



| UNR



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**

**DOCTORADO EN POLÍTICAS, GESTIÓN Y ECONOMÍA DE  
LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD**

**Políticas públicas de promoción de la actividad física para la  
prevención y control de las Enfermedades Crónicas No  
Transmisibles en América Latina.**

*Estudio comparativo de los municipios Rosario, Curitiba y Santiago de  
Cali en el período 2003 - 2018.*

Autor: **Mg. Prof. Eduardo Iván Zaffaroni**

Directora: **Dra. Natalia Yavich**

**Rosario, diciembre de 2021**



## TESIS DOCTORAL

### **Políticas públicas de promoción de la actividad física para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en América Latina.**

*Estudio comparativo de los municipios Rosario, Curitiba y Santiago de  
Cali en el período 2003 - 2018.*

*Presentado en*

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

*de la*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

*para la obtención del*

GRADO DE DOCTOR EN POLÍTICAS, GESTIÓN Y ECONOMÍA  
DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Autor: **Mg. Prof. Eduardo Iván Zaffaroni**

Directora: **Dra. Natalia Yavich**

Doctorado en Políticas, Gestión y Economía  
de los Sistemas y Servicios de Salud

Universidad Nacional de Rosario

Rosario (Santa Fe, Argentina),

Diciembre de 2021

## **RESUMEN**

La producción científica y vigilancia epidemiológica desarrollada en las últimas décadas señalan a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y a la inactividad física como uno de los mayores desafíos de salud pública. Los elevados niveles de inactividad física deberían representar una prioridad para el diseño de estrategias de intervención.

Para analizar los atributos de las políticas públicas de promoción de la actividad física (AF) para la prevención y control de las ECNT en los municipios Rosario, Curitiba y Santiago de Cali, entre los años 2003 y 2018; se desarrolló un estudio comparativo de base cualitativa. Se analizaron intervenciones públicas creadas por los gobiernos locales mediante análisis documental de instrumentos normativos y contenidos publicados en los sitios web oficiales.

Fueron incluidas 59 intervenciones. Su distribución en el período de estudio fue irregular con un fuerte predominio de las intervenciones dirigidas a la población general. Nueve intervenciones se propusieron explícitamente la prevención/control de las ECNT.

En conclusión, la generación de intervenciones instrumentadas que tributen coordinadamente a políticas explícitas es un desafío vigente para que la promoción de la AF para la prevención de las ECNT gestionada por las administraciones locales sea capaz de trascender las convicciones de las autoridades en curso.

## **PALABRAS CLAVE**

Política Pública; Actividad Física (Actividad Motora); Enfermedades no Transmisibles; Promoción de la Salud; Prevención de Enfermedades (DeCS).

## **ABSTRACT**

Scientific production and epidemiological surveillance developed in recent decades point to Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) and physical inactivity as one of the greatest public health challenges. High levels of physical inactivity should represent a priority for the design of intervention strategies.

To analyze the attributes of public policies for the promotion of physical activity (PA) for the prevention and control of NCDs in the municipalities of Rosario, Curitiba and Santiago de Cali, between 2003 and 2018; a qualitative-based comparative study was developed. Public interventions created by local governments were analyzed through documentary analysis of normative instruments and content published on official websites.

Fifty-nine interventions were included. Its distribution in the study period was irregular with a strong predominance of interventions aimed at the general population. Nine interventions were explicitly proposed for the prevention/control of NCDs.

In conclusion, the generation of instrumented interventions that coordinate taxation to explicit policies is a current challenge so that the promotion of PA for the prevention of NCDs managed by local administrations is capable of transcending the convictions of the current authorities.

## **KEY WORDS**

Public Policy; Physical Activity (Motor Activity); Noncommunicable Diseases; Health Promotion; Disease Prevention (DeCS).

## **RESUMO**

A produção científica e a vigilância epidemiológica desenvolvidas nas últimas décadas apontam às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a inatividade física como um dos maiores desafios para a saúde pública. Altos níveis de inatividade física deveriam representar uma prioridade para o desenho de estratégias de intervenção.

Para analisar os atributos das políticas públicas de promoção da atividade física (AF) para a prevenção e controle das DCNT nos municípios de Rosario, Curitiba e Santiago de Cali, entre os anos 2003 e 2018; foi desenvolvido um estudo comparativo de base qualitativa. As intervenções públicas elaboradas pelos governos locais foram analisadas por meio da análise documental de instrumentos normativos e conteúdos publicados em sites oficiais.

Foram incluídas 59 intervenções. A sua distribuição no período de estudo foi irregular com forte predomínio das intervenções dirigidas à população geral. Nove intervenções se propuseram explicitamente a prevenção/controle das DCNT.

Em conclusão, a geração de intervenções instrumentadas que tributem coordenadamente a políticas explícitas é um desafio atual para que a promoção de AF para a prevenção das DCNT geradas pelas administrações locais seja capaz de transcender as convicções das autoridades em curso.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Política Pública; Atividade Física (Atividade Motora); Doenças não Transmissíveis; Promoção da Saúde; Prevenção de Doenças (DeCS).

## **Agradecimientos**

A la Dra. Natalia Yavich, por desempeñar con inagotable entusiasmo y compromiso la dirección de este trabajo. Su aporte ha sido invaluable para la realización de esta obra, y su vocación y humildad valores que pretendo emular.

Al Dr. Ernesto Báscolo y al Dr. Daniel Airasca, por haberme acogido como becario, depositando en mí su confianza. Su apoyo durante todo el proceso fue fundamental para la concreción exitosa del mismo.

Al Dr. Guillermo Rodríguez, por su permanente e incondicional colaboración. Sus consejos y orientación han sido de incalculable ayuda para la elaboración de este trabajo.

Al CONICET y la Universidad Abierta Interamericana (UAI), por seleccionarme como becario y brindarme recursos que hicieron posible el desarrollo de este proceso.

Al Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI) de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), por admitirme en su prestigiosa institución para la realización de mi formación doctoral.

A mi familia y amigos, por su incondicional aliento y comprensión.

**A todos ustedes, mi más sincera y profunda gratitud.**

## Índice general

<b>Índice de Tablas .....</b>	<b>1</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>3</b>
<b>Listado de acrónimos, siglas y abreviaturas.....</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
1.1    Situación problemática .....	5
1.2    Antecedentes .....	15
1.3    Fundamentación.....	27
1.4    Objetivos.....	31
1.4.1.    Objetivo general .....	31
1.4.2.    Objetivos específicos.....	31
1.5    Metodología.....	32
1.6    Estructura del trabajo.....	34
<b>Capítulo 2. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>37</b>
2.1    Inactividad física: más allá de la responsabilidad individual y la culpabilización de las víctimas.....	37
2.1.1.    Determinantes Sociales de la Salud .....	37
2.1.2.    Estilos de vida.....	46
2.1.3.    Actividad física.....	58
2.2    La gestión de comportamientos saludables como estrategia de salud pública.....	71
2.2.1.    Promoción de la salud y prevención de enfermedades .....	71
2.2.2.    Políticas e intervenciones .....	76
2.2.3.    Municipios Saludables.....	86
2.2.3.1    Rosario (Santa Fe, Argentina) .....	89
2.2.3.2    Curitiba (Paraná, Brasil).....	92
2.2.3.2    Santiago de Cali (Valle de Cauca, Colombia) .....	96
<b>Capítulo 3. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>102</b>
3.1    Tipo y diseño de estudio .....	102
3.2    Fenómeno bajo estudio.....	104
3.3    Técnica de recolección y análisis de datos.....	107
3.4    Categorías de análisis .....	113

<b>Capítulo 4. RESULTADOS</b> .....	<b>125</b>
4.1.    Identificación de las intervenciones.....	125
4.1.1    Caso Rosario .....	125
4.1.2    Caso Curitiba .....	126
4.1.3    Caso Santiago de Cali.....	130
4.2    Descripción de las intervenciones .....	132
<b>Capítulo 5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>151</b>
<b>Capítulo 6. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA</b> .....	<b>162</b>
6.1    Conclusiones.....	162
6.2    Prospectiva y limitaciones.....	168
<b>Capítulo 7. REFERENCIAS</b> .....	<b>170</b>
<b>Capítulo 8. ANEXOS</b> .....	<b>192</b>
Anexo 1. Caracterización de las intervenciones según tipo de intervención y año de inicio.....	192
Anexo 2. Caracterización de las intervenciones según población destinataria. .	196
Anexo 3. Caracterización de las intervenciones según acción propuesta y prevención (Prev.) de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)...	200

## Índice de Tablas

<b>Tabla 2.1</b> Repartición de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud en América Latina de 1990 a 2014 entre las enfermedades no transmisibles (ENT), la salud del niño y la infección por el VIH.....	80
<b>Tabla 2.2</b> Premios o reconocimientos internacionales en materia de sustentabilidad otorgados al municipio Curitiba. Periodo 2009-2019.....	97
<b>Tabla 2.3</b> Eventos deportivos más destacados sedeados por el municipio Santiago de Cali. Periodo 2010-2019.....	100
<b>Tabla 3.1</b> Comparación de dimensiones de los casos Rosario, Curitiba y Santiago de Cali.....	106
<b>Tabla 3.2</b> Categorías de análisis. Subcategorías y clases.....	115
<b>Tabla 3.3</b> Clasificación de las intervenciones.....	123
<b>Tabla 4.1</b> Normativas encontradas (E) y normativas seleccionadas (S) resultado de la búsqueda en el Buscador de Normativa de la Municipalidad de Rosario según palabras clave y tipo de normativa.....	125
<b>Tabla 4.2</b> Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física de la Municipalidad de Rosario (Santa Fe, Argentina) en el período 2003-2018.....	127
<b>Tabla 4.3</b> Normativas encontradas (E) y normativas seleccionadas (S) resultado de la búsqueda en el Portal da Transparência de la Prefeitura de Curitiba según palabras clave y tipo de normativa.....	128
<b>Tabla 4.4</b> Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física de la Prefeitura de Curitiba (Paraná, Brasil) en el período 2003-2018.....	129

<b>Tabla 4.5</b> Normativas encontradas (E) y normativas seleccionadas (S) resultado de la Consulta avanzada en el Sistema JurisDOC de la Alcaldía de Santiago de Cali según palabras clave y tipo de normativa.....	130
<b>Tabla 4.6</b> Normativas encontradas (E) y seleccionadas (S) resultado de la exploración de los Acuerdos municipales presentes en el Sistema JurisDOC de la Alcaldía de Santiago de Cali según año de publicación.....	131
<b>Tabla 4.7</b> Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física de la Alcaldía de Santiago de Cali (Valle de Cauca, Colombia) en el período 2003-2018.....	133
<b>Tabla 4.8</b> Número de intervenciones públicas para la promoción de la actividad física creadas en el período 2003-2018, según localidad y año de creación.....	135
<b>Tabla 4.9</b> Número de intervenciones públicas para la promoción de la actividad física creadas en el período 2003-2018, según localidad y grupo etario. ....	141
<b>Tabla 4.10</b> Número de intervenciones públicas para la promoción de la actividad física (AF) creadas en el período 2003-2018, según localidad y tipo de AF fomentada.....	145
<b>Tabla 4.11</b> Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física con referencia explícita a la prevención/control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, creadas en el período 2003-2018, según localidad y año de creación.....	150

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.1</b> Insignias del programa São Paulo: Meiorito y Agitol.....	24
<b>Figura 2.1</b> Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.....	43
<b>Figura 2.2</b> Tríada de conceptos clave del marco conceptual para la acción sobre de los DSS de Solar e Irwin.....	44
<b>Figura 2.3</b> Estilos de vida saludable.....	52
<b>Figura 3.1</b> Estrategia de búsqueda.....	111
<b>Figura 4.1</b> Resultados de la estrategia de búsqueda e identificación de intervenciones.....	134

## **Listado de acrónimos, siglas y abreviaturas**

<b>ACSM</b>	American College of Sports Medicine
<b>ACV</b>	Accidente cerebrovascular
<b>AF</b>	Actividad física
<b>AFE</b>	Actividad física espontánea
<b>APS</b>	Atención Primaria de la Salud
<b>AVAD</b>	Años de vida ajustados por discapacidad
<b>CARMEN</b>	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>DHB</b>	Beneficio directo de salud
<b>DSS</b>	Determinantes sociales de la salud
<b>ECNT</b>	Enfermedades crónicas no transmisibles
<b>ECV</b>	Enfermedades cardiovasculares
<b>ENT</b>	Enfermedades no transmisibles
<b>FR</b>	Factores de riesgo
<b>HDL</b>	Lipoproteínas de alta densidad
<b>IMC</b>	Índice de masa corporal
<b>LDL</b>	Lipoproteínas de baja densidad
<b>MET</b>	Equivalente metabólico
<b>MSN</b>	Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organizaciones no gubernamentales
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PKN</b>	Proyecto de Karelia del Norte
<b>STP</b>	Salud en Todas las Políticas
<b>USD</b>	Dólares estadounidenses
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## Capítulo 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Situación problemática

Alteraciones en el orden social, económico, demográfico y tecnológico, asociadas a cambios culturales y conductuales, son responsables del fenómeno de transición epidemiológica hacia las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) identificado a mediados del siglo pasado y así definido por Omran a inicios de los años 70' (Mayer-Foulkes & Mayer-Hirshfeld, 2017). Las patologías agrupadas en este perfil epidemiológico actualmente predominante son tan fuertemente asociadas a los estilos de vida actuales que algunos autores las denominan «enfermedades de la civilización» (Airasca, 2011).

Las ECNT (enfermedades cardiovasculares [I00-I99]<sup>1</sup>, procesos cancerígenos [C00-D48], Diabetes Mellitus [E10-E14] y enfermedades pulmonares crónicas [J40-J47]) se han posicionado como una indiscutible prioridad en términos de salud pública (Grupo ad hoc de Vigilancia de enfermedades no transmisibles, Comisión de vigilancia en salud & MERCOSUR, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2012, las ECNT produjeron aproximadamente 38 millones de muertes, representaron el 68 % del total de defunciones, y significaron de forma evidente la principal causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2014). Además, son las mayores responsables de la morbilidad con alto impacto en la calidad de vida de las personas, siendo en 2010 la causa del 54 % de los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) (Escamilla-Cejudo, Sanhueza & Legetic, 2017).

El impacto de este fenómeno de escala mundial ha tenido, inicialmente, mayor magnitud en los países y regiones del mundo con ingresos económicos y niveles de desarrollo más elevados. Por tal motivo, en un estadio inicial del mismo, se instaló la hipótesis errónea que proponía que

---

<sup>1</sup> Códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (OPS, 1995).

las ECNT eran un inconveniente serio únicamente para los países desarrollados y/o las poblaciones con ingresos altos.

Esta construcción equivocada podría deberse a las diferencias existentes de acuerdo al tiempo de evolución del fenómeno de transición epidemiológica. En las etapas tempranas del mismo como las que atraviesan Bolivia, Haití o Guyana, la incidencia de los factores de riesgo (FR) de las ECNT suele ser mayor en los quintiles de la población con los ingresos más elevados; mientras que, en países que se encuentran en estadios más avanzados de dicha transición como Uruguay, Brasil o México, los FR de estas enfermedades evidencian una mayor incidencia entre los quintiles de ingresos más bajos (Medici, 2017).

El exponencial crecimiento de las ECNT representa una importante preocupación incluso para los países en vías de desarrollo, donde este nuevo desafío para la salud pública coexiste con las aún vigentes enfermedades infecciosas, y para los cuales resultaría más apropiado el concepto de «mosaico epidemiológico» (Spinelli, 2010).

Otra noción incorrecta en torno a las ECNT, indicaba que los países de ingresos medianos o bajos debían atender, en primer lugar, a las enfermedades transmisibles o infecciosas y luego recién a las ECNT (Medici, 2017). Una explicación para esta propuesta equivocada se vincula al concepto de mosaico epidemiológico descripto anteriormente.

El hecho de que la razón entre muertes por ECNT y muertes por enfermedades transmisibles (ECNT/ET) sea menor en los países en vía de desarrollo que en los países desarrollados tiene su explicación en la aún elevada tasa de mortalidad por causas infecciosas y no necesariamente en una tasa de mortalidad baja por ECNT (Escobar *et al.*, 2000).

Por ejemplo, en la región de América Latina y el Caribe, en el año 1985, por cada 10 muertes debido a enfermedades transmisibles se producían 15 a causa de ECNT. Ya en el año 2000, para la misma relación, el número de defunciones por ECNT ascendió a 34 (Escobar *et al.*, 2000). Es evidente que

estas enfermedades no son un problema circunscripto a los “países ricos”, sino también una amenaza prioritaria para los países en desarrollo (Theodore, Lalta, La Foucade, Cumberbatch & Laptiste, 2017).

Desde el punto de vista del derecho a la salud, la morbimortalidad por ECNT es mayor entre los grupos más desfavorecidos de la sociedad. El riesgo de fallecer a causa de una de estas enfermedades es tres veces superior en las categorías ocupacionales inferiores respecto de las superiores (Escobar *et al.*, 2000).

A nivel de las Américas, estas enfermedades ocasionan el 35 % de las muertes prematuras, entendidas como aquellas que ocurren en personas menores de 70 años (Escamilla-Cejudo *et al.*, 2017; Hennis, 2017). Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se ubican como la principal causa de morbimortalidad, seguida por los procesos cancerígenos (siendo los de pulmón, próstata y colorrectales los más frecuentes entre los hombres; y los de pulmón, mama y cervicouterinos los más frecuentes en las mujeres) (Hennis, 2017; Watkins *et al.*, 2017).

El estudio INTERHEART desarrollado en 52 países de diferentes niveles de ingresos, reportó que las ECV están asociadas a la baja escolaridad; mientras que otro estudio desarrollado en Porto Alegre (Brasil), encontró una frecuencia de muerte prematura por ECV tres veces superior en los distritos más pobres respecto de los más favorecidos (Escamilla-Cejudo *et al.*, 2017).

El análisis de los países de la región, expone que aquellos países de ingresos medianos y bajos poseen las mayores proporciones de AVAD debido a ECNT (Escamilla-Cejudo *et al.*, 2017). La población de estos países suele sufrir estas patologías a edades más tempranas, por lo que las mismas acompañan a las personas por períodos más prolongados y/o les producen la muerte antes que en los países de ingresos altos (OMS, 2005).

Las ECNT originan y/o profundizan las inequidades en salud entre las poblaciones más y menos favorecidas de un mismo país y también entre estos (Hernández-Ávila *et al.*, 2017), dado que implican una doble carga en

términos económicos: por un lado, disminuyen la productividad de los individuos y su aptitud para generar ingresos (especialmente relevante puesto que con frecuencia provocan morbilidad prematura); y, por otro lado, aumentan el consumo de recursos ligados a la necesidad de atención de salud de forma crónica y por tiempo prolongado.

Esta doble carga económica se manifiesta tanto a nivel de los Estados como a nivel de los individuos y sus familias. La forma en que esta carga se distribuye, impactando más en un nivel que en otro, depende en mayor medida de la configuración y las condiciones de los sistemas y servicios sociales y de salud propios de cada Estado.

Los Estados que intentan ofrecer una asistencia amplia a través de políticas sociales, y garantizar el acceso universal y de calidad a los servicios de salud, se exponen a limitaciones complejas en la disponibilidad de recursos necesaria para asegurar la sustentabilidad de las mismas. El aumento de la demanda sobre los sistemas de salud producido por las ECNT hace que sus costos ascendentes consuman porciones cada vez más grandes de los presupuestos asignados al sector sanitario, traduciéndose esto en una amenaza inminente para la cobertura y equidad de los servicios públicos de salud (OMS, 2014; Puska, 2008).

En estos Estados (como es el caso de numerosos países latinoamericanos), las pérdidas de productividad y los gastos derivados de las ECNT implican una seria dificultad para el desarrollo de los países en vía de ello, y en especial de aquellos que con bajos ingresos experimentan un acelerado crecimiento y envejecimiento de sus poblaciones (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

A nivel individual y familiar, en aquellos sistemas sanitarios con una cobertura limitada y con presencia de altos niveles de gasto de bolsillo de los usuarios, los costos derivados de los cuidados de salud, sumados a la disminución de los ingresos, con frecuencia colocan a las familias en condición de pobreza o les impide salir de ella.

Cuando los individuos o familias no cuentan con un seguro de salud que los proteja de estos gastos, los mismos pueden provocar en sus hogares un fenómeno cíclico de pobreza, endeudamiento y enfermedad, considerando que su riesgo de enfermar de ECNT se ve aumentado debido a que las poblaciones de ingresos más bajos a menudo incurren en una alimentación inadecuada y tienen mayores dificultades para realizar actividad física (AF) (Hernández-Ávila *et al.*, 2017).

A modo de ejemplo, en 2008, el gasto de bolsillo promedio del total de los hogares colombianos era del 4,8 % del presupuesto familiar. No obstante, en aquellos hogares en que uno o más de sus integrantes padecía alguna ECNT, los desembolsos ascendían al 7,1 % (Medici, 2017).

De esta forma, las ECNT deterioran las economías de las familias y sociedades, propician inequidades en salud y obstruyen un desarrollo sostenible (OPS, 2017). En este sentido, las inversiones destinadas a prevenir/controlar las ECNT son interpretadas como un mecanismo de alivio de la pobreza y promoción del desarrollo (Ferrante *et al.*, 2011).

Estimaciones en torno a la situación de las ECNT prevén que empeorará (con énfasis en los países en desarrollo), pasando a ser responsables de un 10 % más de las muertes a nivel mundial (creciendo del 59 % al 69 % entre 2002 y 2030) y presagiando una carga de morbilidad alarmante (Escamilla-Cejudo *et al.*, 2017; OMS, 2005).

En resumen, sin la implementación de intervenciones efectivas, la magnitud del problema crecerá, y deteriorará las condiciones de salud de las poblaciones. Por un lado, debido a las limitaciones de recursos que experimentarían los servicios públicos de salud a causa del aumento de la demanda sobre ellos; y, por otro lado, producto de las pérdidas económicas que la morbilidad prematura de la población económicamente activa generarían a nivel de los Estados y de cada familia.

Se calcula que más del 80 % de las afecciones cardíacas isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes, podrían evitarse si se modifican

comportamientos de riesgo tales como el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y los altos niveles de consumo de alcohol (Grupo ad hoc de Vigilancia de enfermedades no transmisibles *et al.*, 2011).

La evidencia señala que la inversión en intervenciones preventivas de las ECNT, son ampliamente más costo-efectivas que las intervenciones clínicas (Escobar *et al.*, 2000), en particular cuando están dirigidas a estimular hábitos saludables como una vida activa y una alimentación sana, o a controlar el uso excesivo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol.

El diseño e implementación de cualquier intervención destinada a prevenir las ECNT debería contemplar que son un problema de toda la sociedad e involucran determinaciones ajenas al sector salud, por lo que requieren la acción cooperativa de actores pertenecientes a diferentes sectores, tanto de gobierno como civiles, tanto públicos como privados (Ministerio de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006; Ferrante *et al.*, 2011).

El origen de las ECNT es de naturaleza compleja, puesto que obedece a múltiples factores. Estos pueden ser clasificados en factores metabólicos/fisiológicos, como la hipertensión arterial, el sobrepeso/obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia; y factores comportamentales, tales como la inactividad física, la alimentación poco saludable y el consumo de tabaco y/o alcohol (OMS, 2011a).

Los factores metabólicos/fisiológicos están fuertemente condicionados por los factores comportamentales propios del estilo de vida de las personas; y estos últimos, influenciados a su vez por las condiciones socioeconómicas, políticas y ambientales en las que viven las mismas.

Entre los factores de riesgo comportamentales, y por ende modificables; los bajos niveles de AF propios del estilo de vida contemporáneo tienen un elevado grado de responsabilidad en la incidencia de las ECNT. La OMS (2010a) posiciona a la inactividad física como el segundo factor de riesgo

comportamental más fuertemente asociado a la mortalidad por ECNT (6 %), luego del consumo de tabaco (9 %).

Algunos estudios sostienen que el riesgo para la salud producido por la inactividad física es incluso superior al generado por el consumo de tabaco (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006). Estimaciones indican que la AF insuficiente causa aproximadamente un 9% de las muertes prematuras (Branco Fraga, 2016).

Estadísticas de la OMS en 2002 (p. 65) señalaban que la “inactividad causa a nivel mundial en torno a un 10 %–16 % de los casos de cáncer de mama, cáncer colorrectal y diabetes mellitus, y aproximadamente un 22 % de los casos de cardiopatía isquémica”, mientras que ocho años después indicaban que son “la causa principal de aproximadamente 21–25 % de los cánceres de mama y de colon, 27 % de la diabetes, y aproximadamente un 30 % de las cardiopatías isquémicas” (OMS, 2010a, p. 10).

La AF insuficiente es reconocida desde hace varios años como uno de los mayores problemas de salud pública y uno de los factores de riesgo asociados a las ECNT más prevalente (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006). La región de las Américas expone una de las mayores prevalencias del mundo de AF insuficiente entre los adultos (Blanco *et al.*, 2017). En América Latina, el 43 % de los mayores de 15 años no realiza el mínimo de AF recomendada para el cuidado de la salud (al menos de 30 minutos de AF de intensidad moderada durante cinco días a la semana o más) (Galaviz *et al.*, 2014).

La creciente popularidad de estilos de vida caracterizados por la combinación de inactividad física/sedentarismo y alimentación poco saludable, colocan a la obesidad como uno de los mayores desafíos de este siglo para la salud pública y la economía, visto que su prevalencia aumenta aceleradamente, en particular en países de ingresos medianos y bajos (Escamilla-Cejudo *et al.*, 2017; Cuadri Fernández, Tornero Quiñoñes, Sierra Robles, & Sáez Padilla, 2018).

La tendencia mundial indica que la mitad de la población podría ser obesa para el año 2030 (Cuadri Fernández *et al.*, 2018). Actualmente, en la Región de las Américas, aproximadamente el 60 % de la población tiene sobrepeso (índice de masa corporal [IMC]  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) y el 25 % es obesa (IMC  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Estos valores colocan a las Américas como la región de mayor prevalencia de exceso de peso y obesidad del mundo (Hennis, 2017; Blanco *et al.*, 2017).

