a unas normas y percepciones sociales y a criterios profesionales(Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Ganancia de salud: La ganancia de salud es una forma de expresar las mejoras en los resultados de salud. Se puede utilizar para reflejar las ventajas de una forma de intervención sanitaria frente a otra para conseguir la máxima ganancia de salud. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta,

1997)

Hospitales promotores de salud: Un hospital promotor de la salud no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla, se convierte a sí mismo en un entorno físico que promuévela salud y coopera activamente con su comunidad. (Referencia: Basada en la Declaración de Budapest sobre Hospitales Promotores de la Salud, OMS, (EURO), Copenhague, 1991)

Indicador de salud: Un indicador de salud es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo). (Referencia: Definición modificada para el glosario de la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Infraestructura para la promoción de la salud: Son aquellos recursos humanos y materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada de la promoción de la salud, a lo sistemas y desafíos de la salud pública. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Inversión para la salud: La inversión para la salud se refiere a aquellos recursos que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. Estos pueden ser invertidos por organismos públicos o privados y por los ciudadanos, a título individual y de grupo. La inversión para estrategias está basad en el conocimiento acerca de los determinantes de la salud, siendo su objetivo conseguir un compromiso político para las políticas públicas saludables (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Metas de salud: Las metas de salud resumen los resultados que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un periodo de tiempo definido. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Objetivos de salud: Los objetivos de salud indican, en relación con una población determinada, la cantidad de cambios (usando un indicador de salud) que razonablemente cabe esperar dentro de un periodo de tiempo definido. Los objetivos se basan por lo general en cambios específicos y medibles de los resultados de salud o de los resultados de salud intermedios (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Política saludable: Una política saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud. (Referencia: Recomendaciones de la Conferencia de Adelaida sobre Política Pública Saludable, OMS, Ginebra, 1998)

Política sanitaria: Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas (Referencia: Definición modificada para el glosario de la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Prevención de la enfermedad: La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los denominados factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (Referencia: Adaptada del Glosario de

términos usados en la serie de Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984)

Promoción de la salud: Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud y mejorarla. (Referencia: Carta de Ottawa)

Red (de salud): Agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática sobre la base del compromiso y la confianza. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Redes sociales: Relaciones y vínculos sociales entre personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud. (Referencia: definición modificada e incluida en el glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Reorientación de los servicios sanitarios: La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población. (Referencia: adaptada de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986)

Responsabilidad social para la salud: La responsabilidad para la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. (Referencia: Declaración de Yakarta sobre la conducción de la Promoción de la Salud hacia el S XXI, OMS, Ginebra, 1997)

Resultados de la promoción de la salud: Los resultados para la promoción de la salud son los cambios producidos en las características y habilidades personales, o en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas y en las políticas públicas,

atribuibles a las actividades de *promoción de la salud*. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Resultados de salud: Un cambio en un Estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el Estado de salud. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Resultados intermedios de salud: Los resultados intermedios de salud son los cambios producidos en los determinantes de la salud, especialmente en los cambios en los estilos de vida y en las condiciones de vida, que son atribuibles a una intervención o intervenciones planificadas, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de salud. (Referencia: nueva definición del glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)

Salud para todos: La consecuencia de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva. (Referencia: Glosario de términos usados en la serie de Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984)

Salud pública: La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. (Referencia: adaptada del “Informe Acheson”, Londres, 1988)

Salud: Un Estado completo de bienestar físico, mental y moral y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. (Referencia: Carta de Ottawa)

Soporte social: Aquella asistencia para personas y los grupos desde dentro de sus comunidades que puede servirles para ayudar a afrontar los acontecimientos y las condiciones de vida adversos y que puede ofrecer un recurso positivo para mejorar la

calidad de vida. (Referencia: definición modificada e incluida en el glosario para la Conferencia Internacional de Yakarta, 1997)