En un estudio realizado en Gran Bretaña, Prentice & Jebb (1995) concluyeron que pese a la disminución sustancial de la ingesta energética promedio, las tasas de obesidad continuaron en aumento, justificando este fenómeno en la aún mayor disminución de las demandas energéticas producto de los bajos niveles de AF. En consecuencia, afirman con relación a la etiología de la obesidad, que el estilo de vida inactivo es al menos tan importante como la dieta, representando posiblemente el factor dominante.

Realizada de forma regular y acumulando un mínimo de 150 minutos semanales de AF aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa (o bien una combinación equivalente de ambas) (OMS, 2010a), la AF puede descender significativamente el riesgo de sufrir enfermedades coronarias, hipertensión arterial, resistencia a la insulina y dislipidemias, influyendo además, de manera favorable en la calidad de vida de los individuos (Vidarte Claros, Vélez Álvarez, Sandoval Cuellar, & Alfonso Mora, 2011).

Desde una perspectiva económica, el aumento de los niveles de AF en la población inactiva podría generar una reducción significativa de los costos derivados de la atención de salud. Cálculos realizados en Canadá indican que una disminución de la prevalencia de inactividad física del 10 % representaría un ahorro aproximado de 124 millones de dólares cada año (Hernández-Ávila *et al.*, 2017).

Un estudio evaluó los costos producidos por algunas atenciones de salud vinculadas a las ECNT sobre el Sistema Único de Salud (SUS) en la ciudad de Pelotas (Brasil) en el año 2007. Considerando únicamente las

internaciones hospitalarias por enfermedades del sistema circulatorio y diabetes, y los tratamientos farmacológicos de esta última y de la hipertensión arterial; el ahorro potencial si todas las personas fueran físicamente activas sería de 2,2 millones de reales por año (Bielemann, Knuth, & Hallal, 2010).

La incidencia de la inactividad física no es uniforme en los diferentes grupos poblacionales. Investigaciones llevadas a cabo en diferentes regiones del mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, han encontrado que existen grupos poblacionales en los que la AF insuficiente es más prevalente.

El análisis de la variable sexo expone que la población femenina es más inactiva (OPS, 2002; Domínguez-Berjón, Borrell, Nebot & Plasència, 1997; Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Martínez, Saldarriaga & Sepúlveda, 2008; Rodríguez-León & Garzón-Molina, 2013; Moscoso Sánchez, Serrano del Rosal, Biedma Velázquez & Martín Rodríguez, 2013), aunque es probable que la comparación de los niveles de AF ponderada en algunos estudios pueda estar parcialmente sesgada por no considerar debidamente las diferencias en los patrones de AF desarrollada por mujeres y hombres (Rodríguez-Romo *et al.*, 2011). En consecuencia, se propone que la perspectiva de género sea tenida en cuenta para el diseño de las intervenciones de promoción de la AF (Herazo Beltrán, Hernández Escolar & Domínguez Anaya, 2012).

Numerosos estudios epidemiológicos en adolescentes evidenciaron diferencias en la participación de actividades físicas entre ambos sexos según el tipo e intensidad de las mismas. Los varones muestran una mayor participación en actividades deportivas y/o vigorosas, mientras que las mujeres lo hacen más en actividades de ocio y baja intensidad (Seabra, Mendonça, Thomis, Anjos & Maia, 2008).

En relación a la edad, la inactividad física aumenta con la misma, siendo los adultos mayores el grupo etario menos activo (OPS, 2002; Domínguez-Berjón *et al.*, 1997; Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Silveira

Freire, Oliveira Lélis, Fonseca Filho, Oliveira Nemopuceno & Fagundes Silveira, 2014). Incluso entre los adolescentes se expone una disminución de los niveles de AF conforme aumenta la edad dentro del mismo grupo etario (Seabra *et al.*, 2008).

Poblaciones con niveles educativos y/o socioeconómicos más bajos son asociadas a una mayor prevalencia de AF insuficiente (OPS, 2002; Domínguez-Berjón *et al.*, 1997; Martínez *et al.*, 2008; Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Rodríguez-León & Garzón-Molina, 2013). Según Seabra *et al.* (2008) las divergencias respecto de esta afirmación encontradas en algunos estudios pueden ser eventualmente explicadas en la forma de evaluación del nivel socioeconómico.

El patrón de AF encontrado en poblaciones con mayor nivel de escolaridad es diferente al presentado por quienes tienen menos años de escolarización. Las personas que cursaron estudios formales durante menos tiempo, desarrollan regularmente más AF ocupacional o laboral y menos AF durante su tiempo libre; justamente al contrario de lo que sucede en la población con mayor escolaridad (Tarducci *et al.*, 2016).

De similar manera, un nivel socioeconómico bajo está asociado con mayores niveles de AF en el ámbito ocupacional y como medio de transporte, y menores niveles de AF durante el tiempo de ocio. Salarios bajos son también generalmente asociados a ocupaciones que implican un mayor trabajo físico (Rotta Bonfim, Riani Costa & Monteiro, 2012).

La asociación inversa entre el nivel socioeconómico y los niveles de AF de tiempo libre podría deberse tanto a una escasa accesibilidad geográfica y/o social a espacios públicos aptos y seguros, como a la dificultad para acceder a ambientes deportivos o de entrenamiento privados (como gimnasios o clubes) por falta de capacidad de pago (Lavin, Bruzzone, Mamondi, González & Berra, 2015).

Contrariamente, personas en mejor situación socioeconómica suelen residir en lugares que ofrecen mejores infraestructuras para la realización de AF

(parques, plazas, ciclovías, etc.), además de tener la capacidad económica para afrontar los posibles costos derivados de la compra de equipamiento deportivo, el pago de cuotas societarias y/o medios de transporte (Silveira Freire *et al.*, 2014).

En vista de estas relaciones, se recomienda que las políticas e intervenciones de promoción de la AF dirijan una especial atención a estimular su práctica en los grupos poblacionales en que la inactividad física es más prevalente: sexo femenino, adultos mayores y bajo nivel socioeconómico/educativo (Domínguez-Berjón *et al.*, 1997; Seabra *et al.*, 2008; Silveira Freire *et al.*, 2014).

En resumen, afrontar de forma efectiva un desafío de la magnitud de las ECNT a través de la promoción de la AF (cuyos factores determinantes y consecuencias exceden largamente al sector salud), exige la planificación y desarrollo de acciones integrales entre los diferentes niveles (nacional, regional y local) y sectores de gobierno (Fortune, Salgado de Snyder, Cassanha Galvão & Murphy, 2017), con un enfoque que comprenda la participación de toda la sociedad (gobierno, sector privado y sociedad civil) (Alleyne, 2017).

En este contexto se viene expresando una creciente decisión política para abordar las ECNT desde la promoción de la AF. En las últimas décadas, esto se ha traducido en un incremento de la escala y frecuencia de las acciones de vigilancia epidemiológica y de la inversión de recursos para la implementación de estrategias y acciones dirigidas al fomento de la AF.

## **1.2 Antecedentes**

El Proyecto de Karelia del Norte (PKN) es seguramente la experiencia más emblemática de prevención y promoción de la salud para enfrentar las ECNT. Además de ser pionero en ese campo e iluminar el inicio de otras experiencias, este proyecto alcanzó excelentes resultados tanto a nivel de tasas de mortalidad como de prevalencia de FR para ECNT.

A finales de la década del 60', Finlandia presentaba la mayor tasa de mortalidad por enfermedad coronaria del mundo. La peor situación se encontraba en Karelia del Norte, la provincia con menor nivel socioeconómico. En respuesta a este problema, en 1971, los representantes de esa provincia solicitaron asistencia a las autoridades nacionales. Estas trabajaron con expertos de la OMS y lanzaron el PKN al año siguiente, con el objetivo de evaluar la implementación y resultados de una estrategia preventiva piloto durante un período de 5 años (1972-1977) (Puska, 2002; Puska, 2008).

La estrategia tuvo como eje el desarrollo de intervenciones integrales con énfasis en la participación comunitaria. En consecuencia, diferentes sectores de la sociedad (Organizaciones No Gubernamentales -ONG-, organizaciones comunitarias, servicios de salud, escuelas e industria, entre otros) participaron del desarrollo de intervenciones como campañas de comunicación, modificaciones ambientales (físicas y sociales) e incluso la elaboración de programas específicos.

Por ejemplo, en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, su medición se incluyó como práctica rutinaria en las consultas médicas realizadas en los centros de salud y se desarrollaron programas de detección masiva en ferias y centros, se elaboró un registro y se asignó un representante de la salud pública para el seguimiento regular de los pacientes con mayores dificultades (McAlister, Puska, Salonen, Tuomilehto & Koskela, 1982).

En otra iniciativa, se trabajó junto una asociación local de amas de casa («Martha») con el propósito de generar cambios en la alimentación familiar. Los participantes se reunían para mejorar sus habilidades culinarias y aprender sobre la preparación de alimentos y recetas más saludables (McAlister *et al.*, 1982).

También en relación a la alimentación, se aprovechó la particular voluntad del responsable de una fábrica local de embutidos, y con su cooperación se creó un nuevo tipo de salchicha reemplazando porciones de carne y grasa

por hongos. Una cooperación similar se logró con productores locales para la promoción del consumo de lácteos bajos en grasas (McAlister *et al.*, 1982).

Durante todo el periodo tuvo lugar una fuerte campaña de comunicación para promover hábitos saludables en periódicos, radios, y a través de carteles, folletos y calcomanías. Además, se realizaron jornadas de educación para la salud en lugares de trabajo, comercios, escuelas y clubes (McAlister *et al.*, 1982).

Con estas y otras intervenciones el PKN logró, entre 1971 y 2006, una disminución del 62 % en la mortalidad por todas las causas, del 79 % por causas cardiovasculares y del 65 % de la mortalidad por cáncer, en hombres de 35 a 64 años. Se registraron también cambios significativos en la prevalencia de FR de las ECNT como el tabaquismo y los niveles elevados de colesterol sérico y tensión arterial. El éxito del proyecto es mayormente atribuido a su integralidad (participación colaborativa de un amplio número de organizaciones sociales, del sector privado y decisores políticos) y al enfoque preventivo/comunitario destinado a modificar los estilos de vida poco saludables (Puska, 2008).

A los logros propios del PKN, debe adicionarse que el mismo funcionó como precursor de otras intervenciones poblacionales. En Estados Unidos se iniciaron a finales de la década del 70' tres importantes intervenciones: el Proyecto de Cinco Ciudades de Stanford [SFCP]<sup>2</sup> (1978-1998), el Programa de Salud Cardíaca de Pawtucket [PHHP]<sup>3</sup> (1980-1991) y el Programa de Salud Cardíaca de Minesota [MHHP]<sup>4</sup> (1980-1993).

Dichos proyectos tuvieron como objetivo común educar a la comunidad y mejorar los comportamientos de la población para prevenir la aparición de los FR de enfermedad ECV y accidentes cerebrovasculares (ACV). Entre

---

<sup>2</sup> Stanford Five City Project.

<sup>3</sup> Pawtucket Heart Health Program.

<sup>4</sup> Minnesota Heart Health Program.

ellos, los niveles altos de colesterol y tensión arterial, el consumo de tabaco, la obesidad y la falta de actividad física (OPS, 2003).

Como abordaje se utilizaron acciones de educación directa-presencial (SFCP); actividades en medios de comunicación, educación sanitaria (individual y comunitaria) y actividades ambientales (MHHP); y, activismo comunitario en todas las facetas del programa de salud cardíaca (planificación, ejecución, evaluación y gestión) ejecutado mediante un sistema de prestación voluntario (PHHP) (OPS, 2003).

Entre las lecciones más relevantes obtenidas de estas experiencias se encuentra la necesidad de un proceso de organización comunitaria capaz de desarrollar en la comunidad el sentido de pertenencia por el proyecto, programa o estrategia. Para ello se requiere la identificación de líderes comunitarios y su activación en favor del programa, la estimulación de ciudadanos y organizaciones para ofrecer tiempo y otros recursos, y el abordaje de la prevención en los lugares de trabajo, escuelas y otras instituciones (Mittelmark, Hunt, Heath, & Schmid, 1993).

Este tipo de intervenciones poblacionales responden al concepto de «áreas demostrativas», las cuales representan zonas/comunidades que son intervenidas de manera planificada y controlada respecto de una problemática específica, con el objetivo de evaluar de forma precisa el resultado de las mismas y su potencial para ser implementadas en proyectos de mayor escala (Barengo, 2015).

En lo que respecta específicamente a la promoción de la AF, se encuentran en Latinoamérica dos programas icónicos: Ciclovías de Bogotá y Agita São Paulo.

La Ciclovía Recreativa de Bogotá (o simplemente «Ciclovía», su denominación original) es un programa multisectorial de tipo comunitario que implica la suspensión transitoria de la circulación de vehículos motorizados en unos 120 kilómetros de calles principales de la ciudad durante los días domingos y feriados de 7 a 14 horas, y así ofrecerlas para su utilización

deportivo-recreativa, estimulando la práctica de AF por parte de ciclistas, peatones, patinadores y corredores (Ministerio de Salud de la Nación, 2013a; Rodríguez-León & Garzón-Molina, 2013; Escamilla-Cejudo *et al.*, 2017).

El programa fue iniciado en 1974 como resultado de la gestión de un grupo de ciclistas que consiguieron que el alcalde les cediera, durante unas pocas horas, la utilización de algunas calles de la ciudad como espacio de encuentro para aficionados al ciclismo. Desde entonces, la iniciativa creció significativamente, aumentando los niveles de AF y calidad de vida de sus usuarios, y contribuyendo al desarrollo del capital social por medio de la democratización del uso de los espacios públicos (Montes *et al.*, 2011; Hernández-Ávila *et al.*, 2017).

El desarrollo del programa estuvo influenciado por la ampliación de la red de ciclovías (de más de 300 kilómetros) y consecuente mejora en la conexión con el transporte público y los principales destinos, la implementación de otras restricciones para la circulación de vehículos motorizados (el «día sin coches», limitaciones para el estacionamiento y el proyecto «pico y placa»<sup>5</sup>), y campañas educativas de concientización ambiental y comportamiento hacia ciclistas y peatones (Pucher, Dill & Handy, 2010).

Un nuevo programa se creó para agregarle valor a la Ciclovía y complementar la oferta de AF a sus usuarios. La Recreovía<sup>6</sup> fue inaugurada en 1995, y consta de una red de espacios en los que se ofrecen clases o sesiones masivas de AF recreativa dirigidas por personal calificado (Ministerio de Salud de la Nación, 2013a; Instituto Distrital de Recreación y Deporte, s. f.).

---

<sup>5</sup> «Pico y Placa» es una intervención destinada a restringir la circulación de automóviles particulares durante las horas pico de acuerdo al último dígito de la placa (patente).

<sup>6</sup> Inicialmente llamada «Aeróbicos», por ser un nombre genérico capaz de agrupar el ejercicio asociado a la música y que se encontraba de moda para mejorar la condición física, perder peso y prevenir enfermedades cardiovasculares (Instituto Distrital de Recreación y Deporte, s. f.).

La Ciclovía Recreativa resultó beneficiosa en función de sus costos, los cuales se financian a través de un impuesto agregado a las facturas telefónicas y de patrocinadores privados. Por ello, para su consolidación, fue incorporada en 2007 al Plan de Salud Pública Nacional de Colombia, como estrategia para incrementar los niveles de AF de la población. Ya en 2009, su continuidad fue garantizada con su integración a la Ley nacional sobre la obesidad (Montes *et al.*, 2011; Hernández-Ávila *et al.*, 2017; Escamilla-Cejudo *et al.*, 2017).

Montes *et al.* (2011) evaluaron la relación costo-beneficio del programa. Para el cálculo del costo tuvieron en cuenta los costos operativos y los costos que representa para los usuarios (derivados de la necesidad de equipamiento). Los costos operativos comprendieron costos fijos (como semáforos, conos, divisores de carril, módulos, baterías, botiquines, sueldos y equipamientos de los empleados de campo, entre otros) y costos variables (como sueldos de empleados de oficina, soporte técnico y logístico, alquiler de camiones, entre los principales). El costo anual per cápita del programa fue calculado en 6 dólares estadounidenses (USD).

La valoración de los beneficios se limitó a la consideración del beneficio directo de salud (DHB, por sus siglas en inglés), entendido como “la cantidad de dinero que un adulto físicamente activo ahorra en costos médicos y de salud directos anuales por prevenir enfermedades crónicas” (Montes *et al.*, 2011, p.158, traducción propia) y calculado a partir del número de personas activas e inactivas en el programa y los costos médicos directos promedio por persona<sup>7</sup>.

La relación costo-beneficio midió el ahorro en costos médicos directos por cada dólar invertido en el programa, y fue calculada dividiendo el DHB por

---

<sup>7</sup> Fueron necesarios dos ajustes para el caso de Bogotá. Por un lado, los datos sobre los costos médicos promedio para personas activas e inactivas no estuvieron disponibles. Por otro lado, dado que el sistema de salud en Colombia incluye cobertura de salud universal, se calculó el costo médico promedio anual para la ciudad como la unidad de pago per cápita (UPC), basado en todos los costos médicos directos reportados anualmente para cada ciudad dividido por el número de usuarios del sistema de salud en esa ciudad. En consecuencia, el beneficio directo de salud (DHB) fue calculado usando una metodología basado en el DHB de San Francisco (EE. UU.).

los costos totales del programa. El resultado osciló entre 3,23 y 4,26, por lo que el ahorro obtenido por cada dólar invertido en el programa sería de 3,2 a 4,3 USD. Además, los resultados advierten que si el número de usuarios aumenta conforme a su tendencia histórica, aumentar los kilómetros de ciclovía mantendría esta relación por encima de 1 (rentable) (Montes *et al.*, 2011).

Debe notarse que los beneficios totales derivados del programa exceden al DHB. Una perspectiva de evaluación diferente señala los importantes ahorros que se obtendrían derivados de la disminución en la mortalidad. Además, otros beneficios no económicos adicionales serían el aumento en la calidad de vida de sus usuarios, la contribución al desarrollo de capital social y la disminución de la contaminación acústica y sonora derivada de la promoción de modalidades de transporte sostenibles (Montes *et al.*, 2011).

Un estudio transversal señala una asociación entre el uso recreativo de la bicicleta en el programa y su uso utilitario, por ejemplo, para desplazarse al trabajo. En Bogotá, la proporción de viajes en bicicleta se cuadruplicó entre los años 1995 y 2003, pasando de 0,8 % a 3,2 % (Pucher *et al.*, 2010).

Este tipo de programas surgidos en la década del 60' en San Francisco (EE.UU.), Seattle (EE.UU.) y São Paulo (Brasil) fue extendiéndose progresivamente por la Región de las Américas, con un crecimiento acelerado a partir del 2000. América del Sur presenta las mayores y más frecuentes ciclovías (Pucher *et al.*, 2010; Montes *et al.*, 2011).

La Ciclovía recreativa de Bogotá es un referente y ejemplo de este tipo de programas. Basado en la experiencia de los Países Bajos pero con las adaptaciones necesarias para el contexto local, y apoyada en la participación activa de al menos nueve sectores de gobierno; la escala y resultados de este programa lo transforman en un caso tan excepcional como exitoso (Pucher *et al.*, 2010; Hernández-Ávila *et al.*, 2017).

Por su parte, el programa Agita São Paulo fue creado a finales del año 1996 producto del trabajo conjunto de la Secretaria de Salud del Estado de São

Paulo -SES-SP- (que aportó el reconocimiento oficial y apoyo financiero) y el Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - CELAFISCS- (organismo civil sin fines de lucro que provee asesoría científica y técnica) (Ferreira, Castiel & Almeida Cardoso, 2011; Ministerio de Salud de la Nación, 2013b). Rodrigues Matsudo *et al.* (2006) apunta que el surgimiento de la iniciativa está relacionado a la alta prevalencia de AF insuficiente (69,3 %) registrada en la región metropolitana de São Paulo a principios de la década 90' (especialmente en la población de sexo femenino - 80,2 %).

El objetivo del programa es promover la práctica de AF en el estado de São Paulo y aumentar el conocimiento respecto de los beneficios para la salud de un estilo de vida activo (Rodrigues Matsudo *et al.*, 2006; Ministerio de Salud de la Nación, 2013a). De acuerdo con la recomendación mundialmente aceptada<sup>8</sup> del American College of Sports Medicine (ACSM) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>9</sup>, el mensaje principal del programa es: “todo ciudadano debe acumular por lo menos 30 minutos de actividad física por día, en por lo menos 5 días de la semana (si es posible todos), de intensidad moderada, de forma continua o acumulada” (Matsudo *et al.*, 2008, p. 180, traducción propia).

Este mensaje es más que un simple resumen de la recomendación original. En su definición puede observarse un direccionamiento estratégico del mismo de acuerdo a las características comunes de sus destinatarios.

Por un lado, el mensaje del programa concentra su atención en la AF de intensidad moderada, sin mencionar a la AF vigorosa. Esto se debe a que lógicamente (e incluso por tratarse de un país cálido y tropical) es más viable para la mayoría de las personas adoptar la práctica de AF moderada que no intensa. Este ajuste es un ejemplo de la estrategia de los gestores del

---

<sup>8</sup> “Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa” (OMS, 2010a, p. 24).

<sup>9</sup> En español, Colegio Americano de Medicina Deportiva y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, respectivamente.

programa respecto de dos propiedades que luego fueron asociadas al éxito del mismo: promoción de la de AF con *estrategias prácticas y factibles* y a través de *mensajes simples, fáciles de entender y recordar* (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Ministerio de Salud de la Nación, 2013a).

Por otro lado, se hace hincapié en la posibilidad de alcanzar los 30 minutos de AF de forma acumulada. Considerando que la falta de tiempo es señalada como uno de los principales obstáculos para mantener una vida activa en la población del área metropolitana de São Paulo; sumar la AF desarrollada en sesiones más breves hace más probable el cumplimiento de la recomendación, al mismo tiempo que permite incluir tanto actividades recreativas como aquellas que tienen lugar en el ámbito doméstico o laboral (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006). La importancia otorgada al tiempo es tal que la mascota del programa es un reloj despertador llamado «Meiorito» (medía hora) (Figura 1.1) y representa la obsesión por los horarios, característica sociocultural común entre los paulistas<sup>10</sup> (Matsudo *et al.*, 2008).

Este y otros mensajes referentes a la promoción de la AF fueron difundidos a través de la distribución de materiales impresos en centros de salud, oficinas gubernamentales y centros comerciales, y con su inclusión en los recibos de sueldo de los empleados públicos, las boletas municipales y los documentos oficiales del Ministerio de Deporte y Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2013a). Otra decisión estratégica respecto de la elaboración de los mensajes difundidos fue hacer énfasis en las ventajas de la AF para la salud mental (muchas veces subestimadas), dado que se suponen más eficaces para estimular el cambio del comportamiento sedentario por ser percibidas más tempranamente que las relativas a la salud física (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006).

---

<sup>10</sup> Naturales del estado de São Paulo.

Un material de divulgación específico fue creado para transmitir el mensaje entre los médicos tras concluir que muchos de ellos no estaban debidamente informados acerca de los beneficios de la AF y que, en consecuencia, no la indicaban a sus pacientes. El «Agitol» es un material educativo en papel respecto de la importancia de la AF para la salud y contenido en una caja semejante a la de cualquier medicamento (Figura 1.1). Con esta sutil e ingeniosa estrategia se interpeló la habitual prescripción de fármacos arraigada en la comunidad médica como tratamiento tradicional, y se postuló una transición hacia un abordaje desde la promoción de la salud (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Matsudo *et al.*, 2008).



**Figura 1.1. Insignias del programa São Paulo: Meiorito y Agitol.**

Fuente:

<http://comemascomemejor.blogspot.com/2011/01/agita-sao-paulo-intervencion-exitosa.html>

Los megaeventos representan los íconos del programa y son difundidos masivamente en revistas, diarios, televisión y radio. Tres megaeventos son desarrollados cada año, uno para cada grupo poblacional objetivo: «Agita Galera» (escolares, niños y adolescentes), «Agita Trabalhador» (jóvenes y adultos económicamente activos) y «Agita Melhoridade» (personas mayores de 60 años) (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Ministerio de Salud de la Nación, 2013a).

La estrategia del programa para generar cambios en el estilo de vida de la población responde al modelo transteórico de cambios de comportamiento.

Según este modelo, el comportamiento se explica en una dimensión temporal caracterizada por procesos y etapas de cambio (precontemplación – contemplación – preparación – acción – mantenimiento – terminación), según las cuales los individuos o grupos tienen diferentes niveles de motivación e intención de cambio (Cabrera, Gómez & Mateus, 2004).

El cambio comportamental es un proceso gradual, por lo que exige también gradualidad en las intervenciones destinadas a influenciarlo. La planificación de cualquier acción o programa debe considerar las características específicas y situación de las personas a las cuáles está dirigida, y así poder responder a las necesidades particulares de los individuos o grupos destinatarios (Cabrera, 2000).

El programa se propuso asistir a cada persona según la etapa en la que se encontraba para que pudiera avanzar a la siguiente. Se pretendió que las personas inactivas se volvieran al menos irregularmente activas, y que estas últimas se tornaran de forma progresiva más regularmente activas, hasta alcanzar el objetivo de la adopción de un estilo de vida activo (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006).

El éxito del programa permitió, sucesivamente, su propagación al resto de Brasil, a otros países de la región, hasta ser establecido a escala mundial (Agita Mundo) por la OMS en el año 2002. La emergencia de programas similares en América Latina dio lugar a la creación de la Red de Actividad Física de las Américas (RAFA/PANA), la cual funciona como coordinadora de las redes nacionales de promoción de la AF. Entre sus principales objetivos está integrar a las instituciones públicas y privadas nacionales e internacionales y fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006).

Un factor trascendental que posibilitó la expansión fue la adopción de un modelo de acción adaptable y respetuoso de las características, necesidades e identidad cultural de las ciudades que pretendían su adhesión. Cada municipio (y cada país) tuvo libertad y fue responsable de incentivar la práctica de AF según lo consideró más pertinente y adecuado a

sus condiciones locales. A través del programa se intentó potenciar los programas o intervenciones ya existentes en cada municipio, propiciando que continuaran con su propia propuesta o línea de trabajo en lugar de imponerles una nueva (Rodrigues Matsudo *et al.*, 2006; Matsudo *et al.*, 2008).

La estructura del programa es fundamental para explicar los logros del mismo. Características claves del programa fueron las alianzas entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (sociedad civil y sector privado), el trabajo conjunto de un comité científico y un comité ejecutivo, el equilibrio intersectorial, y en especial, el equilibrio intrasectorial. Como ejemplo, la gestión en relación a este último permitió que luego de conseguir el apoyo de la Federación Industrial se obtuviera también el de la Cámara de Comercio, y que tras conquistar la ayuda del Club de Leones se consiguiera también la del Club Rotario (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Matsudo *et al.*, 2008).

En términos económicos, según un informe del Banco Mundial (2005), programas comunitarios integrales para el fomento de la AF como Agita São Paulo prometen ahorros de costos netos (es decir, los ahorros en costos de tratamiento que generan son mayores que los costos de implementación de la intervención). Agita São Paulo representa un ahorro de costos netos al sector de salud público de aproximadamente 310 millones de dólares por año (Bielemann, Knuth, & Hallal, 2010; Matsudo & Lambert, 2017).

Ferreira *et al.* (2011) señalan como aspecto negativo del programa su abordaje conservador/comportamentalista fundado en el modelo biomédico tradicional. Los autores sostienen, según diferentes afirmaciones postuladas por el coordinador general del programa, que la lógica del mismo incurre en dos equívocos: la biologización de algo social (el sedentarismo), y la culpabilización de las víctimas. “¡Sea inactivo: la funeraria agradece!”<sup>11</sup> (p. 869, traducción propia), una de las frases señaladas para ejemplificar la

---

<sup>11</sup> Frase escrita a pie de página en el libro «Agita Galera», un manual desarrollado para la comunidad escolar (Ferreira, Castiel & Almeida Cardoso, 2011).

concepción individualista e independiente de condicionantes sociales, económicos y culturales, capaz de generar angustia en quienes no son capaces de adoptar un estilo de vida activo.

No obstante estas observaciones, Agita São Paulo es mundialmente citado como una iniciativa ejemplar (Ferreira *et al.*, 2011), estrategia efectiva en diferentes niveles y sectores, y modelo de éxito de promoción de la AF, especialmente para países en vías de desarrollo (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006; Matsudo *et al.*, 2008).

En resumen, Ciclovías de Bogotá y Agita São Paulo son dos programas latinoamericanos (Colombia y Brasil, respectivamente) que continúan vigentes con más de 20 años de trayectoria. Además del éxito alcanzado en el fomento de la AF entre sus poblaciones, ambos programas originaron organizaciones (Red de Ciclovías Recreativas de las Américas y Red de Actividad Física de las Américas, respectivamente) destinadas a compartir las experiencias y conocimientos acumulados en las diferentes iniciativas, y servir de apoyo y motivación para el surgimiento nuevos programas de diversas escalas a lo largo del mundo.

### **1.3 Fundamentación**

La acelerada producción de evidencia científica y los resultados de acciones de vigilancia epidemiológica desarrollados en las últimas décadas son más que suficientes para señalar a las ECNT y a la inactividad física (por ser el segundo factor de riesgo modificable más fuertemente asociado a las muertes por este grupo de enfermedades) como uno de los mayores desafíos (vigente y futuro) en términos de salud pública.

Los elevados niveles de inactividad física deberían representar una prioridad para el diseño de estrategias de intervención de salud pública (Martínez, Saldarriaga & Sepúlveda, 2008). García y González-Jurado (2017) indican que la prevalencia de AF baja representa una importante carga económica y de mortalidad, por lo que recomiendan desarrollar líneas de investigación destinadas a analizar los factores que afectan a la práctica de AF y fortalecer

el desarrollo de políticas públicas dirigidas a reducir la inactividad física de la población.

Esta situación problemática viene propiciando el surgimiento de políticas e intervenciones dirigidas a promover la AF para la prevención de las ECNT. De acuerdo con Puska (2002, p. 5, traducción propia) la incógnita central “no es ‘qué se debe hacer’, sino ‘cómo se debe hacer’. . . . cómo se puede aplicar mejor el conocimiento existente para la prevención efectiva en la vida real”. En consecuencia, son necesarios estudios que profundicen el conocimiento acerca de los posibles abordajes para la promoción de la AF desde y como política pública.

El presente trabajo comparó y analizó los atributos de las políticas públicas de promoción de la AF para la prevención y control de las ECNT de tres ciudades latinoamericanas (Rosario, Argentina; Curitiba, Brasil; y Santiago de Cali, Colombia) entre los años 2003 y 2018; con el propósito de generar aportes que asistan la labor de decisores políticos y actores claves para así impulsar la planificación, gestión y desarrollo de intervenciones destinadas a promover la AF como elemento de prevención y control de las ECNT en ciudades latinoamericanas.

La identificación de los diferentes mediadores y la comprensión de la manera en que intervienen en la adopción de un estilo de vida activo son fundamentales para la elaboración de estrategias de promoción de la AF. Un desafío central es que las políticas en favor de la práctica de AF integren acciones colectivas sobre condicionantes ambientales y socioculturales, simultáneamente con acciones sobre grupos poblacionales específicos (Gómez *et al.*, 2002).

La formulación de políticas que articulen intervenciones desde diferentes perspectivas e integren diferentes sectores es un proceso complejo en sí mismo, condicionado por valores, opiniones y acciones que influyen intensamente en la toma de decisiones. En este sentido, los aportes de esta investigación pretenden ser útiles a los gestores y decisores para guiar el debate y mejorar la calidad del diálogo en torno a la elaboración de políticas

con propuestas holísticas y pertinentes para sus destinatarios. Es decir que, de acuerdo con Almeida y Báscolo (2006), la contribución de este trabajo está dirigida a enriquecer el proceso de toma de decisiones más que a indicar decisiones específicas como prescripción de soluciones.

Las investigaciones pueden mejorar las capacidades técnicas y políticas de sus usuarios. Contribuyen a las capacidades técnicas mejorando las habilidades de interpretación y aplicabilidad de sus resultados en distintos contextos, y a las habilidades políticas cuando favorecen la producción de legitimidad de los procesos de implementación de las políticas (Báscolo, 2010).

Los resultados de las investigaciones se vinculan con el proceso político de toma de decisiones de forma difusa, nutriendo los argumentos e ideas de los formuladores de políticas según sus valores y creencias, y el contexto socioeconómico y político en el que se encuentran inmersos. Se espera que este trabajo resulte relevante para respaldar las decisiones adoptadas en la formulación de las políticas y alimentar el pensamiento y la evaluación crítica de parte de los decisores.

En parte, la escasa capacidad de los resultados de las investigaciones para influir en el desarrollo de las políticas puede explicarse a partir de la deficiente articulación entre el diseño de las investigaciones y los aspectos relevantes para la configuración y gestión de las políticas (Báscolo, Yavich & Ponce, 2011). Además del aporte en sí mismo que representa el relevamiento sistematizado de las experiencias comprendidas en este trabajo; la naturaleza descriptiva del mismo permitió la reconstrucción del perfil de las políticas públicas en análisis a partir de sus detalles, poniendo énfasis en las características vinculadas a la gestión de las mismas. Esta evidencia puede aumentar la capacidad de los decisores para discutir sus fortalezas y limitaciones, así como proveer un punto de referencia para establecer comparaciones con miras al desarrollo de nuevas intervenciones.

En términos económicos, la evidencia disponible también demuestra la importancia de las políticas de promoción de la AF con base en su costo-

efectividad y potencial en ese sentido. No obstante, la dificultad de realización de este tipo de estudios cuando se pretende considerar la participación de los diferentes sectores de gobierno implica; primero, reconocer cuales son las intervenciones dirigidas a promover la AF (a menudo un programa integra acciones relacionadas a este objetivo con otras que no lo están), y luego, formular aproximaciones para determinar la proporción del presupuesto asignado a cada una de ellas.

Un estudio recientemente realizado en Chile por el Ministerio de Salud de ese país, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS se planteó generar estimaciones sobre la inversión del sector público (no solo del sector salud) en la prevención de las ECNT y la promoción de la salud. Sus autores señalaron como dificultad metodológica la falta de documentos que identificaran y reunieran todas las actividades pertinentes a esta área, por lo que debieron revisar los datos de los programas e interpretar la función de cada uno de ellos a partir de su título, descripción y objetivos (Cuadrado, Palacios, Miller & Legetic, 2017).

Esta investigación proporciona un relevamiento exhaustivo de intervenciones para la prevención de las ECNT a través del fomento de la AF, y además permite su clasificación por tipo, actividad propuesta, sectores participantes y población destinataria. En consecuencia, la misma puede ser útil como insumo básico y punto de partida de estudios que tengan por fin analizar la asignación de recursos presupuestarios y/o la establecer valoraciones respecto de la eficiencia de las diferentes acciones.

Simultáneamente, el trabajo propuesto aporta una metodología original de identificación y caracterización de las intervenciones, basada en el texto oficial de las normativas que las establecen. De esta forma, permite “reinterpretar” las políticas de promoción de la AF analizadas, en el sentido de construir una nueva interpretación de las mismas desde las intervenciones que la componen, en lugar de interpretarlas directamente desde las definiciones de la propia política.

Por último, el trabajo contribuye a exponer la complejidad del desafío que los decisores y actores claves tienen frente al diseño de estas políticas y, en consecuencia, pueda significar un argumento e impulso adecuado para establecimiento de nuevas instancias de debate (como la conformación de mesas intersectoriales) o una mejora de la calidad de las ya existentes.

Múltiples perspectivas deben ser integradas por los gestores de las políticas públicas de promoción de la AF para que puedan estas superar las dificultades descritas y dar cuenta de la complejidad del problema; de forma tal que consigan ofrecer a la toda la población mayores posibilidades para mejorar sus condiciones de salud en relación a las ECNT y sus factores de riesgo.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Analizar los atributos de las políticas públicas de promoción de la actividad física para la prevención y control de las ECNT, a través de las intervenciones instituidas por normativas en los municipios Rosario, Curitiba y Santiago de Cali, entre los años 2003 y 2018.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar las intervenciones públicas para la promoción de la AF establecidas por normativa a nivel municipal en las ciudades de Rosario, Curitiba y Santiago de Cali en el periodo 2003-2018.
- Caracterizar las intervenciones según su tipo, año de inicio, acción propuesta, abordaje conceptual de prevención, participación sectorial y población destinataria.
- Explicar y comparar los perfiles de las políticas públicas de promoción de la AF para la prevención y control de las ECNT de los municipios seleccionados a partir de las propiedades de las intervenciones caracterizadas.

## **1.5 Metodología**

Para analizar los atributos de las políticas públicas de promoción de la AF para la prevención y control de las ECNT en América Latina se definió una metodología comparativa de base cualitativa.

Nohlen (2008) sostiene que el método comparativo es el núcleo del estudio politológico. La comparación es una estrategia idónea para generar aportes capaces de nutrir la toma de decisiones en relación a las políticas públicas, puesto que permite identificar similitudes, regularidades y diferencias entre distintos casos, y así conseguir interpretaciones más comprensivas de los fenómenos políticos.

Este trabajo consistió en el estudio comparativo de casos de éxito semejantes, desarrollados por diferentes gobiernos municipales en un mismo momento histórico (comparación sincrónica) (Gobierno del Estado de México, 2008). Para examinar los aspectos capaces de explicar los resultados de las políticas observadas, se definieron las siguientes categorías de comparación: tendencia evolutiva, pretensión de equidad, integralidad de las acciones propuestas, abordaje de promoción y prevención, e integración de los sectores.

En general, existe una relación inversa entre el número de casos examinados y la profundidad en la descripción de los mismos (Goodrick, 2014). De acuerdo con el propósito de este trabajo, se decidió abordar de forma intensa un número pequeño de casos (políticas públicas de promoción de la AF de un municipio).

Cada caso fue abordado en profundidad antes de encarar la comparación entre ellos. El perfil descriptivo de los casos fue reconstruido a partir de una exhaustiva identificación y observación de las intervenciones que contribuyeron a su objetivo (fomentar la AF), y por ende, se consideraron parte de la política en cuestión. De esta manera, se garantizó una detallada comprensión de cada caso ajustada a lo que esta metodología requería.

Fueron consideradas todas las intervenciones que: 1) consignaron a la promoción o fomento de la AF como propósito u objetivo de la intervención; 2) tuvieron como ámbito geográfico de implementación a las ciudades de Rosario (Argentina), Curitiba (Brasil) o Santiago de Cali (Colombia); y, 3) fueron establecidas por al menos un instrumento normativo, sancionado entre los años 2003 y 2018 (criterios de inclusión).

Dado que no se halló un documento oficial, investigación u otra fuente que sistematizase todas intervenciones que interesaban a este trabajo, fue necesario identificarlas mediante una búsqueda específicamente diseñada para tal fin. La búsqueda fue desarrollada durante el periodo comprendido entre los meses de octubre y diciembre del año 2019 y se estructuró en dos componentes: búsqueda en digestos y búsqueda en sitios web oficiales.

Se comenzó con la búsqueda en digestos empleando palabras claves. Luego se procedió a la lectura de las normativas encontradas, a partir de la cual se identificaron las intervenciones pertinentes a este trabajo de acuerdo con los criterios de inclusión. Seguidamente se retomó la búsqueda en los digestos pero en este caso usando los nombres de las intervenciones obtenidos en el procedimiento anterior.

A continuación, se desarrolló una exploración integral de los sitios web oficiales de los municipios seleccionados como casos. Primero, se indagó por carteras o sectores (siguiendo la estructura de árbol), y luego se buscó introduciendo las palabras claves en los buscadores generales de dichos sitios.

En seguida, para profundizar el conocimiento de las intervenciones captadas hasta el momento (a partir de los digestos y de la indagación recientemente descripta sobre los sitios web), el nombre las intervenciones fue empleado también como ecuación de búsqueda en los buscadores generales de los sitios web oficiales.

Por último, el nombre de las intervenciones identificadas en los sitios web oficiales fue utilizado como texto de búsqueda en los digestos anteriormente

empleados, con el objetivo de recuperar algún instrumento normativo que reglamentara la intervención y permitiera incluirla como unidad de análisis.

Identificadas las intervenciones se procedió al análisis documental. Los documentos empleados como unidades de recolección fueron los documentos institucionales de carácter público (publicaciones del ejecutivo, parlamentarias o administrativas) y materiales textuales o audiovisuales publicados en los sitios web oficiales (fuentes secundarias).

El análisis de datos se desarrolló por medio de un plan de análisis propio, elaborado sobre la guía de las propuestas de análisis de contenido latente (Mayan, 2001) o de análisis temático (De Souza Minayo, 2016). Dicho plan de análisis consistió de cuatro fases: codificación, categorización, integración y análisis final.

Las intervenciones fueron descritas de acuerdo a las siguientes categorías de análisis: origen (tipo y año de inicio) de las intervenciones, definición socioeconómica y demográfica de la población destinataria, acción propuesta, prevención de las ECNT y sectores integrantes.

A partir de este análisis de las intervenciones se reconstruyeron los perfiles de las políticas públicas de promoción de la AF de los municipios seleccionados. Finalmente, se realizó la comparación de los mismos usando las categorías de comparación antes mencionadas.

## **1.6 Estructura del trabajo**

Este breve apartado aporta comentarios acerca de la estructura del trabajo a modo de cierre del *Capítulo I – Introducción*. Al inicio de este se ha presentado una contextualización del problema haciendo referencia a los aspectos más relevantes de la misma, tales como la epidemiología, evolución, impacto y proyecciones en torno a las ECNT y la inactividad física.

En seguida, se citaron algunas experiencias de promoción de la AF y/o prevención de las ECNT cuyo éxito es internacionalmente reconocido,

llegando estas a ser replicadas o tomadas de ejemplo en diferentes partes del mundo. Finalmente, se plantearon los argumentos que fundamentaron la realización de este trabajo, seguido de la exposición de los objetivos general y específicos del mismo y una breve descripción de su metodología.

El *Capítulo II – Marco conceptual* se compone de dos apartados con los desarrollos teórico-conceptuales fundamentales para un abordaje holístico de la problemática planteada. En el primer apartado se exponen concatenadamente desde lo general a lo específico, teorías y conocimientos útiles para una interpretación profunda de la inactividad física como fenómeno social complejo. Ya en el segundo apartado se presentan consideraciones relativas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, se citan algunas políticas y estrategias desarrolladas en las últimas décadas para el abordaje de esta problemática, y se describe brevemente la situación y contexto de las ciudades objeto de la investigación.

A continuación, en el *Capítulo III – Diseño metodológico*, se explican las decisiones metodológicas adoptadas para el desarrollo de este trabajo. Allí se describe la estrategia de búsqueda desarrollada en los digestos y sitio web de cada caso de estudio, y se delinean las fases de ejecución del plan de análisis de datos. Por último, se describen las categorías de análisis establecidas con sus respectivas definiciones operacionales.

En el *Capítulo IV – Resultados*, estos son divulgados en dos partes. La primera parte expone, de forma independiente y detallada, figuras y tablas con los hallazgos parciales y finales de la estrategia de búsqueda correspondiente a cada caso; mientras que, en la segunda parte, se presenta una exploración de las intervenciones en relación a las categorías de análisis preestablecidas, a partir de la cual se identifican y describen atributos particulares de la política de promoción de la AF de cada caso de estudio.

Seguidamente algunas nociones tratadas en el marco conceptual y luego manifestadas en los resultados de esta investigación son retomadas en el

*Capítulo V – Discusión.* Los comentarios expuestos en este segmento vinculan aspectos centrales de la temática presentados en los apartados anteriores.

El *Capítulo VI – Conclusiones y prospectiva* contiene las reflexiones surgidas del análisis de los principales resultados. En primera instancia, son presentadas formulaciones elaboradas a partir de la exploración de los hallazgos a la luz del marco conceptual y de la comparación intrínseca de los mismos, con el propósito de constituirse en aportes para la elaboración y gestión de políticas de promoción de la AF. Con base en las conclusiones desarrolladas, se expusieron a continuación algunas alusiones respecto de la emergencia de nuevas investigaciones, y del alcance y limitaciones del presente trabajo.

Sobre el final se incluye el *Capítulo VII – Referencias*, y el *Capítulo VIII – Anexos*, en el que se publican una serie de tablas con los resultados de la caracterización de cada una de las intervenciones.

Por último, es oportuno mencionar que parte de este trabajo ha sido desarrollado como un subproducto de la investigación «Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina»<sup>12</sup>, y presentado previamente por el doctorando como tesis («Intervenciones públicas para el fomento de la actividad física relacionadas a la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Estudio descriptivo del municipio de Rosario en el período 2003 – 2017») para optar al título de Magister en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud por la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

---

<sup>12</sup> Esta investigación fue realizada por la Asociación Investiga Más con la colaboración de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) -Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI)-, el CONICET y el Instituto de la Salud Juan Lazarte, con el respaldo del International Development Research Centre (IDRC) de Canadá, y su propósito fue la emergencia y gestión de iniciativas intersectoriales destinadas a influir en la equidad en salud de la población Argentina y de América Latina. Más Información disponible en: <http://capacitasalud.com/intervenciones-intersectoriales/>

## **Capítulo 2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1 Inactividad física: más allá de la responsabilidad individual y la culpabilización de las víctimas**

#### **2.1.1. Determinantes Sociales de la Salud**

A comienzos del siglo XIX empezó a instalarse la asociación existente entre el estado de salud de las personas y sus condiciones de vida, producto de la constatación de que las enfermedades sufridas por los trabajadores pobres de las grandes industrias estaban ligadas a las condiciones económicas y ambientales de los mismos. Aún frente a esa evidencia, fue erigiéndose el denominado «modelo higienista» que se estructuró en la perspectiva monocausal de la producción de enfermedades y en el abordaje meramente biológico y curativo de estas últimas (Álvarez Castaño, 2009).

A partir de la producción de vacunas y la implementación de medidas higiénicas, dicho modelo tuvo su periodo exitoso en el control de la propagación de enfermedades infecciosas, altamente prevalentes durante ese siglo y el inicio del XX (Álvarez Castaño, 2009). Con esa lógica, muchos países independientemente de su nivel de desarrollo económico, asignaron los presupuestos para el cuidado de la salud de sus poblaciones a la edificación de grandes y tecnológicos hospitales; más preocupados por el cuidado de grupos selectos de estas que por la atención de los más vulnerables (Berlinguer, 2007).

Los abordajes de salud pública continuaron casi exclusivamente los lineamientos de ese paradigma al menos hasta las décadas del 60' y 70' del siglo XX, cuando a partir de algunas investigaciones surgieron otras teorías como las de Lalonde y Blum que permitieron la emergencia de una nueva perspectiva dirigida a considerar las necesidades de salud de los más desfavorecidos comenzando por los factores etiológicos de sus enfermedades (Berlinguer, 2007; Guzmán Urrea, 2009).

Marc Lalonde publicó en 1974 el documento que se conoció como «The Lalonde Report»<sup>13</sup> («El informe Lalonde»), resultado de su esfuerzo por descomponer el fenómeno de la salud. Para ello, propuso la teoría de «campo de la salud» definiendo que el mismo se constituye de cuatro componentes básicos: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención en salud (OPS, 1996a).

La fundación de esta teoría puso en cuestión el carácter prioritario que se le venía otorgando a la atención sanitaria y permitió que los otros tres componentes comenzaran a recibir al menos un nivel de importancia similar a esta. Estudios posteriores continuaron señalando que la condición de salud es determinada por factores que exceden ampliamente a la organización de la atención en salud.

Dos años más tarde Hafdan Mahler, en su condición de director general de la OMS, postuló el desafío «Salud para todos en el año 2000» explicando que para el logro de ese objetivo no era suficiente disponer de soluciones médicas siendo que estas son tan relevantes para la salud de la población como la necesidad de educar a la misma, vencer la desnutrición y evitar la contaminación de las aguas y las viviendas insalubres (Berlinguer, 2007).

El protagonismo de esta nueva perspectiva comenzó a deteriorarse a finales de los años 70' por el surgimiento de políticas neoliberales en respuesta a la recesión económica denominada «crisis fiscal de los Estados». Guiados por los preceptos de esta doctrina, los presupuestos asignados a la salud pública fueron reducidos para controlar las finanzas y minimizar la prestación de servicios por parte del Estado, de acuerdo a la noción de «Estado mínimo» (Batista Munhoz, Lacerda de Jesus, Abrahão Costa, & de Souza, 2009).

Este proceso redirigió la atención sanitaria hacia los cuidados médicos individuales en detrimento de la conformación de sistemas de salud integrales y del desarrollo de estrategias multisectoriales para el cuidado de

---

<sup>13</sup> Cuyo nombre formal fue: «A new perspective on the health of Canadians» (en español, «Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses»).

la salud (Almeida, 2002). Su impacto puede corroborarse en la merma de calidad experimentada por el sistema de salud británico entre 1991 y 1997 (Batista Munhoz et al., 2009).

Desde ese punto de vista, las inequidades en salud son entendidas básicamente como desiguales niveles en el consumo de los servicios de salud, ergo, para lograr equidad bastaría con garantizar iguales niveles de acceso, utilización y calidad de los servicios de salud para quienes tengan las mismas necesidades.

En una interpretación más holística, las inequidades en salud pueden ser comprendidas como todas las desigualdades del estado de salud entre o al interior de las poblaciones, cuyo origen se deba a disparidades en las condiciones socioeconómicas, culturales y/o medioambientales<sup>14</sup>. Entendidas así, las inequidades en salud no pueden ser resueltas únicamente garantizando servicios de salud (Guzmán Urrea, 2009).

Por ejemplo, en 2016, la esperanza de vida al nacer en Japón (84,0 años) superaba a la Argentina por 7 años (76,6 años) y por 30 años a aquella de países de bajos ingresos como Costa de Marfil (53,6 años) o Nigeria (53,4 años) (Banco Mundial, s. f.). Aún en países desarrollados, la esperanza de vida puede tener variaciones de 5 o 10 años cuando se mide entre poblaciones segmentadas por nivel de ingresos, educación y condiciones laborales (Berlinguer, 2007).

En las Américas la esperanza de vida es de 76,1 años, pero a nivel país la esperanza de vida se ubica en un rango de 20 años establecidos por el valor de este indicador en Canadá (83,4 años) y Haití (63,5 años). Al interior de los países también pueden encontrarse importantes diferencias como en el caso de Brasil, donde existe una diferencia en la esperanza de vida de casi

---

<sup>14</sup> Aunque en documentos oficiales de la OMS suelen emplearse los términos “desigualdad” e “inequidad” de forma indistinta algunos autores plantean la necesidad de discernir el significado de ambos. Mientras que la palabra “desigualdad” ofrece únicamente una noción estadística/comparativa carente de valoraciones asociadas; el concepto de “inequidad (o iniquidad)” trae aparejado una valoración intelectual y ética, al evaluar su condición de “evitable” e “injusta”, respectivamente (Whitehead. 1991; Lasso López, 2016).

13 años entre los grupos poblacionales de mayores y menores ingresos (OPS, 2014).

Independientemente del nivel de desarrollo económico de los países, existe una relación directa entre la condición socioeconómica y la condición de salud/enfermedad de su población denominada «gradiente social»; por lo que a peor situación socioeconómica, peor condición de salud. En opinión de la OMS (2009) no es justo que existan diferencias de salud de forma sistemática, por entender que estas son evitables y, por ende, constituyen una injusticia social.

En lo que refiere a enfermedades crónicas, los grupos socioeconómicamente más vulnerables, presentan una mayor prevalencia, y una incidencia más temprana de estas enfermedades y sus complicaciones (Whitehead, 1991). Ferrante *et al.* (2011) señalan que los factores de riesgo de las ECNT también tienen una mayor prevalencia entre esta población dado que están asociados a condiciones políticas y económicas, frente a las cuales esta población es más vulnerable.

Esta morbilidad prematura puede hacer que pierdan sus empleos (frecuentemente sumidos en la informalidad) a edades inesperadas (“productivas”), empeorando la situación económica del individuo y su familia, y dificultando en muchos casos el cuidado de la salud (elecciones saludables) y acceso a los servicios sanitarios, lo cual retroalimenta la inequidad inicial.

Según la OMS (2011b) las inequidades se explican por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas condiciones son denominadas *determinantes sociales de la salud* (DSS). El concepto abarca aquellos factores sociales que afectan en forma directa o indirecta a la salud y el acceso a la atención de las personas, tales como la educación, situación económica, empleo, vivienda, medioambiente, e incluso los sistemas y servicios de salud. Estas condiciones están, a su vez, determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Hosseini Shokouh *et al.* (2017) identificaron 21 modelos explicativos para la determinación social de la salud. Esta diversidad de modelos se debe al posicionamiento que adopta el fenómeno como objeto de estudio de diferentes áreas de conocimiento como la sociología, la epidemiología y la antropología; y en consecuencia la observación con foco en lo social, económico, histórico o cultural.

Entre estos modelos, Solar e Irwin (2010) desarrollaron un marco conceptual y de trabajo que sintetiza muchos elementos de modelos anteriores, y particularmente del modelo sobre la producción social de la enfermedad de Diderichsen y Hallqvist publicado en 1998, y que coloca a la posición social como foco para la interpretación de las desigualdades en salud.

El modelo de Solar e Irwin (2010) fue adoptado como marco de trabajo por la OMS por entender que representa su compromiso con la equidad en salud y la justicia social. Partiendo de una definición amplia de los DSS, fundaron este modelo con base en tres propuestas teóricas de la producción social de la salud:

1- Teoría psicosocial: postula que la vida en sociedades con fuertes desigualdades provoca efectos nocivos (estrés) para salud de los menos favorecidos tanto por los sentimientos negativos y de discriminación producto de su comparación con los grupos en mejores condiciones, como por la degradación de la cohesión social.

Poblaciones afrodescendientes de Estados Unidos e Inglaterra que viven en sociedades con profundas desigualdades, tienen una esperanza de vida inferior a la del resto de la sociedad incluso en los casos en que pueden satisfacer sus necesidades básicas y disponen de ingresos superiores a la media nacional. Evidencias como esta apoyan la tesis de que, con independencia del ingreso per cápita, las sociedades con mayor cohesión social exhiben mejores condiciones de salud que las menos cohesionadas (Álvarez Castaño, 2009).

2- Teoría de la producción social de enfermedad - Economía política de la salud (materialista/estructuralista): propone que las desigualdades deben ser analizadas a partir de las causas estructurales que significan los determinantes políticos y económicos, los cuales se expresan en la escasez de recursos a nivel individual/familiar (privados), y en la ausencia de inversiones destinadas a garantizar una adecuada infraestructura pública.

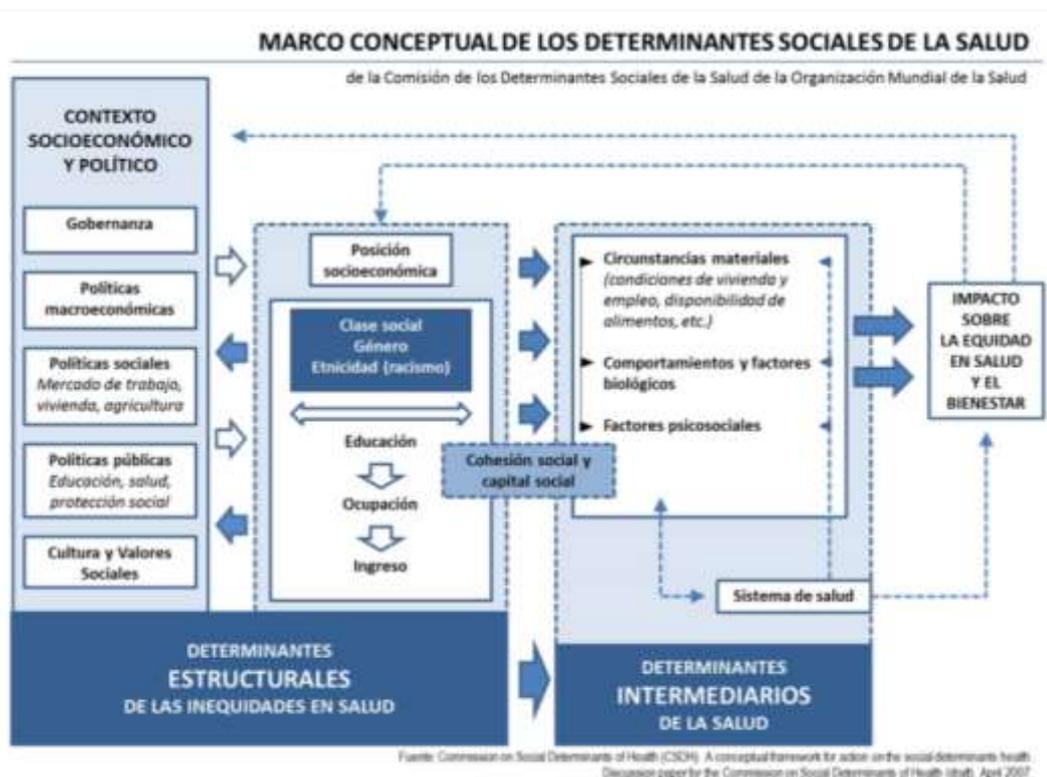
Sin rechazar la teoría psicosocial, ubica en el centro de su modelo explicativo a los ingresos y sostiene que los grupos con menores ingresos experimentan mayores dificultades para protegerse de las situaciones/factores que amenazan su salud. Condiciones materiales de vida tales como una alimentación insuficiente o una vivienda o ambiente laboral precario, producen niveles de riesgo desiguales entre los diferentes estratos de una sociedad (Álvarez Castaño, 2009).

3- Teoría/marco ecosocial: se trata de una construcción conceptual que contiene a las anteriores basándose en que todas las condiciones contextuales (físicas, socioeconómicas y políticas) interactúan con la biología conformando un ecosistema que determina la forma en que las personas expresan a nivel individual características propias del contexto en que viven. De esta manera se instala el concepto de «estilos de vida colectivos» para dar cuenta de la influencia del contexto en las decisiones personales como producto de una compleja interacción entre el comportamiento individual, el comportamiento colectivo y el conjunto de recursos presentes en la comunidad (Álvarez Castaño, 2009; Castiel & Álvarez-Dardet Díaz, 2010).

Este modelo de Solar e Irwin (2010) se compone de tres elementos clave: el contexto socioeconómico y político, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios (Figura 2.1).

Comenzando por los aspectos más generales del modelo, los autores establecen que las políticas públicas, sociales y macroeconómicas que

constituyen el *contexto socioeconómico y político* condicionan la posición económica de los individuos.



**Figura 2.1. Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.**

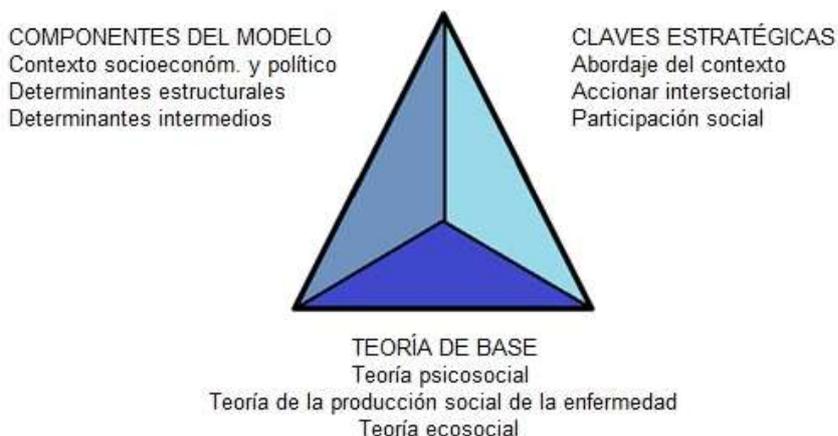
Fuente: De la Torre-Ugarte-Guanilo, M., & Oyola-García, A. (2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición (p. 3). *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1).

A partir de estas posiciones económicas, las sociedades se estratifican en relación al ingreso, ocupación y nivel educativo. A su vez, factores como el género y la raza o etnia conforman junto a los anteriores, una estratificación general de la sociedad. A estos componentes los autores le asignan el nombre de *determinantes estructurales*.

En consecuencia, de acuerdo a la posición que ocupan dentro de las jerarquías sociales, los individuos presentan niveles desiguales de riesgo y vulnerabilidad respecto de determinantes específicos de su condición de salud, como por ejemplo las circunstancias materiales y los factores

psicosociales, biológicos y del comportamiento denominados en su conjunto *determinantes intermedios*.

Con base en el desarrollo conceptual del modelo, los autores señalan tres lineamientos centrales para las acciones que buscan disminuir las inequidades en salud a través del abordaje de los DSS: *hacer frente al contexto, accionar de forma intersectorial, y propiciar la participación y empoderamiento social*; e indican que las políticas orientadas a mitigar las desigualdades no deberían restringirse al abordaje de los determinantes intermedios sin contemplar debidamente los condicionamientos estructurales (Solar & Irwin, 2010) (Figura 2.2).



**Figura 2.2. Tríada de conceptos clave del marco conceptual para la acción sobre de los DSS de Solar e Irwin.**  
Fuente: elaboración propia.

Como destaca Breilh (2013a), la determinación social de la salud es un proceso dialéctico entre lo general (relaciones y lógica económica-política-cultural), lo particular (modos de vivir) y lo singular (estilos de vida); se produce desde lo particular hacia lo general y se reproduce desde lo general hacia lo particular.

Por ello, aun cuando la caracterización de los determinantes en individuales y colectivos es conceptualmente relevante, el análisis de los determinantes no admite la descontextualización o desarticulación de cada uno de ellos en

relación a los demás, porque al hacerlo se estaría desconociendo la estrecha relación que tienen todos entre sí. Estudiar este fenómeno con un abordaje complejo que atienda al mismo tiempo lo individual y lo colectivo es fundamental para la elaboración de políticas e intervenciones que posean el potencial necesario para generar cambios significativos y sustentables en el proceso de salud que conduzcan a una sociedad más saludable (Souza Cavalcanti de Albuquerque & Souza e Silva, 2014).

En 2005, la OMS estableció por un plazo de tres años, una red mundial de normativas, investigadores y organizaciones civiles a la que denominó *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)*, cuyo objetivo era reunir y sintetizar información científica respecto de los DSS y elaborar propuestas para el abordaje de las inequidades por estos generadas (OMS, 2009).

Durante ese período la Comisión produjo el informe «Subsanar las desigualdades en una generación» publicado en 2008. Con base en las recomendaciones allí presentes, la OMS en su Asamblea mundial de 2009, alentó a los Estados Miembros a disminuir las inequidades en salud trabajando desde la perspectiva de la «*Salud en Todas las Políticas*» (STP) (Etienne, 2013).

La STP es una perspectiva innovadora de programación y desarrollo de políticas públicas indicada por primera vez en la *Declaración de Adelaida de 2010* y presentada como marco mundial para la acción en la *Declaración de Helsinki de 2013* (OPS, 2016), en la cual se la define como “un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tenga en cuenta las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busque sinergias y evite efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad” (OPS, 2014, p.1).

Esta estrategia integra los desarrollos previos sobre la promoción de la salud y los DSS, y ambiciona el logro de la equidad en salud a través de la acción sinérgica de las políticas de gobierno. Su desarrollo requiere el compromiso de todos los sectores en la elaboración de políticas cooperativas y

cohesionadas con potencial para abordar problemas complejos como las inequidades en salud y la sostenibilidad del medioambiente (OPS, 2014).

La perspectiva de STP representa un aporte especial para el abordaje de la epidemia de ECNT dado que muchos de los determinantes que contribuyen a este problema de salud pública se hallan fuera del alcance de políticas formuladas individualmente desde el sector salud (OPS, 2014). Por ello, para ser efectivas las estrategias diseñadas deben contar con la cooperación de otros sectores y actuar simultáneamente sobre aspectos individuales y poblacionales (Ferrante *et al.*, 2011).

El desafío es lograr que todos los sectores incorporen la salud como un elemento central al momento de la elaboración y desarrollo de las políticas para considerar debidamente la génesis socioeconómica de los problemas de salud (OMS, 2010b). Esto implica superar el enfoque biomédico y sectorial de la salud, y confeccionar estrategias capaces de actuar sobre los DSS, entendiendo que no es suficiente insertar componentes de salud en las políticas de otros sectores sino que se requiere formular las mismas de forma que aborden las condiciones de vida y de salud de las poblaciones (Guzmán Urrea, 2009).

Esto explica que STP es un enfoque técnico con fuerte componente político ya que es indispensable que las estrategias formuladas sean intersectoriales y sostenibles más allá de la duración de los ciclos políticos (OMS, 2016).

### **2.1.2. Estilos de vida**

El concepto de estilo de vida fue inicialmente utilizado en el campo de ciencias sociohistóricas, como la sociología y la antropología, para analizar los patrones de comportamiento de grupos o poblaciones de acuerdo a la influencia ejercida por la estructura social a la que pertenecían (Menéndez, 1998).

Posteriormente, entre las décadas del 50' y 60', el concepto fue extensamente empleado y divulgado en el terreno de la salud por la epidemiología más positivista para hacer referencia a las conductas individuales asociadas a las enfermedades crónicas y a la idea de factores de riesgo (Álvarez, 2012).

El modelo biomédico, en su afán de controlar el objeto de estudio, distorsionó el sentido original del concepto y lo adoptó con una acepción reduccionista. Si bien el concepto contenía desde antes la noción de la intencionalidad, su interpretación no se restringía como en la lógica biomédica, a una mera elección personal de carácter racional que incide en el estado de salud. Esta visión restrictiva coloca de forma implícita la responsabilidad de esas elecciones, y por ende de la salud, a cargo de cada sujeto (Menéndez, 1998, Guerrero Montoya & León Salazar, 2010a).

Esta tendencia del modelo a responsabilizar principalmente al individuo por su enfermedad o condición de riesgo representa un ejemplo de lo que Ryan denominó «culpabilización de la víctima», por ignorar la influencia del contexto socioeconómico y político de vida de los mismos. Consecuentemente, esta forma de entender el estilo de vida minimiza la responsabilidad de esos factores contextuales, los deja fuera de análisis, y por tanto inviabiliza la necesidad de accionar sobre ellos (Menéndez, 1998).

Asumir que todos los sujetos son seres completamente libres y capaces de decidir por sus comportamientos desconoce las diferencias en torno a sus condiciones estructurales y resulta muy funcional al modelo neoliberal. Por ejemplo, desde ese enfoque reduccionista, se puede desestimar la importancia de las publicidades de tabaco para la determinación de su uso, por lo que no existe necesidad alguna de ejercer regulaciones sobre las mismas dado que la responsabilidad de esa elección recae exclusivamente sobre el individuo.

La principal debilidad de esta perspectiva se encuentra ligada a la interpretación superficial del principio de libertad de elección. Si bien no puede desconocerse la importancia de la autonomía de los sujetos en torno

a sus elecciones (preferencias), tampoco debe dejarse fuera de consideración la importancia del condicionamiento que la desigualdad de recursos y oportunidades impone sobre las posibilidades de elección.

Proposiciones “antipaternalistas” sostienen que el empeoramiento de la situación actual de las ECNT es consecuencia de las elecciones libres de cada individuo. Aplicar esta premisa a poblaciones cuyas condiciones de vida implican acentuadas carencias, además de erróneo es ruín, por fundarse la misma en un principio de “libre elección” que en estas poblaciones no es efectivo siendo que gran parte de sus elecciones se presentan fuertemente condicionadas (Hernández-Ávila *et al.*, 2017).

Las poblaciones con bajos niveles de vida pueden, por resignación, no aspirar al logro de aquellas condiciones que consideran mejores para sí mismas y conformarse con aquellas otras que estiman si pueden alcanzar (“preferencias adaptativas”). Además, estas poblaciones podrían estar más predispuestas a adoptar, por desconocimiento o imposibilidad, elecciones de mayor riesgo para su salud (Guzmán Urrea, 2009).

Las poblaciones en peores condiciones de vida pueden tener mayores dificultades para orientarse hacia el futuro, lo que dificulta las elecciones para el cuidado de su salud a largo plazo y la adopción de medidas preventivas. Por ello las elecciones individuales no deben ser explicadas separadamente de las condiciones estructurales y contextuales que inciden sobre ellas (Menéndez, 1998; Guerrero Montoya & León Salazar, 2010b).

Según Cockerham (2014) la mayoría de los estudios confirman que las poblaciones con mejores condiciones socioeconómicas desarrollan los estilos de vida más saludables, y que estos pierden progresivamente esa condición a medida que descienden en la escala social, producto de la disminución de sus probabilidades de alcanzar lo que quieren o necesitan (aunque no sea correcto establecer esto como una norma general).

El criterio de la “responsabilidad individual” sólo puede ser tenido en cuenta cuando los individuos disponen de asistencia para la toma de decisiones y

equidad en el acceso a condiciones de vida saludable (OMS, 2005). No considerar situaciones de desigualdad torna las inequidades aún más injustas.

La perspectiva epidemiológica hegemónica (propia del modelo biomédico y noción dominante entre investigadores y académicos) explica los estilos de vida a partir de las decisiones/comportamientos individuales a los que denomina «agencia» y no atiende posibles condiciones de inequidad. Se requiere para ello una visión más contextual, que valore la importancia de las condiciones materiales y las estructuras socioculturales en la configuración de los estilos de vida tanto a nivel individual como grupal (Álvarez, 2012); no para invalidar la existencia de condiciones o decisiones particulares, sino para incluirlas en una dialéctica de grupo/sujeto que favorezca el abordaje colectivo de las mismas en detrimento de enfoques individualistas como los de la epidemiología hegemónica (Menéndez, 1998).

A diferencia de Marx, que entendía que las clases sociales estaban establecidas de acuerdo a los medios de producción y a los bienes sobre los que estas ejercen control; Weber<sup>15</sup> sostenía que la estructura social se organiza de acuerdo a sus estilos de vida. Weber entendía que las clases sociales se establecían a partir de ciertas características compartidas entre un grupo de personas, tales como su prestigio, educación, influencia política y circunstancias materiales, a partir de lo cual configuran un estilo de vida semejante. Es por esto que Weber se considera como el pionero en el desarrollo de esta relación entre estilos de vida y clases sociales (Álvarez, 2012; Cockerham, 2014).

Como parte de esta propuesta Weber expresaba que los estilos de vida son fundamentalmente un fenómeno social colectivo, y planteaba que los

---

<sup>15</sup> Maximilian Carl Emil “Max” Weber (1844-1920) fue un sociólogo alemán graduado en derecho y doctorado en economía. Es considerado uno de los fundadores de la sociología moderna junto a Durkheim y Marx. En oposición a la propuesta fundamentalmente económica de este último, Weber defiende la importancia de los elementos culturales y las mentalidades colectivas en el fenómeno de estructuración social (tesis mayormente desarrollada en su obras póstuma llamada «Economía y Sociedad», publicada en 1922) (Kim, 2017).

mismos se establecen en relación a la combinación de dos componentes claves: las elecciones de vida (life choices) y las oportunidades de vida (life chances). Es decir, las personas pueden elegir su estilo de vida entre ciertas opciones limitadas por elementos estructurales como su clase social, edad y género (Cockerham, 2014).

En acuerdo con la propuesta de Weber, Bourdieu expresaba que los estilos de vida emergen de la relación entre la estructura y la agencia (en palabras de Weber, oportunidades y elecciones, respectivamente) (Batista Madeira, Almeida Filgueira, Magalhães Bosi & Devidé Nogueira, 2018), y que los miembros de cada clase social suelen compartir los mismos estilos de vida porque disponen de oportunidades similares (Álvarez, 2012).

En su desarrollo teórico Bourdieu argumentaba la profunda influencia del contexto sobre la perspectiva personal de la libertad de acción en la producción y reproducción de los comportamientos.

Al fundamentar la importancia del ambiente para determinar elecciones y cambios de comportamiento, incorporó el concepto de «espacio social» como motivador de las prácticas sociales y al cual entendía como la realidad que organiza las representaciones y prácticas de las personas (Batista Madeira *et al.*, 2018).

Bourdieu, al analizar la integración de expresiones sociales en los comportamientos individuales; explicaba el concepto de «habitus» como un conjunto estructurado y estructurante de disposiciones duraderas que actúan como principios generadores y organizadores del comportamiento, y que es configurado inconscientemente a través de la incorporación de experiencias y relaciones sociales (Batista Madeira *et al.*, 2018).

El hábito es entonces un fenómeno complejo de carácter histórico (vincula pasado y presente) que integra implicancias individuales y colectivas, por lo que su comprensión requiere el análisis de las experiencias de socialización comenzando por la fase más temprana de este proceso denominada «socialización primaria».

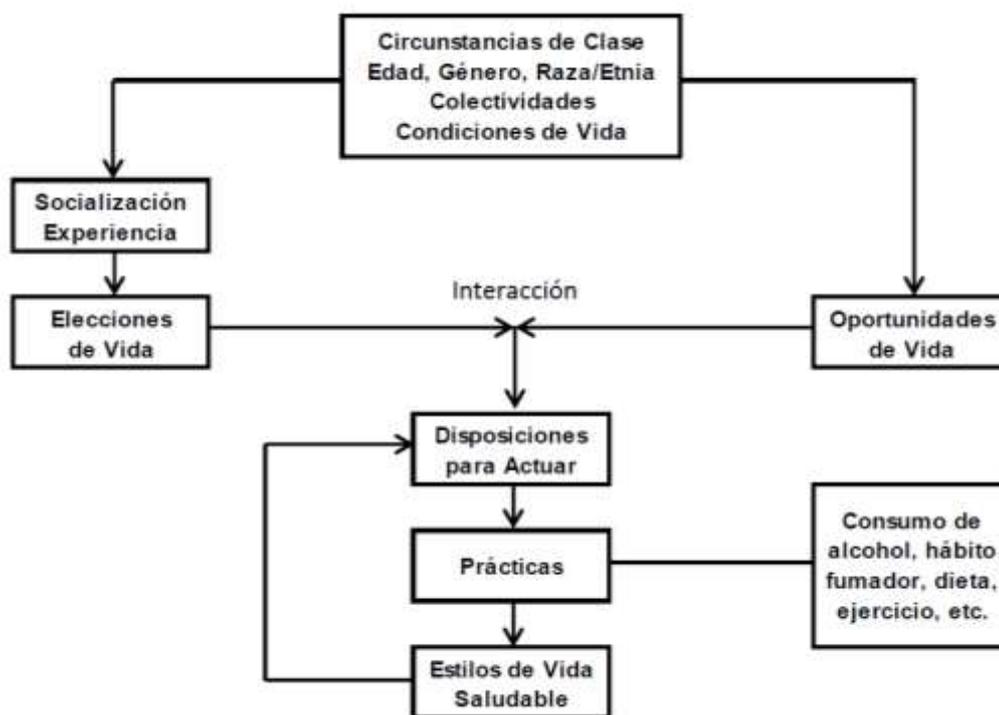
Cockerham (2014) elaboró una teoría moderna de los estilos de vida a partir de la combinación de la teoría clásica de Weber y la teoría contemporánea de Bourdieu. A través de ella afirma que “los estilos de vida saludables son patrones colectivos de comportamiento relacionados con la salud basados en elecciones de opciones disponibles para las personas según sus posibilidades de vida” (p. 1036, traducción propia).

Para explicar los estilos de vida saludables, el autor parte de *variables estructurales* tales como **circunstancias de clase, edad, género, raza/etnia, colectividades** (como la religión) **y condiciones de vida**; las cuales ofrecen el *contexto social para la socialización y la experiencia* que condicionan a su vez **las elecciones de vida** (life choices/agencia). En este punto, **las oportunidades de vida** (life chances/estructura) que son simultánea y colectivamente determinadas por las *variables estructurales* antes mencionadas, interactúan con las elecciones de vida y dan lugar a las **disposiciones para actuar** (habitus). Finalmente estas disposiciones dirigen a **las prácticas**, entendidas como el **consumo de alcohol, hábito fumador, dieta, ejercicio, etc.**; y establecen los patrones de **estilos de vida saludable** (o no), que al ser reproducidos o modificados recrean las disposiciones para actuar que les dieron origen (Figura 2.3) (Cockerham, 2014).

En consonancia, la OMS indica que para mejorar la salud a través de cambios en los estilos de vida de las personas, las acciones deben estar dirigidas a modificar las condiciones socioeconómicas y ambientales de vida de las mismas, de forma que hagan factible la adopción y/o mantenimiento de estilos de vida saludables (Guerrero Montoya & León Salazar, 2010a).

Referentes de la salud colectiva latinoamericana manifiestan la necesidad de una transformación integral que actué sobre los procesos históricos de la determinación general de la salud y de los estilos de vida; una transformación diferente y superadora de la tradicionalmente pretendida transformación de “riesgos” aislados. Afirman que aun cuando puedan producirse modificaciones en los estilos de vida individuales por medio de

acciones epidemiológicas de gran escala, estas mejoras serían importantes pero difícilmente sustentables, por lo que deben perseguirse transformaciones profundas a nivel de la reproducción social y los modos estructurados de vida de las clases sociales (Breilh, 2010).



**Figura 2.3. Estilos de vida saludable**

Fuente: Adaptado de Cockerham, W. C. (2014). The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions (p. 1037). *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4).

Para Samaja, la determinación no es el producto exclusivo ni del orden colectivo (macro) ni del orden individual (micro), sino más bien una relación de dos direcciones entre ambos, donde lo colectivo tiende a reproducir sus condiciones en lo individual, y lo individual tiende a generar cambios en lo colectivo (Breilh, 2010). Por ende, siendo que la determinación de los estilos de vida representa un proceso colectivo o social, la búsqueda de cambios o soluciones requiere modelos que aborden a la población como un conjunto (OPS, 2003).

Numerosas investigaciones basadas en la epidemiología tradicional establecen asociaciones entre variables individuales y sociales de los estilos

de vida pero no encuentran modelos o fundamentos que expliquen dichas asociaciones.

Los análisis contextuales son estudios cuya característica propia es otorgar al rol del territorio y las relaciones que en él se producen una importancia significativa en la determinación de los hábitos y costumbres de la población. En vez de limitarse solamente a la sumatoria de particularidades expresadas a nivel individual (nivel educativo, ingreso, ocupación, etc.), estos estudios analizan como unidad a las condiciones de las áreas geográficas en que viven las personas (índices de pobreza, niveles de criminalidad, promedio de ingresos de los vecindarios, etc.) (Álvarez, 2012).

Es importante considerar que los estilos de vida actuales son también influenciados por las transformaciones sociales modernas que son incentivadas por el fenómeno de globalización y las nuevas tecnologías (Batista Madeira *et al.*, 2018).

Puntualmente respecto de las ECNT y habiéndose demostrado ampliamente la importancia de los estilos de vida en el origen de las mismas; la perspectiva tradicional de los estilos de vida ha intentado modificarlos ofreciendo más información y conocimiento a las personas, asumiendo que con ello estas podrían responsabilizarse por el cambio de sus propios comportamientos (OPS, 2003).

Esta estrategia se ha demostrado eficaz en la concientización y posterior adopción de conductas relativamente “simples” para gran parte de la población (aunque nada sencillas para quienes viven en condiciones marginales), como el lavado de las manos o de los alimentos para la prevención del contagio de enfermedades transmisibles como el cólera.

No obstante, no han tenido éxito aquellas estrategias que pretendieron producir cambios en el estilo de vida teniendo como única propuesta el acceso a la información. Modelos comportamentales conservadores de inclinación iluminista, proponen a la exposición de información como medio para generar conocimiento en los individuos; a la espera de que ese

conocimiento, por tratarse de seres racionales, conduzca al cambio de comportamiento a través de elecciones conscientes (Castiel & Álvarez-Dardet Díaz, 2010).

Propuestas con esa perspectiva, además de sobreestimar el potencial de la racionalidad para la construcción o modificación de los estilos de vida, a menudo incurren en el error de apelar a la “autonomía” para elegir libremente en grupos sociales que tienen nulas o muy escasas posibilidades entre las cuales elegir, siendo la supervivencia su única estrategia (Castiel & Álvarez-Dardet Díaz, 2010).

Diferentes trabajos exhiben que no hay relación lineal entre los conocimientos con que cuentan las personas y sus actitudes y comportamientos respecto del cuidado de la salud (estilos de vida saludables) (Guerrero Montoya & León Salazar, 2010b).

Una intervención de cuatro años con estudiantes de medicina a los que se instruyó acerca de la importancia de la AF, resultó en una mayor indicación de práctica de AF a sus pacientes en este grupo en comparación con el grupo control, mientras que no hubo diferencia significativa entre ambos grupos respecto de la propia práctica de AF. Es decir, el hecho de aprender sobre AF produjo un aumento de su prescripción a terceros pero no se tradujo en un cambio del propio comportamiento (Santos, Guerra, Andrade & Florindo, 2015).

Siqueira *et al.* (2008) en un estudio de base poblacional, no hallaron asociación entre el hecho de que las personas identificaran la práctica de AF como un factor importante para la salud y la prevalencia de sedentarismo. La misma conclusión se desprende de un estudio realizado con la población española en el que se observó que a pesar de que la mayoría de las personas consideraban que el deporte y la AF “son buenos para la salud” (97,6 %) y “permiten sentirse más a gusto con uno mismo” (95,7 %), un 60 %

de los españoles lleva un estilo de vida sedentario<sup>16</sup> (Moscoso Sánchez *et al.*, 2013). Según Rose (1985) no deberíamos sorprendernos al respecto. La autora sostenía que la educación para la salud es en cierto punto inefectiva a corto plazo porque las personas actúan mayoritariamente en base a las recompensas inmediatas que perciben de sus actos. En consecuencia, la motivación para cambiar de hábitos es débil si la persona obtiene con su comportamiento actual una recompensa instantánea mayor (como la aceptación) por parte de su entorno social.

Por ejemplo, es poco probable que una persona siga adelante con su intención de alimentarse de una manera más saludable si esto, además de presentarse inconveniente en términos de esfuerzo y recursos (tiempo, dinero, etc.), la coloca en riesgo de ser considerada antipática por su grupo social. En cambio, cuando un comportamiento es socialmente bien aceptado, adquirirlo o mantenerlo no representa esfuerzos adicionales (Rose, 1985).

Cansino & Gálvez (2014) indican que los cambios de comportamiento en torno a patrones alimentarios y de actividad física son más bien el resultado de un determinado esquema de incentivos, que la consecuencia de restricciones de comportamiento o del aumento de acceso a información.

En ese aspecto, la práctica de actividades físico-deportivas pueden generar cambios apreciables tanto a nivel físico como emocional, a un relativo corto plazo, capaces de funcionar como un incentivo que ayude a estructurarlas como un estilo de vida (Martínez Baena *et al.*, 2012). Breilh (2007) agrega que la práctica de AF (y su relación con la salud) es un proceso que depende de las relaciones sociales y los vínculos de poder que tienen lugar en la estructura social.

A propósito de la estructuración de un estilo de vida saludable, numerosos autores señalan una mayor probabilidad de que la práctica de AF y/o

---

<sup>16</sup> Entendido en este caso como no caminar o hacerlo con poca frecuencia, no practicar deportes o hacerlo solo esporádicamente, y pasar la mayor parte de la jornada laboral sin desarrollar esfuerzos importantes.

patrones alimentarios sanos sean mantenidos en la adultez si estos comportamientos fueron establecidos durante la infancia. Por ejemplo, un estudio retrospectivo encontró que los adultos que practicaban actividades deportivas frecuentemente, habían tenido una mayor participación deportiva durante su edad escolar (Márquez Rosa, Rodríguez Ordax, & de Abajo Olea, 2006).

La infancia y la adolescencia, además de ser momentos de importantes cambios físicos y psicológicos, son períodos decisivos en que los individuos presentan las mejores condiciones para generar, desarrollar y consolidar un estilo de vida saludable que tenderá a persistir en la edad adulta (Domínguez-Berjón *et al.*, 1997; Nuviala Nuviala *et al.*, 2009; Martínez Baena, *et al.*, 2012; Flores Martínez & Ramírez Elías, 2012; Silveira Freire *et al.*, 2014).

Esta afirmación resulta congruente con la teoría del curso de la vida cuya tesis principal es que los determinantes sociales pueden condicionar los resultados en salud de una persona de forma inmediata, a lo largo de su vida o incluso a través de generaciones (Álvarez Castaño, 2009). Si bien esta teoría tiene una naturaleza positivista de causa-efecto, su argumento central (la importancia de la variable tiempo para explicar algunas condiciones de salud) es acorde al fenómeno descripto.

El cultivo de hábitos saludables debería ser enfático durante las edades de socialización primaria o endoculturación<sup>17</sup> de las personas. Durante esa etapa los individuos son más receptivos y propicios para la internalización de nuevos hábitos, y las conductas socioculturales son incorporadas de forma más profunda y durable (Airasca, 2011).

---

<sup>17</sup> Harris (1997, p. 21) define a la endoculturación como “una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales”; y luego agrega que esta “se basa, principalmente, en el control que la generación de más edad ejerce sobre los medios de premiar y castigar a los niños”, programándolos para reproducir las conductas de su anterior generación.

Según Silveira Freire *et al.* (2014), existe evidencia robusta para afirmar que la obesidad encontrada en los adultos es el resultado de hábitos adquiridos por estos durante su infancia y adolescencia. Por ello estas etapas son claves para intervenir en favor de la adopción de comportamientos saludables como la práctica de AF.

Esto explica la relevancia de la familia y del dispositivo escolar en la determinación (o no) de un estilo de vida activo; siendo este último la única institución que recibe a casi la totalidad de la población durante su niñez y adolescencia (Airasca, 2011).

Un estudio de revisión que incluyó 41 investigaciones con poblaciones de entre 10 y 18 años encontró en la mayoría de ellas, que los progenitores físicamente activos suelen tener hijos también activos. Los padres pueden fomentar o limitar los niveles de AF de sus hijos de forma directa, condicionando su acceso a circunstancias y/o equipamientos que faciliten el desarrollo de la misma; o indirecta, al practicarla ellos mismos actuando como modelo de comportamiento (Teoría del Aprendizaje Social<sup>18</sup>). Esta influencia también la ejercen los hermanos mayores sobre los más pequeños (Seabra *et al.*, 2008).

Asimismo, amigos físicamente activos influyen sobre sus pares en favor de la práctica de AF, tanto por integración social (al participar juntos de las actividades) como por aspectos emocionales (motivación/incentivo) e instrumentales (en caso de compartir equipamiento y/o transporte). A medida que los niños o adolescentes van creciendo en edad, la influencia ejercida por la familia tiende a disminuir mientras que la ejercida por los pares (amigos) tiende a aumentar (Seabra *et al.*, 2008).

---

<sup>18</sup> Postulada por Albert Bandura en 1977, esta teoría sostiene que el comportamiento humano es aprendido mayormente a partir de la observación de modelos que desarrollan el comportamiento a aprender. De acuerdo con eso, el entorno social (que a edades tempranas se compone básicamente por la familia y la escuela) juega un rol fundamental no solo en la transmisión de patrones de comportamiento, sino también de normas, valores, aspiraciones y preferencias (Sánchez, 2009).

La importancia de estos agentes socializadores en la determinación de un estilo de vida activo en las primeras etapas de la vida se explica a partir de que la introyección de las conductas (posiblemente luego transformadas en hábitos), se produce más por su intensidad sensitivo-emocional que por el uso de la razón; por eso los comportamientos deseables no deben enseñarse sino testimoniarse y actuarse (Airasca, 2011).

### **2.1.3. Actividad física**

Durante las últimas décadas se ha producido una amplia evidencia científica acerca de los beneficios que la práctica regular de AF aporta a la salud, y especialmente de su factor protector contra las ECNT y la obesidad.

A nivel metabólico, además de aumentar el consumo energético, la AF puede moderar el peso corporal regulando la pérdida de tejido adiposo y aumentando la masa libre de grasa a partir de la reducción del número de triglicéridos y el incremento de lipoproteínas de alta densidad (HDL) (Cornejo-Barrera, Llanas-Rodríguez & Alcázar-Castañeda, 2008; Vidarte Claros *et al.*, 2011).

La práctica de AF aumenta la actividad de la lipoproteína-lipasa, lo que incrementa el catabolismo de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), y reduce las lipoproteínas de baja densidad (LDL), y los niveles de triglicéridos plasmáticos (Gomez, 2013; Bermúdez Garcell, Serrano Gámez, & Leyva Montero, 2019).

En una revisión sobre los efectos del ejercicio aeróbico en la cual se analizaron 51 estudios, se observó coincidentemente un incremento de las HDL, y reducciones de las LDL, los niveles de triglicéridos en sangre y de colesterol total; por lo que sus autores concluyeron que este tipo de AF (siendo más determinante su cantidad que su intensidad) puede mejorar el perfil lipídico en sangre (Márquez Rosa *et al.*, 2006).

Además de modificar positivamente la composición corporal por partida doble (aumento de la masa muscular y disminución del volumen de tejido adiposo), la AF actúa sinérgicamente con la insulina por lo que aumenta la sensibilidad de sus receptores (disminuye la resistencia a la misma) favoreciendo el ingreso de la glucosa a las células. Esto resulta muy beneficioso para pacientes con diabetes y minimiza el riesgo de desarrollar esa enfermedad (Márquez Rosa *et al.*, 2006; Cornejo-Barrera *et al.*, 2008; Vidarte Claros *et al.*, 2011).

Un estudio citado por Márquez Rosa *et al.* (2006) que incluyó 70.102 mujeres arrojó como resultado un descenso de entre un 40 y 50 % del riesgo relativo de desarrollar diabetes tipo 2 en las personas con niveles más altos de AF.

En conjunto, estos efectos positivos sumados a otros específicos de la función cardíaca tales como el aumento de los efectos antitrombóticos y de la vascularización del miocardio, disminuyen el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Márquez Rosa *et al.*, 2006; Romo-Pérez, García-Soidán, & Chinchilla Minguet, 2012; Gomez, 2013).

Realizada durante 30 minutos al menos tres veces por semana, la AF reduce la incidencia de la hipertensión arterial, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares (Vidarte Claros *et al.*, 2011; Cuadri Fernández *et al.*, 2018).

Un estudio que comprendió 72.488 enfermeras de entre 40 y 65 años encontró que la AF tuvo una fuerte asociación inversa respecto de la incidencia de eventos coronarios (Márquez Rosa *et al.*, 2006); mientras que otros trabajos evidenciaron una interrupción en la evolución de la placa ateromatosa cuando la AF alcanzó un nivel promedio de gasto energético de 1500 kcal/semana y un retroceso de la misma al superar las 2200 Kcal/semana (Escobar *et al.*, 2000).

El incremento en las concentraciones plasmáticas de cortisol, adrenalina y subtipos de leucocitos moduladores del sistema inmune y la activación de

las vías antiinflamatorias, mejora la capacidad antioxidante del sistema cardiovascular e influye favorablemente sobre las enfermedades pulmonares inducidas por el hábito tabáquico (Bermúdez Garcell *et al.*, 2019). Además, se ha considerado que la práctica de AF podría ser de ayuda para el abandono dicho hábito (Domínguez-Berjón *et al.*, 1997; Ministerio de Salud de la Nación, 2013a).

A su vez, la AF puede prevenir el desarrollo de algunos tipos de cáncer (mayor nivel de evidencia para cáncer de colon y de mama) a través de la mejora de la función inmunitaria, la síntesis de prostaglandinas y el equilibrio de los niveles hormonales (Márquez Rosa *et al.*, 2006; Cuadri Fernández *et al.*, 2018).

Según Thune y Furberg (2001) la evidencia sugiere que la AF, ya sea de tiempo libre u ocupacional pero de intensidad al menos moderada (mayor a 4,5 MET), protege contra el riesgo general de desarrollar cáncer. Los autores analizaron 48 estudios que reunieron un total de 40.674 casos de cáncer de colon/colorrectal, obteniendo como resultado una asociación inversa graduada de dosis-respuesta entre la AF y el riesgo de cáncer de colon. Una asociación similar fue establecida entre la AF y el cáncer de mama en la mayoría de los 41 estudios (108.031 casos de cáncer de mama) que revisaron.

Un estudio prospectivo que incluyó 30.000 personas de ambos sexos encontró una mortalidad significativamente más baja en el grupo con mayores niveles de AF en comparación con el grupo de menor actividad, concluyendo que la AF esta inversamente asociada con la mortalidad en ambos sexos, independientemente de la edad de la persona (Márquez Rosa *et al.*, 2006). Incluso individuos con sobrepeso u obesidad pero físicamente activos presentan una mortalidad inferior que otros de peso normal pero sedentarios (Romo-Pérez *et al.*, 2012).

Se ha evidenciado también que la AF no precisa ser intensa para generar beneficios a la salud, siendo suficientes 30 minutos a intensidad moderada por día (o casi todos los días) para disminuir el riesgo de sufrir ECNT, y

además obtener otros efectos positivos a nivel funcional y psicológico tales como la disminución del estrés, la depresión, la ansiedad y la mejora de la autoestima (Cornejo-Barrera *et al.*, 2008; Romo-Pérez *et al.*, 2012).

La AF es un concepto amplio que presenta implicancias fisiológicas (energía), biomecánicas (movimiento), y psicológicas (conducta), por lo que admite clasificaciones propias y definiciones diversas. Habiendo sido planteadas definiciones conceptuales para los diferentes términos relativos a la AF, el uso indistinto de ellos erróneamente empleados como sinónimos (con mayor frecuencia “AF” y “ejercicio físico”), plantea ciertas dificultades para la interpretación adecuada de la literatura, en especial la científica (Seabra *et al.*, 2008).

Desde una perspectiva biologicista se entiende a la AF como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal” (Vidarte Claros *et al.*, 2011, p. 205); o bien desde una mirada más holística se la define como “cualquier movimiento intencionado realizado por los músculos esqueléticos, resultado de un gasto de energía y de una experiencia personal que permite interactuar con los otros y el ambiente que nos rodea” (Vidarte Claros *et al.*, 2011, p. 206).

Discrepancias como estas pueden resultar sutiles a simple vista pero adquieren importante relevancia al momento de analizar la práctica de AF como una construcción arraigada o no en un estilo de vida. La interacción con el ambiente y la experiencia psíquica y emocional vivenciada, puede resultar de mucho valor en términos motivacionales para el individuo que la realiza.

Como sucede con la AF, el sedentarismo también puede ser entendido de diversas maneras. Una revisión sistemática de estudios realizados en Brasil sobre la dimensión epidemiológica de la AF, encontró en solo 32 artículos 26 definiciones operacionales diferentes para el sedentarismo; difiriendo las mismas en torno a variables como la frecuencia, duración e intensidad de la AF desarrollada y siendo el criterio más comúnmente empleado la práctica

de AF con una duración inferior a 150 minutos por semana (Branco Fraga, 2016).

Asumido vagamente como una forma de vida protagonizada por movimientos mínimos que no elevan significativamente el gasto energético basal, el concepto ha ido tomando diferentes determinaciones absolutas.

De forma genérica, podría decirse que hay dos criterios para evaluar el comportamiento sedentario. Por un lado, aquel que se rige por las recomendaciones publicadas en la década del 70' y considera solo la AF realizada en el tiempo libre; y, por otro lado, un criterio que se ajusta a las recomendaciones actuales y considera toda la AF desarrollada por las personas. Las discrepancias resultantes de la aplicación de un criterio u otro suelen ser muy amplias.

Un trabajo desarrollado en China aplicó ambos criterios a las respuestas de 3.976 encuestados. De acuerdo al primer criterio, más del 60 % de los encuestados se declararon sedentarios, mientras que usando el segundo criterio solo lo fueron menos del 10 %, dado que nueve de cada diez consultados indicaron desplazarse al trabajo en bicicleta o a pie (Branco Fraga, 2016).

Otro estudio realizado con adultos de Madrid señaló que el 80 % de ellos eran físicamente activos, por superar las recomendaciones mínimas de la American College of Sports Medicine (ACSM) y la American Heart Association (AHA). No obstante, si se hubiera considerado solo la AF practicada en el tiempo libre, solo el 31,1 % de los encuestados habría logrado los niveles mínimos recomendados. Esos resultados exhiben que la AF desarrollada en el contexto laboral y como producto de los desplazamientos activos, constituyó un aporte sustancial al volumen total de AF desarrollada por los participantes, por lo que sería inapropiado valorar únicamente la AF de ocio o tiempo libre (Rodríguez-Romo *et al.*, 2011).

La elaboración del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)<sup>19</sup> facilitó la posibilidad de valorar discriminadamente la contribución de cada uno de cuatro dominios a la AF total: laboral, doméstico, transporte y ocio o tiempo libre (Blanco *et al.*, 2017).

Estrictamente con base en el gasto energético, algunas propuestas consideran sedentarias a aquellas personas cuyas actividades cotidianas (como caminar, limpiar la casa, usar escaleras, etc.) no son suficientes para elevar el gasto energético al menos un 10 % sobre el gasto energético basal o de reposo (Vidarte Claros *et al.*, 2011).

La OMS (más habituada al uso del término “inactividad física” que al de sedentarismo) modificó en su «Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014» la definición de “actividad física insuficiente” empleada en su reporte anterior del mismo nombre correspondiente al año 2010, en el que era entendida como *menos de 30 minutos de actividad moderada cinco veces por semana, o menos de 20 minutos de actividad vigorosa tres veces por semana, o su equivalente* (OMS, 2014).

En la edición 2014 de este informe, la definición agrega una distinción entre los valores umbrales para adolescentes y adultos. Así la “actividad física insuficiente” es comprendida como *menos de 60 minutos diarios de AF de intensidad moderada o vigorosa para los adolescentes; y, menos de 150 minutos semanales de AF moderada o 75 minutos semanales de AF vigorosa, o una combinación equivalente de ambas que permita acumular mínimamente 600 MET/minutos para individuos de 18 años o más* (OMS, 2014).

---

<sup>19</sup> Este instrumento elaborado, implementado y mejorado por expertos internacionales convocados por el Instituto Karolinska, la Universidad de Sydney, la OMS y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Mantilla Toloza & Gómez-Conesa, 2007) se propuso la estandarización de los criterios para evaluar los niveles de AF, y así habilitar la comparación de sus prevalencias y factores asociados en diferentes poblaciones. Existen dos versiones: una corta, pensada para ser utilizada por los sistemas de vigilancia epidemiológica; y otra larga, diseñada para obtener más detalles y ser usada en trabajos de investigación. El resultado (cantidad de AF realizada) puede expresarse en una escala continua (en MET-minutos/semana) o en una escala categórica (nivel bajo, moderado o alto) (International Physical Activity Questionnaire, s. f.).

La delimitación de estos niveles de AF es coincidente con lo que dicha organización ha establecido como recomendación respecto al mínimo de AF que debería realizar cada persona de acuerdo a su edad (incluyendo en la primera categoría a las personas de 5 a 17 años) (OMS, 2010a).

A finales de la década del 70', la ACSM recomendaba que la AF realizada para el desarrollo y mantenimiento de la aptitud física, involucrara a los grandes grupos musculares y fuera practicada de forma continua durante 15 a 60 minutos, de tres a cinco veces por semana, y a una intensidad de entre 60 % y 90 % de la frecuencia cardíaca máxima (o 50 % a 85 % del consumo máximo de oxígeno [VO<sub>2</sub>max]). Por entonces, el cuidado de la salud a través de la AF se asociaba específicamente al ejercicio físico (como tipo de AF), y en especial, al entrenamiento de la capacidad aeróbica para mejorar o conservar la salud cardiovascular (Domínguez-Berjón *et al.*, 1997; Ferreira *et al.*, 2011).

Durante la década del 80', las recomendaciones comenzaron a relativizar el hincapié hecho sobre el ejercicio físico, promoviendo la premisa de que incorporar la AF en las tareas cotidianas ayuda a mejorar la salud. Estudios exponen una asociación inversa entre el gasto calórico y tiempo total de AF, y la incidencia y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares; y suponen que la AF, aunque moderada y realizada de manera intermitente conlleva beneficios para la salud (Ferreira *et al.*, 2011).

Existe evidencia apuntando que la cantidad total de AF es más importante que variables específicas (tipo, intensidad y continuidad) relativas a su ejecución. Un gasto energético de 200 Kcal/día o superior determinaría efectos positivos sobre la salud cardiovascular; por lo que se recomienda "acumular" al menos 30 minutos de AF de intensidad moderada el mayor número de días posible por semana, de preferencia todos ellos (Domínguez-Berjón *et al.*, 1997).

Menos preciso pero efectivo, el precepto o lema que guía las recomendaciones sobre la práctica de AF es que "hacer algo de AF es mejor

que no hacer nada” (Pérez Samaniego & Devis Devis, 2003, p.73; Vidarte Claros *et al.*, 2011, p. 213).

Como se observa en el criterio de la OMS citado anteriormente, la dosificación de la AF suele establecerse de acuerdo al gasto energético que genera, siendo este habitualmente medido en MET/min o Kcal/min.

Denominado comúnmente como equivalente metabólico, 1 MET/min corresponde a un consumo de oxígeno ( $VO_2$ ) de aproximadamente a 3,5 mL/kg/min, y es el equivalente a la energía que consume un individuo cuando se encuentra en reposo (tasa metabólica basal). De allí que se lo utilice para expresar la medida en que el metabolismo fue aumentado por una actividad determinada en relación al metabolismo basal. Es decir, si una actividad exige un esfuerzo de 3 MET/min, quiere decir que quien la realice consumirá 3 veces más energía que si permaneciese en reposo (Coelho-Ravagnani, Lemos Melo, Ravagnani, Paganini Burini, & Burini, 2013).

De esta manera, se considera AF leve a aquella que genera un consumo menor a 3 MET/min (o 4 Kcal/min), moderada cuando el gasto producido es de 3 a 6 MET/min (o de 4 a 7 Kcal/min); y vigorosa cuando el consumo supera los 6 MET/min (o 7 Kcal/min) (Cornejo-Barrera *et al.*, 2008; Márquez, García & Ardila, 2012). Para distinguir entre las diferentes intensidades de forma más práctica suelen usarse signos semiológicos como la sudoración, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.

El gasto energético medido en MET/min consumidos por semana también permite categorizar a los individuos en insuficientemente activos (menos de 450 MET/min/semana), regularmente activos (entre 450 y 750 MET/min/semana) o muy activos (más de 750 MET/min/semana) (Herazo Beltrán *et al.*, 2012).

La AF también puede ser clasificada en relación a la intencionalidad y al marco de condicionamientos en que se la lleva a cabo. En esta tipología podríamos proponer cuatro posibilidades: disfrute, ejercicio físico, actividad deportiva, y “actividad física espontánea” (AFE). Esta última caracterización

representa gran importancia en torno a la vinculación de la AF y la salud, no obstante; a menudo no resulta debidamente abordada.

El concepto de disfrute (originalmente denominado «*enjoyment*») es utilizado frecuentemente cuando se propone un análisis de la práctica de AF en términos motivacionales. Asociado a la motivación intrínseca del individuo, es entendido como el “desear divertirse, buscar intereses, ser estimulado”<sup>20</sup> (Ryan, Frederick, Lepes, Rubio & Sheldon, 1997, p. 336, traducción propia).

En esta clasificación, el concepto disfrute comprende aquellas situaciones en que la AF se realiza con base en la búsqueda de la satisfacción que genera, directa o indirectamente, a partir de la diversión, recreación y/o integración social que se experimenta como producto de su práctica.

Como ejemplo podría citarse la práctica de bailes, danzas, juegos activos, caminatas o bicicleteadas grupales, entre otras tantas actividades ludo-recreativas aparejadas a la idea de “ocio activo” (Correa Bautista, 2010).

Por otra parte, se describe como ejercicio físico a la AF que se desarrolla con una determinada programación o planificación (necesariamente más estricta que en el disfrute) en la que se incluyen evaluaciones y objetivos a corto y largo plazo, con una periodización y cuali/cuantificación estructurada de las sesiones de entrenamiento diseñadas en relación a las metas planteadas (Vidarte Claros *et al.*, 2011; Flores Martínez & Ramírez Elías, 2012).

Una misma actividad (caminar, trotar, andar en bicicleta, entre otras) puede pertenecer a la subcategoría disfrute o a la subcategoría ejercicio físico, dependiendo básicamente de las características con que se decida llevarla adelante.

Para la actividad deportiva, la conceptualización se asemeja mucho a la expuesta para el ejercicio físico aunque en este caso se agregan variables tales como las reglamentaciones deportivas, las diversas condiciones

---

<sup>20</sup> Texto original: “desire to have fun, pursue interests, be stimulated”.

propias de la competencia y la posibilidad de que esta represente una situación ocupacional o profesional (Vidarte Claros *et al.*, 2011).

Por Actividad Física Espontánea (Lama More *et al.*, 2006) o Actividad Física Incidental (Ross & McGuire, 2011) se entiende a toda aquella AF que no se ejecuta como un fin en sí misma sino como un medio para conseguir algo, por lo que representa toda la AF acumulada durante el día con las actividades de la vida cotidiana (sean de carácter ocupacional/laboral, de tiempo libre, etc.) (Johannsen & Ravussin, 2008).

Como su nombre lo indica, no se somete a planificación o periodización alguna en términos de voluntad de ejercitarse; por el contrario, se constituye de las actividades cotidianas y de elecciones simples como utilizar la escalera en lugar del ascensor o caminar al trabajo en vez de usar un transporte motorizado, por mencionar sólo algunos ejemplos. Lama More *et al.* (2006) indican que la AF espontánea es la responsable de la mayor parte del gasto energético por AF.

La reducción de la AF incidental podría ser un factor clave en la determinación del sedentarismo y sus consecuencias negativas, como por ejemplo el crecimiento de las tasas de obesidad (Marshall, Bauman, Patch, Wilson & Chen, 2002). Estudios longitudinales sostienen que la resistencia a ganar peso por sobrealimentación depende del aumento de los niveles de AF espontánea (Johannsen & Ravussin, 2008; Carrasco & Galgani, 2012).

Ross & McGuire (2011) encontraron en su estudio sobre adultos inactivos de ambos sexos con circunferencia de cintura elevada, una asociación positiva tanto entre la duración como la intensidad de la AF incidental y la aptitud cardiorrespiratoria. Con base en ello, sugieren que puede no ser necesario establecer umbrales de AF para la mejora de dicha aptitud ya que la AF resulta beneficiosa independientemente del patrón (intensidad y duración) con que se acumule.

Un estudio de más de 20 años de duración que cubrió 14.786 alumnos universitarios halló en el periodo de seguimiento una reducción del riesgo

relativo (RR) de muerte en quienes caminaban más de 15 km por semana (RR = 0,67) o subían 55 o más escalones por semana (RR = 0,75) (Márquez Rosa *et al.*, 2006).

Una revisión sobre el empleo de señales de direccionamiento para promover el uso de escaleras encontró que las mismas son una estrategia útil (bajo costo y amplio alcance) para estimular la práctica de AF incidental, y concluyó que el aumento del uso de escaleras (frecuencia de uso y/o número de usuarios) podría ser una estrategia clave para disminuir el sedentarismo de algunas personas (García-Guerrero, Leal-López & González-Alanís, 2013)

Un programa de intervención que promovía la acumulación de breves intervalos de dos minutos subiendo escaleras durante el transcurso del día, luego de siete semanas evidenció efectos positivos para la condición física y la salud de los participantes (Marshall *et al.*, 2002).

De esta forma se observa que el entorno ejerce un impacto significativo sobre el comportamiento relativo a la AFE de las personas, lo cual justifica las intervenciones con este propósito en el trabajo, la escuela y otros lugares públicos (Johannsen & Ravussin, 2008).

Otra posibilidad para clasificar la AF es hacerlo de acuerdo a su dimensión actitudinal: por un lado, puede tratarse de una *actitud orientada al resultado*, donde la AF es percibida como un medio para conseguir un efecto deseado (como la mejora de la condición/apariencia física o la victoria) y su desarrollo está en relación a la valoración que la persona hace de ese efecto, mientras que; por otro lado, se encuentra la *actitud orientada al proceso*, en la cual la AF es valorada intrínsecamente (habitualmente por la experiencia personal de llevarla a cabo) representando un fin en sí misma (Martínez Baena, *et al.*, 2012).

A su vez, la AF puede abordarse diferencialmente según se la contemple en relación al deporte, a la educación o a la salud. Así, cuando se define un abordaje en torno a lo deportivo, se analizan en profundidad variables

específicas del diseño y la estructura de los entrenamientos, el nivel de la tecnología aplicada a estos, los resultados alcanzados en las competencias, etc.; mientras que si el abordaje es definido en relación a lo educativo, las variables que adquieren mayor relevancia son otras vinculadas, por ejemplo, a la capacidad de la AF para contribuir al desarrollo cultural, social y a la adquisición de valores. Ya cuando se la aborda desde la perspectiva de la salud se piensa a la AF en base a su potencial para conservar y/o enriquecer las condiciones de salud de una población (Vidarte Claros *et al.*, 2011).

El desarrollo aquí de esta tipología adquiere sentido justamente pensando en la planificación de intervenciones destinadas a la disminución del sedentarismo. Disponer de mayores precisiones conceptuales permite ahondar la interpretación de ciertos hallazgos y lograr la gestión de acciones más efectivas.

Un hallazgo epidemiológico recurrente es la asociación positiva entre la condición socioeconómica y los niveles de AF de la población. No obstante, si se clasifica esa AF desarrollada según su intencionalidad puede encontrarse que, si bien las personas con mejores condiciones socioeconómicas practican más AF deportiva o de ocio; las personas en peores posiciones socioeconómicas incurren en un mayor desarrollo de AF espontánea/incidental (menor uso de transporte motorizado y actividades ocupacionales más activas en general) que los individuos socioeconómicamente mejor ubicados (Siqueira *et al.*, 2008).

La dificultad para el desarrollo de AF deportiva o de ocio por parte de la población en peores condiciones socioeconómicas se debe a barreras tales como jornadas laborales más prolongadas y físicamente extenuantes, dificultades de acceso a espacios públicos adecuados e imposibilidad de asistir a espacios privados como clubes o gimnasios por falta de capacidad de pago de las cuotas societarias (Ferreira da Costa, Tótaró García & Vinicius Nahas, 2011).

En línea generales, en los países en vías de desarrollo la AF espontánea desarrollada en el trabajo, el hogar y durante el transporte activo,

contribuyen al gasto energético total por AF más que aquella que se practica en el tiempo libre o de ocio (Ministerio de Salud de la Nación, 2013a).

A su vez, la planificación de estrategias para el abordaje de esta problemática requiere conocer las características de la población sobre la cual se pretende intervenir y cómo es la distribución de los comportamientos sedentarios al interior de la misma (entendiendo que los estilos de vida son determinados simultáneamente por un amplio número de condicionantes para no incurrir una lógica reduccionista).

Por ejemplo, los varones suelen preferir las actividades deportivas de intensidad vigorosa, mientras que las mujeres más a menudo eligen la AF de ocio o tiempo libre de intensidad baja (Carvalho Dumith *et al.*, 2015).

Diferentes trabajos indican que tanto en niños como en niñas, se produce un descenso en los niveles de AF conforme aumenta la edad, encontrando coincidentemente que el período en el cuál la disminución es más marcada es el comprendido entre los 12 y los 18-21 años (Márquez Rosa *et al.*, 2006; Martínez Baena *et al.*, 2012) en parte producto de un notorio abandono de la práctica físico-deportiva.

Otro ejemplo tiene que ver con las elevadas prevalencias de sedentarismo entre los estudiantes universitarios, realidad expuesta por múltiples autores. En una revisión sistemática de 19 estudios que involucraron un total de 35.747 estudiantes de 27 países, Irwin (2004) analizó la implicación de estudiantes universitarios en niveles de AF mínimos para alcanzar beneficios para la salud. Su estudio reveló que en Australia el 40 % de los estudiantes eran insuficientemente activos, aumentando esa cifra a más de la mitad de los estudiantes en EE.UU, China y Canadá, y empeorando aún más en Europa con valores del 67 % de estudiantes con un nivel de AF por debajo del mínimo recomendable.

Vidarte Claros *et al.* (2011) indican que un trabajo con estudiantes de la Universidad de Alicante mostró que el 60 % de los mismos permanecía entre 6 y 10 horas sentado por día y que cerca del 75 % caminaba diariamente no

más de tres kilómetros. Estas y otras referencias exponen la importancia de implementar acciones sobre esta población que ayuden a revertir el estilo de vida insuficientemente activo condicionado por sus actividades y compromisos acentuadamente sedentarios.

Dicho de otro modo, se deben reunir conocimientos conceptuales y epidemiológicos de forma tal que las intervenciones proyectadas sean lo más oportunas posible respecto de las condiciones o necesidades de la población en la cual van a desarrollarse.

## **2.2 La gestión de comportamientos saludables como estrategia de salud pública.**

### **2.2.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades**

Desde la década del '70 las estrategias preventivas y de promoción de la salud tienden a ganar cada vez más importancia en los sistemas de salud, aunque en muchos casos el foco de los sistemas continúa sobre los servicios especializados y las tecnologías de salud.

La OMS, en su asamblea general de 1977, enunció la meta principal para el resto del milenio comúnmente conocida bajo el lema «Salud para todos en el año 2000», y que consistía en que al final de ese periodo, todos los ciudadanos del mundo gozaran de un nivel de salud que les permitiera una vida social y económicamente productiva. Para lograr este objetivo se estableció un año más tarde, la estrategia denominada Atención Primaria de la Salud (APS) (OMS, 1978; Ase & Burijovich, 2009).

Esta estrategia, fundada en Alma-Ata en 1978, instaló la necesidad de vencer las limitaciones impuestas por el modelo biomédico tradicional estructurado a partir de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, a partir de un nuevo modelo, basado en la salud (y no en la enfermedad) y cimentado en el ejercicio de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

Pocos años después, Rose (1985) clasificó al modelo preventivo que pretende individualizar a los más susceptibles para brindarles protección como «estrategia de 'alto riesgo'», y al modelo que intenta influir sobre las condiciones que determinan la incidencia de la/s enfermedad/es para de esa forma proteger a toda la población como «estrategia poblacional».

Las ventajas de la estrategia de “alto riesgo” son principalmente su capacidad para dar respuestas ajustadas a las necesidades de los receptores y la motivación que genera en ellos producto de la “preocupación” que les causa su selección. Entre las desventajas se encuentran las dificultades y costos elevados inherentes a las acciones necesarias para la detección de los individuos con alto riesgo, y principalmente, su carácter paliativo y temporal (Rose, 1985).

Por el contrario, la principal ventaja de la estrategia poblacional es justamente su carácter radical, ya que se propone directamente modificar los determinantes principales de las enfermedades. Por ello, mientras que la estrategia de alto riesgo requiere su repetición periódica para “rescatar” a los individuos que adoptan la condición de mayor susceptibilidad; la estrategia poblacional, cuando logra remover las causas que subyacen a la enfermedad producto de la modificación ambiental o de las normas sociales de comportamiento (estilo de vida colectivo), no requiere mayores esfuerzos para su conservación (Rose, 1985).

Según la OMS (1998, p. 13) debe considerarse prevención a todas a “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Para clasificar estas medidas, la modalidad de uso más extendido consta de tres niveles<sup>21</sup> (Vignolo *et al.*, 2011):

---

<sup>21</sup> En 1986, Marc Jamouille (médico belga) propuso el recientemente extendido concepto de prevención cuaternaria (Villaseñor Chávez & Guzmán Esquivel, 2015) que puede ser entendido como el “conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño

- Prevención primaria: estrategia dirigida a disminuir la incidencia de la enfermedad por medio del control de los factores que predisponen o causan la misma. Busca la protección del individuo o la población antes de que se haya adquirido el problema de salud.
- Prevención secundaria: esta direccionada al diagnóstico temprano de estadios precoces de la enfermedad para ofrecer un tratamiento adecuado que controle su progresión. Se compone de acciones para la detección de enfermedades en individuos/poblaciones en apariencia no afectados producto de la condición asintomática o silente propia de la fase incipiente de su problema de salud.
- Prevención terciaria: refiere a prácticas frente a enfermedades crónicas o no reversibles cuyo objetivo es evitar recidivas y complicaciones para minimizar la morbilidad y prolongar la sobrevida del individuo enfermo.

La salud pública desarrolla este tipo de acciones inherentes al sector salud desde hace mucho tiempo. No obstante, una concepción más amplia y moderna de salud pública obliga a superar los límites del sector para aumentar la influencia sobre la salud de las poblaciones (Londoño & Frenk, 1997).

Esta nueva concepción de la salud pública, necesaria para alcanzar el desafío de la «Salud para todos en el año 2000», fue manifestada en la Carta de Ottawa emitida en 1986 como resultado de la primera Conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud (OMS, 1986).

En la misma se estableció formalmente la estrategia denominada «promoción de la salud», la cual consiste en crear capacidades en la

---

provocado por la intervención médica” (Gérvás Camacho, Gavilán Moral & Jiménez de Gracia, 2012, p. 312).

población para que esta pueda aumentar el control sobre los factores que determinan su salud y pueda así ser capaces de mejorarla (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca & Soto, 2007).

De esa manera, quedó planteada la estrategia innovadora que se propuso la combinación de acciones diversas y complementarias capaces de influir no solo a nivel individual sino también a nivel de las políticas públicas para conseguir una participación activa de la población (Guzmán Urrea, 2009).

La promoción de la salud debe ser conceptualizada como un proceso sociopolítico integral destinado a incidir sobre condiciones socioeconómicas y ambientales para intentar reparar el impacto negativo de las mismas sobre las condiciones de salud (Vidarte Claros *et al.*, 2011).

La creación de ambientes y entornos saludables, la estimulación de la participación social y la promoción de estilos de vida sanos son algunas de las acciones recomendables para influir en la vida cotidiana de los individuos y las comunidades.

Puede notarse que mientras que la prevención pone su foco en la enfermedad y sus factores de riesgo, la promoción pone como núcleo a la salud y los determinantes de la misma (Vignolo *et al.*, 2011).

Ferreira *et al.* (2011) reconocen dos perspectivas en la estrategia de la promoción de la salud: la perspectiva conservadora y la perspectiva socioecológica o socioambiental.

La perspectiva conservadora o comportamentalista es señalada por los autores como reduccionista por centrarse fuertemente en cambios individuales del comportamiento y del estilo de vida, abordados desde la teoría de los factores de riesgo de la epidemiología tradicional. Esta perspectiva enmarcada en el paradigma de riesgo epidemiológico, coloca en los individuos la responsabilidad por su propia salud (Ferreira *et al.*, 2011).

También la perspectiva socioecológica persigue la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables, pero no a través de la

prescripción de comportamientos aislados, disociados de los determinantes socioeconómicos y culturales, sino por medio del empoderamiento y la participación social de los individuos (Ferreira *et al.*, 2011).

Este enfoque desestima las estrategias que culpabilizan a las víctimas (individuos enfermos) y dirige sus acciones a posibilitar cambios sociales y de la relación entre los ciudadanos y el estado, a través de políticas públicas y acciones multisectoriales destinadas a enfrentar los determinantes generales de la salud (Ferreira *et al.*, 2011).

Esta perspectiva asume que las elecciones y comportamientos individuales son determinadas por el contexto socioeconómico, político y cultural. De esta manera, el proceso salud-enfermedad es condicionado por un conjunto amplio de factores que deben ser tenidos en cuenta para posibilitar cambios sólidos y persistentes en los estilos de vida de la población (Camacho Dias, Henriques, Dos Anjos & Burlandy, 2017).

Puska (2008) sugiere que el éxito de un proyecto de prevención y promoción de la salud requiere un abordaje de carácter integral difícil de conseguir por medio de la suma de programas específicos; y atribuye los logros conseguidos en Karelia del Norte, entre otras cosas, al enfoque comunitario del proyecto, implementado a partir de alianzas estrechas con organizaciones del sector privado, ONG y decisores políticos.

En su opinión, aquellos proyectos que involucran en forma conjunta participación comunitaria y medidas ambientales resultan más efectivos que los enfoques individuales y puramente educativos (Puska, 2008).

Cuatro décadas después de la declaración de Alma Ata permanece la necesidad de desarrollar y fortalecer estrategias de carácter intersectorial y con núcleo en la participación ciudadana. Esto exige la transformación de aquellos sistemas sanitarios de lógica neoliberal basados en el aseguramiento individual para la atención de la enfermedad, por modelos que se centren en la prevención y promoción de salud con énfasis en las

condiciones de salud de las poblaciones socioeconómicamente más vulnerables (Álvarez Castaño, 2009).

Para tornar más efectiva la prevención de las ECNT, es necesario adoptar un abordaje de salud pública consciente de la importancia de implementar un proceso continuo destinado a mantener sana a la población, incluyendo tres niveles de acción: desarrollo de políticas, actividades comunitarias, y servicios de atención de salud (OPS, 2003).

A menudo no es tan sencillo determinar en qué grado una intervención puede influenciar el complejo proceso de la salud; entendiendo que este último es tan dinámico como integral y existiendo ya un amplio acuerdo en que representa más que la sola ausencia de enfermedad.

En relación a las más actuales y holísticas definiciones, podemos acordar que el concepto de salud es en esencia dinámico. Si se considera saludable a quien es capaz de realizar aquello que naturalmente tiene como potencial, no se puede dejar de observar que ese potencial impuesto por naturaleza es frecuentemente modificado producto de la evolución humana y social. De esta forma, la condición de “saludable” es construida y reconstruida con el paso del tiempo por el desarrollo de los individuos y las sociedades en que viven (Souza Cavalcanti de Albuquerque & Souza e Silva, 2014).

### **2.2.2. Políticas e intervenciones**

A diferencia de lo que sucede en inglés, en español el término “política” es usado para referirse a al menos tres conceptos diferentes:

- Al sistema que rige la distribución de poder en la sociedad, instalado como “reglas de juego” o marco institucional relativo a una forma de gobierno o concepto de estado (en inglés “polity”);
- Al ejercicio político (“hacer política”), entendido como el desarrollo de acciones cotidianas de diferentes actores en busca de generar influencias o conquistar espacios de poder (en inglés “politics”);

- A las acciones de gobierno que resultan de la gestión y toma de decisiones de las autoridades políticas de turno (en inglés “policy”) (Roth Deubel, 2002; Gómez Rodríguez, Camelo Sánchez, Sanabria, Vargas, Salas & Mendoza Pulido, 2011).

Esta última acepción alude al “curso de acción (o de no acción) elegido por las autoridades públicas para tratar un problema dado” (Matsudo *et al.*, 2005, p. 100). Es la que refiere tanto las políticas públicas en sí mismas, como a las intervenciones a través de las cuáles se expresan y ejecutan.

Una política pública puede ser interpretada como una estrategia a través de la cual el gobierno, con un conjunto de medios y acciones, intenta orientar el comportamiento individual o colectivo de forma que permita alcanzar los objetivos necesarios para modificar una situación problemática socialmente relevante (Roth Deubel, 2002; Torres-Melo & Santander, 2013).

Muller (2006) define a la política pública como un conjunto de medidas dirigidas a transformar una realidad social; y detalla que se inscribe en un marco general de acción (no es una medida aislada), se plantea metas y objetivos, y comprende tanto decisiones concretas como condiciones para la asignación de recursos.

El diseño de una política pública es la estructuración de un plan de acción que contiene una serie de intervenciones para alcanzar una solución o resultado social deseado (Salazar Vargas, 2009).

Su elaboración requiere la construcción de una imagen o representación de la realidad sobre la que se pretende actuar. A este proceso cognitivo destinado a leer la complejidad de lo real para intervenirlo, se lo conoce como «referencial de la política pública». Se trata de una operación de doble sentido en la que se pretende decodificar (interpretar) la realidad, para luego recodificarla (hacerla operable) a través de un plan de acción (Muller, 2006).

En respuesta a la creciente preocupación impuesta por la problemática de las ECNT, se vienen generando políticas públicas dirigidas a su prevención y

control en múltiples niveles, que van desde proyectos municipales hasta estrategias de alcance mundial.

Reflejo de ello es la inclusión de las ECNT como una meta específica (3.4) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OSD) establecidos en 2015 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Dicha meta plantea la necesidad de reducir en un tercio la mortalidad prematura provocada por estas enfermedades (OMS, 2017).

No obstante, de acuerdo a las tasas de progreso actuales, la mayoría de los países no conseguirán cumplir ese objetivo para el 2030 (The Lancet, 2018). En general, las proyecciones acuerdan que la incidencia de las ECNT aumentará lo que agudizaría la demanda de servicios de salud y el gasto sanitario (OMS, 2014). A nivel de los Estados, esto dificultaría aún más la oferta universal de cobertura y calidad de los servicios de salud; y a nivel de las familias podría originar y/o acentuar condiciones de pobreza por causa de los gastos que estas pueden ocasionar. Ambas situaciones fuertemente condicionadas y sostenidas por la morbilidad y cronicidad de estas enfermedades (OMS, 2017).

A escala mundial, la OMS presentó en 2008 el «Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT)», cuya continuidad fue establecida por medio del «Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020» publicado en 2013, al igual que el «Marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles».

El nuevo plan de acción propuso una hoja de ruta con una serie de posibles intervenciones para prevenir y controlar las ECNT, basándose y al mismo tiempo fortaleciendo el «Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco» (2003), la «Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud» (2004) y la «Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol» (2010) (Hennis, 2017).

Por su parte, el marco mundial de vigilancia consiste en la enunciación de nueve metas y 25 indicadores para desarrollar un seguimiento mundial de la situación de las ECNT. Se espera que a partir de este, cada Estado pueda definir sus propias metas e indicadores, resultando ello en un incremento del compromiso político y de la implementación de medidas.

En consonancia, la OPS no sólo ha adherido y acompañado las políticas de la OMS mediante la publicación de planes específicos para la región como la «Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025» en 2012 y el «Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019» en 2014; sino que ha sumado la elaboración de la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles) publicada en 2003.

CARMEN es una red de redes creada a partir de la experiencia y colaboración del programa CINDI<sup>22</sup>, con el objetivo de asistir a la elaboración de pautas, innovaciones, y planes estratégicos para mejorar la prevención integrada de las ECNT. La red patrocina y brinda apoyo técnico a investigaciones y funciona como una supercarretera de comunicaciones para compartir recursos e información y promover el intercambio de conocimientos y experiencias (OPS, 2003).

Pese a este extenso marco político, las asignaciones presupuestarias no son acordes a la gravedad de la problemática, por lo que se insiste en la necesidad de aumentar la inversión de recursos destinados a disminuir la carga de las ECNT (Cuadrado *et al.*, 2017).

Los recursos económicos asignados al control de estas enfermedades son desproporcionadamente bajos en relación a su carga de morbilidad, y más

---

<sup>22</sup> El programa CINDI (por sus siglas en inglés, Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) representa un proyecto importante de colaboración entre países con diferentes grados de desarrollo y poblaciones diversas, cuyo objetivo principal es la reducción de la morbimortalidad causada por las ECNT. Creado por la Oficina Regional de la OMS para Europa según el ejemplo del Proyecto de Karelia del Norte, cuenta con la participación de más de 30 países de Europa y Canadá, y se ha convertido en un modelo para la elaboración de otros programas regionales de la OMS.

aún si se los compara con los asignados a otras enfermedades como la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En el periodo comprendido entre los años 1990-2014, el financiamiento asignado a las enfermedades no transmisibles no superó en ningún caso el 1,5 % de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud en América Latina (Tabla 2.1) (Alleyne, 2017).

Tabla 2.1  
**Repartición de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud en América Latina de 1990 a 2014 entre las enfermedades no transmisibles (ENT), la salud del niño y la infección por el VIH.**

Año	ENT	Salud del niño	Infección por el VIH
1990-1994	0,73 %	9,17 %	2,94 %
1995-1999	0,10 %	7,72 %	4,30 %
2000-2004	0,16 %	8,86 %	7,15 %
2005-2009	0,94 %	12,73 %	23,16 %
2010-2014	1,48 %	12,13 %	17,61 %

**Nota.** Fuente: Alleyne, G. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe: consideraciones relativas al programa de políticas. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (p. 159). Washington, D.C.: OPS.

La evidencia indica que la mejor relación costo-efectividad para la inversión de esos recursos la tienen las intervenciones preventivas por sobre las terapéuticas. Dadas las características de las ECNT, un óptimo abordaje de las mismas debe contemplar, principal e indefectiblemente, estrategias y acciones en el campo de la prevención y la promoción de la salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

Según Hennis (2017), en países de bajos y medianos ingresos, una disminución del 10 % de la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica y ACV ahorraría pérdidas económicas tres veces mayores que la inversión

requerida para el desarrollo de las intervenciones que conduzcan a ese resultado.

También específicamente sobre la promoción de la AF se han elaborado declaraciones y estrategias que dan cuenta de la importancia de la misma como elemento para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Mena-Bejarano, 2006). Ejemplos de ello son la «*Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*» de 2004, y las «*Recomendaciones mundiales sobre Actividad Física para la salud*» de 2010, ambas publicadas por la OMS.

En líneas generales, lo que se busca es evidenciar las condiciones suficientes para convencer a los profesionales y responsables políticos e institucionales sobre la necesidad de considerar a la AF como un factor de relevancia en términos de salud pública y generar compromiso con el desarrollo de acciones en ese sentido (Vidarte Claros *et al.*, 2011).

Hay suficiente evidencia para afirmar que las intervenciones para la promoción de la AF son estrategias costo-efectivas (Ministerio de Salud de la Nación, 2013a). Diferentes investigaciones epidemiológicas o experimentales han concluido que la AF es actualmente una de las mejores inversiones en términos de salud pública (Márquez Rosa *et al.*, 2006)

Estimaciones indican que aproximadamente el 31 % de los gastos en salud asociados a las enfermedades coronarias, los ACV, la osteoporosis y el cáncer de colon, así como el 12 % de los relacionados a la depresión y los trastornos de ansiedad, son atribuibles a la inactividad física (Mahecha Matsudo & Rodrigues Matsudo, 2006).

Para incrementar los niveles de AF de la población, la OMS sugiere promover la AF a través de campañas masivas de comunicación, garantizar espacios e instalaciones para la realización de AF en las escuelas y universidades, asegurar la accesibilidad a instalaciones deportivas y de recreación, y ofrecer condiciones adecuadas para el uso de bicicleta, la

caminata u alguna otra modalidad de transporte activo (Ministerio de Salud de la Nación, 2013a)

Se recomienda la implementación de circuitos en plazas y parques, el mejoramiento de la seguridad, pavimentación e iluminación de los espacios públicos, la creación de bicisendas, la interrupción del tránsito en algunas calles durante los fines de semana y la ampliación del espacio entre las paradas del transporte público (Ministerio de Salud de la Nación, 2013b).

Intervenciones sobre el entorno/ambiente pueden generar oportunidades para que las personas adquieran comportamientos más o menos saludables. Por ejemplo, la urbanización descontrolada (que estimula la disminución de los niveles de AF) y la oferta excesiva alimentos de alta densidad energética conforman lo que se denomina *ambiente obesogénico*, concepto citado frecuentemente para explicar la creciente prevalencia de obesidad (Camacho Dias *et al.*, 2017).

Sallis & Owen desarrollaron en 1997 un marco teórico denominado «Modelo Ecológico de Influencias en la Actividad Física», para manifestar la importancia de diferentes factores que condicionan su realización: factores intrapersonales (demográficos, biológicos, cognitivo-afectivos y comportamentales), factores del ambiente social (clima social, apoyo comportamental, cultura, políticas y recursos para el incentivo a la AF) y factores del ambiente físico, que se dividen en factores del ambiente natural (clima y geografía) y factores del ambiente construido (información, urbanización, transporte, arquitectura e infraestructura para la recreación). Sobre este desarrollo, sus autores sostienen que las intervenciones destinadas a la promoción de la AF solo conseguirán cambios profundos del comportamiento cuando incluyan simultáneamente diferentes componentes del modelo (Matsudo *et al.*, 2005).

El proceso de promoción de la AF es complejo y requiere tanto para su desarrollo como para su sostenibilidad, la participación de diferentes sectores y actores de la comunidad (Vidarte Claros *et al.*, 2011). Como en la salud en general, los determinantes de la inactividad física escapan al

control exclusivo de un sector, por lo que exigen enfoques amplios capaces de comprender el mayor número posibles de estos.

Para ello, y de acuerdo a los diferentes niveles de ejecución de las estrategias propuestas, es previsible que si las acciones ejecutadas son favorablemente gestionadas con algún grado de intersectorialidad, el resultado de las mismas será mejor de lo que cabría esperar de intervenciones sectoriales. Esta forma de gobernanza exige coacción dentro y entre los diferentes niveles y sectores de gobierno (Báscolo, 2011).

La intersectorialidad implica superar la fragmentación de los sectores, estableciendo responsabilidades colectivas (más allá de las definidas para cada sector) y gestionando transversalmente la solución de los problemas enfrentados (Meijers & Stead, 2004). La gestión intersectorial se sostiene en la premisa de que la cooperación entre sectores posibilita el alcance de soluciones integrales producto de la convergencia de los recursos (económicos, intelectuales, etc.) particulares de cada sector (Cunill-Grau, 2014).

En especial cuando se pretende lograr objetivos complejos, como por ejemplo desarrollar capacidades o modificar los comportamientos de una comunidad, a menudo es necesario alcanzar una intersectorialidad de “alta intensidad” (también llamada integración o consolidación). Alcanzar este nivel significa lograr la intervención cooperativa de los diferentes sectores en todas las fases de la intervención (planteo de objetivos y metas, diseño, implementación y evaluación) lo cual exige cierta transformación de cada uno de los sectores y una relación intensa entre todos ellos: “no se trata solo de articular acciones sectoriales, sino de desarrollar estrategias y respuestas conjuntas, construyendo algo nuevo de forma compartida” (Cunill-Grau, Repetto & Bronzo, 2015, p. 416).

Por este motivo, se destaca el compromiso y la responsabilidad que tienen los líderes de los gobiernos frente a la necesidad de construir y ejecutar las políticas articulando los diferentes sectores y niveles internos, y negociando la cooperación de otros participantes sociales como, por ejemplo, los

sectores privados y las sociedades civiles. Intervenciones políticas de estas características cuentan con una potencial optimización de los recursos, además de favorecer la accesibilidad y equidad de las mismas (OPS, 2014).

Salinas y Vio (2013) agregan que los programas e intervenciones deben contar con una firme decisión política que las torne estables, es decir, capaces de trascender independientemente de la voluntad política del gobierno de turno. Para la continuidad de las intervenciones, es fundamental que los gobiernos le garanticen apoyo financiero, regulaciones y evaluaciones sistemáticas que posibiliten el conocimiento y valoración de sus resultados en forma periódica.

Los principales obstáculos para el desarrollo de políticas de promoción de la AF (y de la salud en general) son la existencia de programas fragmentados (con insuficientes niveles de participación y cooperación entre ellos), el predominio de la cultura sectorial (que dificulta el trabajo intersectorial), la resistencia administrativa para el empleo de recursos públicos junto a organizaciones sociales, las influencias negativas (lobby) del sector privado/comercial, la falta de compromiso de la sociedad civil para con la acción política y la insuficiente evaluación empírica de las intervenciones (Salinas & Vio, 2003; Salinas *et al.*, 2007; Ribeiro de Castro, 2017).

En consecuencia, estas políticas enfrentan desafíos tales como la necesidad de fijar los avances y fortalecer las acciones para consolidar los progresos en términos de cambio cultural, alcanzar la celebración de acuerdos y alianzas estratégicas entre diferentes niveles (verticales) y sectores de gobierno (transversales), y de estos con el sector privado, así como también implementar regulaciones que estimulen el cambio de comportamientos sedentarios (Salinas *et al.*, 2007; Camacho Dias *et al.*, 2017).

Los resultados del Proyecto Karelia del Norte demuestran la fortaleza de los programas basados en políticas que combinan la participación de la comunidad con medidas ambientales (Puska, 2008). El manual de «Acciones municipales de promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco» del Ministerio de Salud de la

Nación (2013b) coloca a la promoción de entornos saludables como uno de los ejes de acción (junto a la promoción de estilos de vida individuales y la regulación de productos y servicios), dada la mayor probabilidad de elegir opciones saludables si el entorno ofrece fácilmente esas alternativa.

Cunill-Grau, Repetto & Bronzo (2015) señalan que en el ámbito local las acciones integrales son más factibles, al igual que la producción de vínculos con los ciudadanos y, consecuentemente, la mayor participación de estos en el desarrollo de las políticas implementadas. El Ministerio de Salud de la Nación (2009) aclara que la implementación a nivel local de iniciativas de políticas saludables exige mecanismos de gestión local pero con apoyo técnico y financiero del nivel nacional o provincial.

Cunill-Grau *et al.* (2015) destacan que el éxito de las políticas locales dependen fuertemente de las medidas previas que los niveles de gobierno superiores (provincial y/o nacional) hayan desplegado para proporcionarle a los gobiernos locales las capacidades esenciales para la asunción de las funciones adoptadas. De lo contrario, posiblemente el proceso fracase ampliando las desigualdades territoriales y sometiendo a los gobiernos locales a nuevas presiones y condiciones indeseables.

Dirigentes de gobiernos y de la ONU refrendaron la «Declaración de Shanghái» en la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la OMS (2016), a través de la cual se comprometieron plenamente a proteger la salud y promover el bienestar mediante políticas públicas, priorizando la acción local a través de las ciudades y comunidades por entender que las mismas son entornos esenciales para la salud.

### **2.2.3. Municipios Saludables**

La estrategia «Municipios Saludables» refleja a nivel local los principios para la promoción de la salud contenidos en la Carta de Ottawa. Se trata de un proyecto en permanente construcción que busca establecer a nivel comunitario, condiciones favorables para el desarrollo de una vida sana (de Salazar, Díaz & Magaña, 2002).

Para el logro de ese objetivo se aspira a conciliar voluntades, objetivos y recursos para impulsar la implementación de políticas públicas saludables. Integrar esfuerzos de los diferentes sectores es fundamental para favorecer cambios sociales interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud (Alessandro, 2002).

La intervención integral de estos últimos es más factible para los gobiernos locales. A ese nivel se tienen mejores condiciones para promover acuerdos entre los diferentes sectores de gobierno y desarrollar capacidades institucionales que permitan introducir cambios en el entorno local desde las propias particularidades locales (Ministerio de Salud de la Nación, 2013b).

Los gobiernos locales se suponen más próximos de la población y sus territorios, y por ello, más sensibles y con mayor capacidad para interpretar adecuadamente sus problemas. Los municipios saludables se caracterizan por implementar intervenciones públicas destinadas a garantizar un entorno físico y social acorde a las necesidades de bienestar y desarrollo de su población.

La adopción de esta estrategia exige a los gobiernos locales colocar a la salud en su agenda con carácter prioritario. A partir de ello, se debe trabajar a la misma de modo intersectorial y constituir la estructura necesaria para garantizar la sostenibilidad de los proyectos, el liderazgo de los equipos de trabajo y la participación comunitaria (Alessandro, 2002).

Los Municipios Saludables deben ser un entorno que propicie la conjugación de las intervenciones públicas con la problemática local a través

de la participación comunitaria (Alessandro, 2002). La participación y empoderamiento social en el nivel local es elemental para la adecuación de las acciones de gobierno a las necesidades de la población (Ministerio de Salud de la Nación, 2013b).

La gestión de la participación es un aspecto central para el desarrollo de los Municipios Saludables. Esta estrategia se basa en la cogestión y sinergia de esfuerzos de los decisores políticos y los civiles, los empresarios y los trabajadores, las instituciones y organizaciones tanto públicas como privadas (Chávez & Arbeláez, 2008).

La convicción y apoyo político no son suficientes para tornar a un municipio “saludable” si la comunidad no asume a la salud como una responsabilidad colectiva. Se precisa el compromiso y participación de los diferentes actores de la sociedad para que trabajen juntos en la construcción colectiva y permanente de salud; entendiendo que la calificación de “saludable” remite a un desafío constante y no a un estado que se pueda alcanzar.

Los proyectos en que la población se encuentra involucrada desde el inicio de su proceso de desarrollo a menudo tienen más posibilidades de ser sustentables que aquellos que emergen como producto de motivaciones externas, y en cuyo desarrollo no participa la comunidad.

Programas de salud destinados a fomentar la adopción de hábitos saludables requieren una continuidad que normalmente excede los plazos temporales de los ciclos de gobierno. En consecuencia, instituir estructuras mínimas capaces de garantizar la gestión y sostenibilidad de las mismas e impulsar la participación ciudadana, representan dos líneas de acción elementales para su desarrollo (Alessandro, 2002).

Si bien cada Red Nacional de Municipios Saludables establece los criterios que se deben cumplir para pertenecer a ella; la explicitación del compromiso de las autoridades con la salud y calidad de vida de sus habitantes, y la consolidación de las instancias de participación social, suelen estar incluidos como tales en la mayoría de los casos. Otros criterios comunes son la

elaboración de un plan comunal de promoción de la salud, y la construcción de redes y acuerdos para el trabajo intersectorial y la colaboración mutua (Alessandro, 2002).

El concepto de Municipio Saludable se basa en la propuesta de Hancock y Duhl de 1986, según la cual, una «ciudad saludable» es aquella que “crea y mejora constantemente su entorno físico y social, además de ampliar los recursos comunitarios para que las personas puedan apoyarse unos a otros al realizar todas las funciones de la vida y desarrollar su potencial máximo” (Duhl & Sánchez, 1998, citado en Rosales Estrada, Julián Agüero & Quiróz Cuenca, 2013, p. 52).

Ese año, la Oficina Europea de la OMS presentó el concepto de «ciudades saludables», durante el «Primer Simposio sobre Ciudades Saludables» realizado en Portugal; y concretó el inicio del movimiento al año siguiente (1987) a través de un proyecto creado para ser desarrollado en 11 ciudades europeas. Puede asumirse que el comienzo de este proceso correspondió a la experiencia iniciada en 1978 por gobierno local de Toronto (Canadá), el cual diseñó y publicó una serie de estrategias para tornar a la ciudad la más saludable de Norteamérica (Monteiro de Andrade & Cunha Barreto, 2002).

En América, aunque existieron algunas iniciativas previas, el inicio oficial de la estrategia «Municipios Saludables» se ubica en el año 1991, a partir del nombramiento de algunos municipios modelo por parte de la OPS (1996b).

Por entonces, muchos países latinoamericanos se encontraban tratando de robustecer y ampliar sus procesos de democratización y libertades civiles. A esos efectos, los municipios representaban una estructura política, administrativa y jurídica adecuada para la elaboración de programas y la coordinación de recursos de acuerdo a las necesidades y características socioculturales locales (OPS, 1996b).

En la Región, cada país radicó la estrategia según sus políticas y situaciones particulares. Incluso los nombres otorgados a la estrategia fueron variables: en Argentina y Brasil se denominaron «Municipios Saludables», en Colombia

«Municipios Saludables por la paz», en Venezuela «Municipios hacia la Salud», en Chile «Comunas Saludables» y en Perú «Comunidades Saludables», entre otras denominaciones concedidas en México y los países centroamericanos (Rosales Estrada *et al.*, 2013).

### **2.2.3.1 Rosario (Santa Fe, Argentina)**

A mediados de los años 90' tuvieron lugar las experiencias de algunos municipios que se destacaron por el compromiso político-comunitario y los resultados logrados. La más resonante es la de las localidades bonaerenses de Berisso, Ensenada y La Plata, por su propuesta de trabajo integrado con enfoque redes, la conformación un consejo intersectorial y el convenio de cooperación celebrado con la Universidad Nacional de La Plata (Alessandro, 2002).

No obstante, el inicio de la estrategia de los Municipios Saludables en Argentina se ubica en el año 2001, como consecuencia de la constitución de la Red de Municipios Saludables por parte de doce gobiernos locales (entre ellos el de Rosario). La misma tuvo lugar durante la realización del Segundo Foro Nacional de Promoción de la Salud, organizado por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN), en el que diferentes municipios presentaron las iniciativas que se encontraban desarrollando. Las bases del movimiento habían sido sentadas en otro foro similar, realizado el año anterior, durante el cual diversas estrategias habían sido sometidas a una discusión teórica y metodológica (Alessandro, 2002; Nieto, 2016).

El desarrollo y crecimiento evidenciado por la red originó que, en 2008, se la convirtiera en el «Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables». La adopción de la iniciativa por parte del MSN con rango de programa nacional, determinó su inclusión dentro de la estructura ministerial y le proporcionó sustentabilidad institucional (Nieto, 2016).

El programa obedece a un modelo de gestión por resultado en el que los municipios responden a un sistema de acreditación continuo de cuatro fases de implementación (Municipio Adherente, Municipio Titular, Municipio Responsable y Municipio Saludable), diseñado para estimular y evaluar el desarrollo de las políticas locales. En ese marco, el MSN a través de la Dirección de Municipios y Comunidades Saludables, monitorea las acciones de los municipios y los provee de asistencia técnica y capacitaciones (García & Mangiaterra Ventura, 2018).

Desde el MSN se busca la articulación y sinergia entre las acciones de este programa con otros como el «Programa Nacional de Control de Tabaco», el «Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo» y el «Programa Nacional Argentina Saludable». En el marco de este último, se publicó en 2013 el material «Acciones municipales de promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco» cuyo contenido ofrece indicaciones concretas para el desarrollo de estrategias efectivas para la prevención de las ECNT a nivel municipal (Ministerio de Salud de la Nación, 2013b).

En febrero de 2001, la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario decidió adoptar la iniciativa Municipios Saludables de la OPS e inició el proyecto «Rosario, Municipio Saludable». A mediados de ese año, el intendente y su gabinete firmaron el acta de acuerdo para ser incluidos en el movimiento y se organizó una caminata de 2,5 kilómetros de recorrido para efectuar el lanzamiento público del programa. Participaron ONG, clubes y empresas colaboradoras, entre otros, con una concurrencia aproximada de 1500 personas (Alessandro, 2002).

La trayectoria de Rosario en el movimiento trasciende a su propio proyecto y a su condición de firmante de la «Carta de Tucumán» (acta constitutiva de la Red de Municipios Saludables). En 2002, representó a Argentina en el «Foro de Promoción de la Salud en las Américas»; y, en 2003, fue uno de los cinco municipios que comenzaron a integrar la Unidad Coordinadora de la Red

Argentina de Municipios Saludables junto a representantes de la OPS y el MSN.

Situada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, Rosario tuvo una población estimada para el año 2018 de 995.497 habitantes (52,5 % mujeres y 47,5 % varones) (Municipalidad de Rosario, s. f.). Por su proceso de conformación territorial e interdependencia funcional, se vincula a un conjunto dinámico de localidades con los que integra la denominada «Área Metropolitana de Rosario», territorio en que residen 1.338.900 de habitantes (Argentina, s. f.).

Rosario es la ciudad Argentina con más espacio verde urbano por habitante, y una de las más verdes de Latinoamérica. Pese a su vertiginoso incremento edilicio y poblacional, pasó de tener 2,3 m<sup>2</sup> de zona verde por habitante en 1990, a disponer 11,7 m<sup>2</sup>/habitante en 2013 (con este valor alcanza el mínimo recomendado por la OMS de entre 10 a 15 m<sup>2</sup>/habitante) (Terraza, Pons Ginés, Soulier & Juan, 2015).

Probablemente, el proceso integral de planificación estratégica en el que la ciudad está inmersa desde 1998, comprendiendo aspectos urbanísticos, ambientales y socioculturales, haya sido un factor determinante para concretar esa mejora. Dan cuenta del mismo el «Plan Estratégico Rosario (PER 1998-2008)», el «Plan Rosario Metropolitana Estrategias 2018 (PERM+10 2008-2018)» y la «Planificación Estratégica Rosario 2030».

En lo que refiere específicamente al deporte, Rosario ha sido organizadora y/o sede de importantes eventos internacionales en los últimos 15 años. Entre los más resonantes pueden citarse (cronológicamente): el Sudamericano Juvenil de Rugby 2006, el Mundial de Hockey Femenino 2010, el Mundial de Rugby Juvenil 2010, el Panamericano de Hockey sobre Patines 2011, el Champions Trophy de hockey femenino sobre césped 2012, el Sudamericano de Gimnasia Artística 2012 y los Juegos Suramericanos de Playa 2019.

### **2.2.3.2 Curitiba (Paraná, Brasil)**

El inicio del movimiento Municipios Saludables en Brasil tuvo lugar en la década del 90'. No obstante, su descripción amerita un comentario que dé breve cuenta del particular contexto sociopolítico del país al momento de su emergencia.

En los años 80' se gestó en Brasil un proceso democrático de Reforma Sanitaria, cuya principal premisa política e ideológica era posicionar a la salud como cuestión social que trascendiera a los servicios de salud, y por ende, fuera abordada de manera holística, superando la tradicional y restringida perspectiva meramente biológica.

La Reforma resultó fortalecida en la VIII Conferencia Nacional de Salud (realizada en 1986) producto de la intensa participación de diversos sectores de la sociedad, y sirvió de cimiento para la conformación del Sistema Único de Salud (SUS). Durante la Conferencia se consolidó la necesidad de asumir a la salud como un derecho ciudadano y se elaboraron estrategias para la gestión de recursos entre los distintos niveles de gobierno (Pereira, 2014).

Durante el par de años siguientes, los promotores de la Reforma defendieron la misma de opositores del sector privado durante la Asamblea Constituyente, y consiguieron que los avances propuestos fueran aprobados por el Congreso Nacional, y por ende, incluidos en la nueva Constitución de 1988. En esta se configuró a la salud como un derecho de todos, y al estado como responsable de garantizar con sus políticas, los medios necesarios para que los ciudadanos accedan a la misma, con acceso universal e igualitario a los servicios dedicados a protegerla, promoverla y/o recuperarla (Pereira, 2014).

Este marco sociopolítico propició la adopción del movimiento al encontrar sus propuestas afines a los propósitos impulsados por la Reforma. En casos, con base en la experiencia canadiense, y en otros, a partir de la iniciativa de la OPS; comenzaron a desarrollarse proyectos locales y estatales, algunos usando la expresión "Cidade Saudável" (Ciudad Saludable) y otros la opción

"Município Saudável" (Municipio Saludable), aunque estas pueden ser asumidas como sinónimos pese a la discusión teórica a la que fue sometido su uso.

Un evento importante para la disseminación de la estrategia fue el Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas celebrado en Fortaleza (Ceará) en 1995. Allí se elaboró la «Carta de Fortaleza», a través de la cual los gobiernos locales fueron indicados como los responsables de velar por la producción social de salud y construcción de ciudadanía para el aumento de la calidad de vida de sus poblaciones (Mendes, 2000; Monteiro de Andrade & Cunha Barreto, 2002).

Otros encuentros importantes para compartir y debatir la implementación de proyectos, y fortalecer el trabajo intersectorial fueron realizados en los años siguientes. En 1996, se desarrolló en Campinas (São Paulo) el I Congreso Latinoamericano para Ciudades y Comunidades Saludables; y en 1998, en Sobral (Ceará), el I Fórum Brasileiro de Municípios Saludables (Mendes, 2000).

El crecimiento vertiginoso del número de iniciativas que fueron iniciadas, y la extensa dimensión geográfica del país, fueron factores determinantes para la creación de varias redes regionales en lugar de una gran red nacional: la «Red de Municípios Potencialmente Saludables», la «Red Pernambucana de Municípios Saludables», la «Red de Ambientes Saludables de Curitiba», la «Red de Comunidades Saludables» y la «Red Brasileira de Vivienda Saludable»<sup>23</sup> (Netto, Fenner & Góes Junior, 2014).

Estas redes se desarrollan con la asistencia de organizaciones gubernamentales, instituciones educativas y de investigación, entre otras. Su objetivo en común es asistir la elaboración de proyectos y políticas saludables, con una adecuada comprensión de los factores ambientales,

---

<sup>23</sup> En portugués: Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS), Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba (RASC), Rede de Comunidades Saudáveis (RCS) y Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS), respectivamente.

económicos y sociopolíticos (y sus interrelaciones) propios de sus poblaciones (Netto, Fenner & Góes Junior, 2014).

La trayectoria de Curitiba en el movimiento de Municipios Saludables comienza en 1994, con la inclusión formal de proyectos con esta perspectiva en la agenda política local; y el desarrollo del IV Encuentro de Salud Colectiva – I Encuentro de Salud Ciudad de Curitiba, en el que se debatieron las posibilidades de que Curitiba se realizara como «Ciudad Saludable» y se establecieron las bases para la implementación de los principales lineamientos de la estrategia (Mendes, 2000; Pereira, 2014).

Si bien la adopción explícita de esta estrategia por parte de Curitiba es ubicada en ese año, los gestores locales venían poniendo en práctica algunos de sus principios desde mucho antes. Ejemplo de ello es el desarrollo en materia de planeamiento urbano.

La ciudad tuvo su primer proceso importante de organización del espacio urbano en la década del 40'. Centrado en gestionar una mejor calidad de vida para su población, el «Plan Agache» se propuso organizar la ciudad por zonas y funciones para cuidar su disposición espacial y social. Estas premisas continuaron guiando las acciones urbanísticas realizadas por el gobierno municipal durante los años 60' (Krempel, Moysés & Moysés, 2004).

La crisis económica y social que atravesó el país durante la década del 70', produjo un fuerte proceso migratorio que generó crecimiento poblacional y otros cambios demográficos imprevistos en la ciudad (Girotti Sperandio, Gonzalez Machín & Barbosa Fortunato, 2010). Para contrarrestar los efectos nocivos de esa expansión urbana desordenada, se implementaron intervenciones públicas para la creación de áreas peatonales, optimización y eficiencia del transporte público, y desde 1977, la introducción de las primeras ciclovías de la ciudad (Economist Intelligence Unit, 2010; Rechia, Tschoke, Cardoso Machado & Joukoski, 2016).

La experiencia desarrollada habría sido determinante para generar en los ciudadanos cierta identidad caracterizada por el interés en cuestiones

ambientales y la preservación de la naturaleza y los espacios públicos, similar a la que puede observarse en las poblaciones de ciudades modelo como Copenhague (Dinamarca) y Estocolmo (Suecia) (Economist Intelligence Unit, 2010; Rechia *et al.*, 2016).

Curitiba, capital del Estado de Paraná, es el municipio más poblado de la Región Sur de Brasil, con una población estimada para 2018 de 1.929.700 habitantes; en tanto que su área metropolitana comprende 29 municipios y una población estimada para ese mismo año de 3.667.338 habitantes (Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, 2019).

Su densidad de áreas verde por habitante (64,5 m<sup>2</sup>/habitante) mucho mayor al promedio de la región (e incluso al mínimo recomendado por la OMS), y su elevada y diversificada oferta de espacios públicos para la recreación y práctica de AF (como plazas, parques, circuitos de caminata y ciclovías) son el producto de décadas de estrategias urbanísticas priorizando estos aspectos. Sumado a su transporte público diferenciado e innovador, estas condiciones colocan a Curitiba como una ciudad modelo de sustentabilidad a nivel internacional (Fermino, Reis & Cassou, 2012; Ferreira Hino, Rech, Bezerra Gonçalves, Hallal & Siqueira Reis, 2012; Andrade de Souza, Fermino, Rodriguez Añez & Siqueira Reis, 2014).

Los resultados del «Índice de Ciudades Verdes de América Latina»<sup>24</sup> elaborado por la Economist Intelligence Unit (2010), indican que Curitiba es la única de 17 ciudades evaluadas que alcanza un desempeño sustentable “muy por encima del promedio”. Se han implementado acciones concretas como el monitoreo permanente de la absorción de CO<sub>2</sub> en áreas verdes y la reubicación de personas que vivían en asentamientos irregulares en

---

<sup>24</sup> Se trata de un proyecto de investigación independiente patrocinado por Siemens, que evaluó el comportamiento en el área sustentabilidad de varias ciudades latinoamericanas (incluidas la mayoría de las capitales de la Región). Para ello se utilizaron 31 indicadores individuales que tributaron a ocho categorías: Energía y CO<sub>2</sub>, Transporte, Agua, Calidad del aire, Uso de la tierra y edificios, Desechos, Saneamiento y Gobernanza medioambiental. El desempeño de las ciudades en cada una de las categorías, y en una categoría final que contempló todas las anteriores (Resultados generales), fue valorado en una escala de cinco ítems: muy por debajo del promedio, debajo del promedio, promedio, encima del promedio y muy por encima del promedio.

viviendas de bajo costo con adecuadas condiciones de saneamiento. No obstante, expertos señalan que los excelentes resultados de Curitiba se explican fundamentalmente por el enfoque integral de los gestores locales en relación al medioambiente.

Curitiba es una ciudad con prestigio internacional en materia de sustentabilidad y considerada un modelo para cualquier ciudad latinoamericana. Reflejo de ello son las múltiples distinciones recibidas en las últimas décadas (Tabla 2.2).

Los resultados logrados, además de valorables en sí mismos, permiten vislumbrar el potencial de una gestión compartida que integra perspectivas, objetivos y propuestas de los sectores de gobierno y de la sociedad, y estimula con ello la responsabilidad y compromiso social para la construcción colectiva de una ciudad saludable y con mejor calidad de vida para todos (Krempel *et al.*, 2004).

### **2.2.3.2 Santiago de Cali (Valle de Cauca, Colombia)**

Colombia fue uno de los países latinoamericanos pioneros en incorporarse al movimiento de Municipios Saludables. Su inclusión en 1992, se realizó en un contexto político y normativo especial, caracterizado por la determinación del poder central de habilitar una mayor participación de los niveles locales en la toma de decisiones, en especial en lo que refiere a los sectores Salud y Educación (Chávez & Arbeláez, 2008; Campos, Robledo-Martínez, Arango-Soler & Agudelo-Calderón, 2012).

La estrategia propuesta por la OPS fue considerada un recurso adecuado para apoyar el entonces vigente proceso de descentralización de las instituciones del Estado, fomentando la transformación de los sistemas locales de salud, y el involucramiento y cooperación de los diferentes sectores de la comunidad en la gestión de políticas saludables (Chávez, 2009; Lopez Guarín, 2010; Campos *et al.*, 2012).

Tabla 2.2

**Premios o reconocimientos internacionales en materia de sustentabilidad otorgados al municipio Curitiba. Periodo 2009-2019.**

Año	Premio o reconocimiento	Otorgante
2009	Única ciudad latinoamericana entre las 10 más sustentables del mundo.	Institute Ethimosphere
	3ª ciudad más inteligente del mundo	Revista Forbes
2010	Globe Award Sustainable City - Ciudad más sustentable del mundo.	Globe Forum
	Green City Index - Ciudad más verde y sustentable de América Latina.	Siemens - The Economist
2012	Global Green City Award - Ciudad verde	Global Forum on Human Settlements
	Ciudad modelo de economía verde	Programa de las Naciones Unidas para el Medioambiente
2014	Green City Index - Ciudad más verde y sustentable de América Latina.	Siemens - The Economist
2015	Elegida entre las 10 ciudades más amigables del mundo con la bicicleta.	Mother Nature Network (Sitio web)
2017	Mención Honrosa al transporte sustentable	Instituto de Políticas para el Transporte y el Desarrollo
	Elegida entre las 7 ciudades más inteligentes del mundo (Smart Cities)	IESE Business School - University of Navarra
2018	Elegida entre las 6 ciudades más inteligentes del mundo – Categoría Ambiente Urbano	World Smart City Awards
2019	Elegida entre las 6 ciudades más inteligentes del mundo – Categoría Ciudad (Premio principal)	World Smart City Awards

**Nota.** Fuente: Adaptado de Instituto Municipal de Turismo de Curitiba. (s. f.). Destques e Prêmios. <https://turismo.curitiba.pr.gov.br/conteudo/destaques-e-premios/1763>

El impulso inicial otorgado a la estrategia tuvo un período de debilitamiento durante 1993, en el contexto de las reformas impuestas al sistema de salud. En 1996, la estrategia fue relanzada bajo la denominación «Municipios Saludables por la Paz», evidenciando la gravedad de la situación de violencia que atravesaba el país (Cabarcas Montes & Agudelo Calderón, 2003; Chávez & Arbeláez, 2008; Rodríguez Ibagué & Díaz Muñoz, 2009).

Por entonces, la violencia y la exclusión social eran dos problemas muy significativos para el país en términos de salud pública (Campos *et al.*, 2012). La inclusión de “la Paz” en el renombramiento de la estrategia, da cuenta de la necesidad de un abordaje urgente de esa problemática (en particular de la violencia) que no dejaba ver una solución concreta a corto plazo (Rivera, Málaga & Agudelo, 2000).

Según Rodríguez Ibagué (2007), al menos inicialmente, la estrategia no obtuvo el respaldo suficiente de parte del gobierno nacional ni de la mayoría de los gobiernos departamentales. Ello explicaría que solo algunos municipios hayan logrado desarrollar experiencias destacadas al adoptar la estrategia como política pública. Entre ellos se encuentran pequeños y grandes municipios, como Versalles y La Vega, o Manizales, Medellín y Santiago de Cali, respectivamente (Vargas Cruz & Castro, 2002; Restrepo, 2002; Rodríguez Ibagué & Díaz Muñoz, 2009).

Santiago de Cali desarrolló iniciativas de APS y fomento de la participación comunitaria con las que consiguió aumentar la cobertura de los servicios de salud. Además, para enfrentar los elevados niveles de violencia e inseguridad, se implementó el programa «Desarrollo, Seguridad y Paz» (DESEPAZ), en el marco del cual se ejecutó un modelo de vigilancia epidemiológica de las muertes por homicidios, suicidios y accidentes de tránsito como base para el diseño de políticas preventivas (Concha-Eastman & Guerrero, 1999; Latapí López, 2015).

A nivel local se exhiben también avances sólidos en materia de promoción de la salud en el ámbito escolar. La Estrategia «Escuelas Saludables» fue adoptada por el municipio en 1998 (apenas tres años después de que la

fuera institucionalizada por la OPS con el nombre «Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de Salud»), y luego de un proceso de implementación de cinco años durante el que hubo un aumento gradual de su cobertura, la estrategia alcanzó el 100 % de la misma en diciembre de 2004. La estrategia comprende prioritariamente tres líneas de acción: educación en salud, acceso a servicios de salud y nutrición, y ambientes y entornos saludables (Gutiérrez & Gómez, 2007; Campos *et al.*, 2012).

El programa «Comuna Promotora de la Salud» comenzó a implementarse en Santiago de Cali también en 1998, coordinado por el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES) de la Universidad del Valle. La iniciativa se basó en la intervención de una comuna para la creación de un territorio modelo de escenarios promotores de salud (de Salazar & Díaz Grajales, 2004).

El objetivo central del programa fue empoderar a la población e instituciones para aumentar la capacidad comunitaria para controlar los determinantes sociales en pos de su bienestar y calidad de vida. Su realización se produjo en el marco de un de un proyecto internacional (con experiencias también en Argentina y Venezuela) financiado por la fundación Will Keith Kellogg, destinado a promover alianzas estratégicas entre universidad, gobierno y comunidades orientadas a la construcción de comunidades saludables (de Salazar & Díaz Grajales, 2004; Girotti Sperandio *et al.*, 2010).

Santiago de Cali, capital del departamento del Valle del Cauca, tiene una población ajustada según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 es de 2.227.642 habitantes (53 % mujeres y 47 % hombres), y está dividido en el área urbana (22 comunas en las que vive el 97,7 % de la población total del municipio) y el área rural (15 corregimientos) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2019).

De acuerdo a su composición demográfica, es el municipio con la mayor concentración absoluta de población Afrodescendiente, Afrocolombiana, Negra o Mulata del país, y el segundo de América Latina (Alcaldía de Santiago de Cali, 2019). Además, es un importante receptor de población

desplazada, lo que conlleva un crecimiento poblacional (denominado «a cuenta gotas» y difícil de dimensionar) y de la demanda de servicios sociales. El municipio fue reconocido por el gobierno nacional como líder en la atención de esta población de acuerdo a los indicadores señalados por la Política de Salud Pública (Jaramillo Mejía & Vera Llanos, 2011).

La ciudad se destaca por su trayectoria en relación al deporte. Su historia como sede de importantes eventos deportivos es extensa, en especial durante la década pasada (Tabla 2.3), y su inicio suele ubicarse a fines del año 1928 cuando organizó la primera edición de los Juegos Olímpicos Nacionales. En 1971 alcanzó su punto más alto al organizar los VI Juegos Panamericanos, realizados en el país por única vez en la historia (Universidad del Valle & Alcaldía de Santiago de Cali, 2017).

Tabla 2.3

**Eventos deportivos más destacados sedeados por el municipio Santiago de Cali. Periodo 2010-2019.**

<b>Año</b>	<b>Evento deportivo</b>	<b>Sede</b>
2011	Mundial de Fútbol sub-20	Compartida
2013	IX Juegos Mundiales (World Games)	Única
2014	CXI Campeonato Mundial de Ciclismo en Pista	Única
2015	IX Campeonato Mundial Juvenil de Atletismo	Única
	LX Campeonato Mundial de Patinaje Artístico	Única
	XXIV Copa del Mundo de Ciclismo en Pista	Compartida
2016	VIII Mundial de Fútbol Sala de la FIFA	Compartida
	Grand Prix Internacional de Atletismo	Única
	Campeonato del Mundo de Ráquetbol	Única
2017	XXXII Campeonato Sudamericano de Voleibol Femenino	Única
	XVIII Juegos Bolivarianos	Compartida

**Nota.** Fuente: Elaboración propia

El municipio es reconocido por su capacidad para recibir importantes eventos deportivos. De acuerdo al estudio «Global Sports Impact»<sup>25</sup> publicado en 2016, Santiago de Cali se ubica en el puesto 30 del ranking de ciudades más deportivas del mundo, resultando la cuarta mejor ubicada de América y la segunda mejor de Sudamérica (superada solo por Rio de Janeiro) (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017).

Resultado de esta trayectoria, la ciudad dispone de una gran infraestructura deportiva, que sumada a la oferta pública de programas deportivos para la inclusión social a través de la AF gratuita, han sido determinantes para que la organización ACES Europa (s. f.) la elija en 2019 como la primera «Capital Americana del Deporte».

Cali es el Municipio con mayor número de equipamientos deportivos y recreativos públicos de Colombia. Si bien esto es una ventaja, la conservación de estos espacios requiere grandes inversiones por lo que plantea también un complejo desafío que requiere la cooperación de los sectores público, privado y comunitario para el desarrollo de acciones colectivas en pos de su sustentabilidad (Alcaldía de Santiago de Cali, 2019).

La Alcaldía de Santiago de Cali (2019) dispuso el uso compartido de los grandes escenarios deportivos (aforos mayores de 2000 personas) como medio para conservar su vocación deportiva. El aprovechamiento económico de los mismos (costos por servicio) representa una herramienta de gestión financiera. Además, para asegurar una apropiada administración y mantenimiento de los escenarios, fueron establecidos los Comités Cívicos Deportivos (COCIDES) como instancias de dialogo entre la administración local y la comunidad, respecto de las políticas y condiciones de uso y funcionamiento de las instalaciones.

---

<sup>25</sup> Este estudio realizado por la empresa Sports Market Intelligence evalúa a las ciudades de acuerdo a un modelo de siete componentes: alojamiento y oferta de eventos, gobernabilidad del deporte, impacto económico, turismo deportivo, impacto de los medios de comunicación, impacto de los medios sociales, impacto del patrocinio, impacto deportivo e impacto social.

## Capítulo 3. DISEÑO METODOLÓGICO

### 3.1 Tipo y diseño de estudio

Este estudio corresponde al tipo comparativo sincrónico de base cualitativa, con un diseño de naturaleza descriptiva, transversal, no experimental, según su objetivo, temporalidad e intervención del investigador, respectivamente.

Los estudios comparativos asisten a la transferencia de conocimientos respecto de lo hecho en casos de éxito desarrollados en situaciones similares. Para ello, se requiere identificar los aspectos destacados, y realizar las adaptaciones que resulten necesarias para su implementación en las circunstancias propias del nuevo contexto (Gobierno del Estado de México, 2008).

Sus características propias hacen que exista un acuerdo extendido en considerar al método comparativo muy pertinente a las ciencias políticas. No obstante, politólogos latinoamericanos coinciden en que el desarrollo de estudios comparativos en la región es aún una materia pendiente (Nohlen, 2008).

La elaboración y evaluación de las políticas se alimenta de la comparación con experiencias desarrolladas en otros tiempos, sectores, poblaciones y/o territorios. La comparación, por estimular permanentemente la reflexión, sirve de guía para el análisis y comprensión de la experiencia ajena y habilita la apropiación de la misma, dando lugar al fortalecimiento de los aspectos débiles del propio proyecto (Guzmán-León, 2016).

La comparación posibilita la identificación de condiciones comunes, regularidades y diferencias entre los diferentes casos de estudio y, en consecuencia, el acceso a explicaciones más holísticas de los fenómenos políticos. Cuando estos fenómenos políticos en comparación pertenecen a un mismo momento histórico (independientemente de que correspondan o no a un mismo ámbito geográfico), se trata de una comparación sincrónica (tal como fue planteada en este trabajo); mientras que, si los casos

comparados pertenecieran a distintos momentos históricos con la pretensión de analizar su alteración a lo largo del tiempo, se trataría de una comparación diacrónica (Makón, 2004).

Las condiciones para el desarrollo de estudios comparativos de políticas públicas son mucho más propicias ahora que hace un par de décadas atrás, gracias a la maduración del proceso de globalización y al emergente compromiso de los gobiernos por garantizar sistemas de transparencia de la información relativa a su gestión cada vez más completos y accesibles. En la actualidad, la información disponible es, en muchos casos, suficiente para establecer una comparación de las políticas locales con otras de su mismo nivel de gobierno e incluso para valorarlas desde una perspectiva nacional o internacional.

Para analizar comparadamente las semejanzas, diferencias y patrones entre dos o más políticas que comparten un mismo objetivo; inicialmente se debe analizar en profundidad y de forma integral lo inherente a cada una de ellas y comprender su contexto, para luego intentar explicar la influencia de sus características específicas en los resultados encontrados. En general, un mayor número de casos en estudio suele implicar una menor profundidad en la descripción de las propiedades y características de cada uno de ellos (Goodrick, 2014).

Una política no suele ser replicable con exactitud en otro contexto político, económico y sociocultural. Se precisa un análisis profundo para evaluar cuales de sus intervenciones y/o características lo son, y cuáles no. En este sentido, un abordaje cualitativo es pertinente para abordar procesos e intentar entenderlos desde su interior (Guzmán-León, 2016).

La política es un fenómeno social y como tal, es complejo y difícil de interpretar dado que numerosas y diversas propiedades se combinan y acaban condicionando sus resultados. Para dar cuenta de esa interpretación, este trabajo analizó los atributos de las políticas públicas de promoción de la AF para la prevención y control de las ECNT a través de las intervenciones instituidas con esta finalidad.

La elección del abordaje cualitativo para este trabajo se explica precisamente en la necesidad de técnicas flexibles e integradoras que favorecieran la observación de las intervenciones de manera contextualizada, desde diferentes perspectivas, y que permitieran a partir de ella, la descripción y análisis de las políticas públicas estudiadas.

En el análisis comparativo cualitativo la causalidad se interpreta con base en un diálogo permanente entre la teoría y los hallazgos de la investigación (Ariza & Gandini, 2012). Un abordaje dinámico es importante para promover un desarrollo sensible a lo emergente y al contexto en que se producen los hallazgos.

### **3.2 Fenómeno bajo estudio**

El método comparativo puede ser definido como el análisis sistemático de un número determinado de casos. A menudo, para definir el número de casos de estudio, debe decidirse entre analizar muchas variables sobre pocos casos (lo que se conoce como una «N pequeña») o analizar menos variables sobre más casos (Collier, 1993).

Un caso puede ser entendido como un sistema de actores y relaciones dado en un tiempo y espacio determinado. La selección de los casos implica un recorte teórico y la definición de una perspectiva particular. Cada caso requiere un abordaje estrecho y profundo cuyo producto es puesto en diálogo constante con la teoría (Ariza & Gandini, 2012).

De acuerdo con el objetivo de esta investigación, un análisis intenso de un número pequeño de casos se consideró potencialmente más relevante que un análisis superficial de muchos casos. Collier (1993) sostiene que los conceptos que son aplicables a un número grande de casos pueden resultar demasiados generales para enfocar las semejanzas, diferencias y contrastes entre estos, condición fundamental para dotar de sentido a un análisis comparativo.

La selección de casos de estudio estuvo supeditada a la necesidad de acceder libremente a sus digestos, por lo que solo fueron elegibles aquellos municipios que ofrecieron una forma efectiva de acceder a estos. La elección de los municipios Rosario (Argentina), Curitiba (Brasil) y Santiago de Cali (Colombia) como casos de estudio se fundamentó; por un lado, en la trayectoria de estos como «Municipios saludables» y en el reconocimiento obtenido de parte de algunos organismos (nacionales e internacionales) debido a la implementación de iniciativas en esa dirección<sup>26</sup> y, por otro lado, de acuerdo a las similitudes sociodemográficas, políticas y económicas existentes entre ellos (Tabla 3.1).

Esta investigación tuvo como universo al conjunto de intervenciones públicas creadas por los gobiernos locales de las ciudades Rosario (Argentina), Curitiba (Brasil) y Santiago de Cali (Colombia), entre los años 2003 y 2018, con la finalidad de promover y fomentar la AF en su población. Esta delimitación temporal correspondió a la duración equivalente a cuatro ciclos de gobierno (16 años), aunque este período en sí no haya coincidido específicamente con los ciclos de gobierno de ninguno de los casos.

Otras delimitaciones del fenómeno bajo estudio no fueron necesarias dado que este trabajo se propuso identificar y contener a todas las intervenciones que cumplieran las condiciones antes mencionadas. Cada una de las intervenciones identificadas fue tratada como objeto de estudio.

Se entendió por intervención a las acciones formales y organizadas que representan la expresión/implementación de una política pública, interpretada esta última como “un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (Oszlak & O'donnell, 1995, p. 112-113).

---

<sup>26</sup> Algunos de los antecedentes más destacados de la experiencia desarrollada por estos municipios en relación a la promoción y fomento de la AF fueron brevemente referenciados en el capítulo anterior.

Tabla 3.1

**Comparación de dimensiones de los casos Rosario, Curitiba y Santiago de Cali.**

Dimensión	Caso Rosario (Argentina)	Caso Curitiba (Brasil)	Caso Santiago de Cali (Colombia)
Población según censo nacional [año]	948.312 [2010]	1.751.907 [2010]	2.269.630 [2011]
Superficie (en km <sup>2</sup> )	178,7	434,9	560,2
Densidad demográfica (hab./km <sup>2</sup> )	5307	4028	4051
Posición en el ranking nacional de ciudades con mayor población	3	8	3
Pirámide poblacional	Regresiva	Regresiva	Regresiva
Esperanza de vida (en años) [año]	75,8 [2016]	76,3 [2010]	74,4 [2014]
PBI per cápita (en USD) [2013] <sup>a</sup>	8.444	17.078	8.379
IDH [año]	0,757 [1991] <sup>b</sup>	0,823 [2010]	0,802 [2005]
Coefficiente de Gini [año]	0,380 [2013] <sup>c</sup>	0,565 [2010]	0,504 [2011]
Capital nacional	No	No	No
Capital de la provincia, estado o departamento	No <sup>d</sup>	Si	Si
Municipio saludable	Si	Si	Si

**Nota.** <sup>a</sup> Según Universidad Nacional del Rosario & Inteligencia de Negocios (s. f.).

<sup>b</sup> Refiere al departamento Rosario en su totalidad (no solo al municipio).

<sup>c</sup> Refiere al Gran Rosario (no solo al municipio).

<sup>d</sup> Si bien Rosario no es la capital de la provincia de Santa Fe, su protagonismo demográfico, político y económico es comparable al de las mayores capitales provinciales de la Argentina. Según el Censo Nacional del año 2010, Rosario es la ciudad con mayor población de su provincia (948.312 habitantes), con más del doble de población que la capital provincial, Santa Fe de la Vera Cruz (391.231 habitantes) (Gobierno de Santa Fe, s. f.). Por otra parte, el Aglomerado del Gran Rosario es el principal nodo portuario del mundo para el embarque de cereales, oleaginosas y subproductos de la industria aceitera (Bolsa de Comercio de Rosario, 2020).

Fuente: elaboración propia.

Fueron contenidas por este estudio las intervenciones que cumplieron los siguientes requisitos establecidos como criterios de inclusión:

- Tener explícito entre sus objetivos, directa o indirectamente, la promoción o fomento de la AF;
- Estar dirigida al marco geográfico de la ciudad de Rosario, Curitiba o Santiago de Cali, y haber sido establecida entre los años 2003-2018;
- Disponer de acceso a al menos un instrumento normativo que la instituya.

El abordaje de las intervenciones se desarrolló a través de un análisis documental, considerado como el estudio sistemático del contenido de documentos pertinentes a los fines de la investigación (Goodrick, 2014). Se entiende por documento al material que, por informar respecto de un hecho o fenómeno, permite el estudio del pasado, y cuya existencia trasciende al investigador. Habitualmente suelen ser clasificados en personales o institucionales (Tonon, 2011).

En este trabajo se emplearon como unidades de recolección de datos documentos institucionales de carácter público. Fueron utilizadas como tales instrumentos normativos como publicaciones parlamentarias, administrativas o del ejecutivo (leyes, decretos, resoluciones, disposiciones, ordenanzas, entre otras), así como también otros contenidos de interés (escritos o audiovisuales) publicados en los sitios web oficiales de la Municipalidad de Rosario, la Prefeitura Municipal de Curitiba y la Alcaldía de Santiago de Cali.

Para el desarrollo de este estudio se utilizaron únicamente fuentes secundarias. Por haber empleado información de acceso público, este estudio no requirió la aplicación de consentimientos informados ni la aprobación por parte de un comité de ética.

### **3.3 Técnica de recolección y análisis de datos**

La estrategia elaborada para la recolección de datos fue ejecutada en el período comprendido entre julio y octubre de 2019, y se estructuró en dos componentes (Figura 3.1):

- Componente 1. Búsqueda en digestos

Se desarrolló una búsqueda sistemática para la identificación de intervenciones a través de los instrumentos de valor normativo que las establecieron (leyes, decretos, resoluciones, disposiciones, ordenanzas, entre otras). La selección inicial de normativas de interés se desarrolló utilizando las siguientes palabras clave: actividad física, deporte, ejercicio físico, prevención de enfermedades, promoción de la salud, sedentarismo, enfermedades crónicas, enfermedades no transmisibles, enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer, obesidad, sobrepeso e hipertensión. Fueron implementados ajustes específicos de acuerdo a las características propias de la estructura de cada digesto.

En el caso de Rosario, se accedió al digesto utilizando el **Buscador de Normativa** (<http://www.rosario.gov.ar/normativa/visualExterna/normativas.jsp>). Las palabras clave fueron consignadas como **palabra asociada** y constituyeron el único filtro de búsqueda (los filtros **tema** y **tipo de norma** fueron configurados por defecto en la opción “**todos**”, mientras que los campos **N° de norma** y **año de norma** se mantuvieron vacíos). Las palabras clave fueron colocadas entre comillas siguiendo la recomendación ofrecida por la página para el desarrollo de búsquedas exactas. Dado que la herramienta no permitió limitar la búsqueda a un periodo de tiempo determinado, el recorte fue efectuado recién sobre los resultados.

En el caso de Curitiba, la consulta del digesto se desarrolló a través del **Portal da Transparência**, accediendo a **Legislação > Leis e Decretos Municipais** (<https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/AtosConsultaExterna.aspx>). Solo el campo **texto** del formulario de búsqueda fue utilizado, permaneciendo los restantes vacíos (**Número** y **Ano**) o sin selección (**Tipo de ato**, **Origem** y **Marcador**). Esta herramienta no permitió la búsqueda exacta por medio del encomillado del texto de búsqueda.

Para evitar sesgos de búsqueda por este motivo; las palabras clave<sup>27</sup> fueron consignadas en singular o, cuando necesario, de forma truncada (ej.: esport). La búsqueda de palabras clave compuestas (ej: atividade física) implicó una dificultad extra al no tratarse de una exploración por frase exacta, puesto que el buscador arrojó como resultado aquellas normativas que contuvieron todos los componentes, independientemente de su ubicación en el texto. Esto derivó en un número elevado de resultados, muchos de ellos irrelevantes a los fines de este trabajo. En consecuencia, fueron tenidas en cuenta solo los siguientes tipos de normativa (**tipo de ato**): Leyes (**Lei, Lei Complementar** y **Lei Orgânica**), Decretos (**Decreto, Decreto - Aviso de publicação** y **Decreto Legislativo**) e instrucciones normativas (**Instrução Normativa, Instrução Normativa - Aviso de publicação** e **Instrução Normativa Conjunta**). De nuevo, el buscador no permitió ceñir la búsqueda a un periodo de tiempo determinado, por lo que la limitación fue efectuada ya sobre los resultados.

En el caso de Santiago de Cali el digesto fue consultado por medio del **Sistema de información normativo, jurisprudencial y de conceptos JurisDOC**

(<http://juridica.cali.gov.co/jurisDOC/home;jsessionid=52BA37ACE4028722C8E18B8A99939CE9/>) con una acción desdoblada.

Por un lado, se empleó la opción **Consulta avanzada**. En el formulario de búsqueda las palabras clave fueron utilizadas como **Palabras a Buscar**, y los años 2003 y 2018 consignados como **Año Inicial** y **Año Final**, respectivamente. El resto de los campos (**Tipo de documento, Número de Documento, Fecha de Expedición** y **Entidad**) permanecieron vacíos. Las palabras clave fueron colocadas en forma completa dado que el uso de la forma truncada no arrojó resultados diferentes. Esta herramienta tampoco habilitó el uso de comillas para

---

<sup>27</sup> Atividade física, esporte, exercício físico, prevenção de doenças, promoção da saúde, sedentarismo, doenças crônicas, doenças não transmissíveis, doença cardiovascular, diabetes, câncer, obesidade, sobrepeso e hipertensão.

indicar una búsqueda de frase exacta. Como dificultad adicional, en la búsqueda de palabras claves compuestas, el buscador arrojó como resultado todas aquellas normativas que contuvieron alguno de sus componentes (y no todos ellos). Esto conllevó la obtención de un amplio número de normativas intrascendentes para la investigación.

Por otro lado, y en razón de que acción anterior no dio acceso a los acuerdos expedidos por el Consejo Municipal de Santiago de Cali, la consulta de estas normativas fue llevada a cabo usando la pestaña **Acuerdos Municipales**. Las normativas fueron ofrecidas agrupadas por año de celebración. Dado que no se dispuso de ningún buscador, la exploración de los años comprendidos por el estudio fue ejecutada de uno en uno.

Entre las normativas arrojadas como resultado de las búsquedas desarrolladas, se seleccionaron las normativas de interés de acuerdo a la lectura de sus títulos, descripciones y fragmentos del texto que contuvieron las palabras claves. Las normativas cuyo título y/o descripción aludía a la distinción o exaltación de personas, o a la declaración de interés o utilidad pública de eventos o instituciones fueron desestimadas sin avanzar a su lectura.

A continuación, se procedió a la lectura completa de las normativas seleccionadas para identificar las intervenciones a ser incluidas como objeto de estudio de acuerdo con los criterios de inclusión. Finalmente, el proceso de búsqueda desarrollado en el digesto a través de la opción **Consulta avanzada** fue repetido pero utilizando en este caso el nombre de las intervenciones en lugar de las palabras claves.

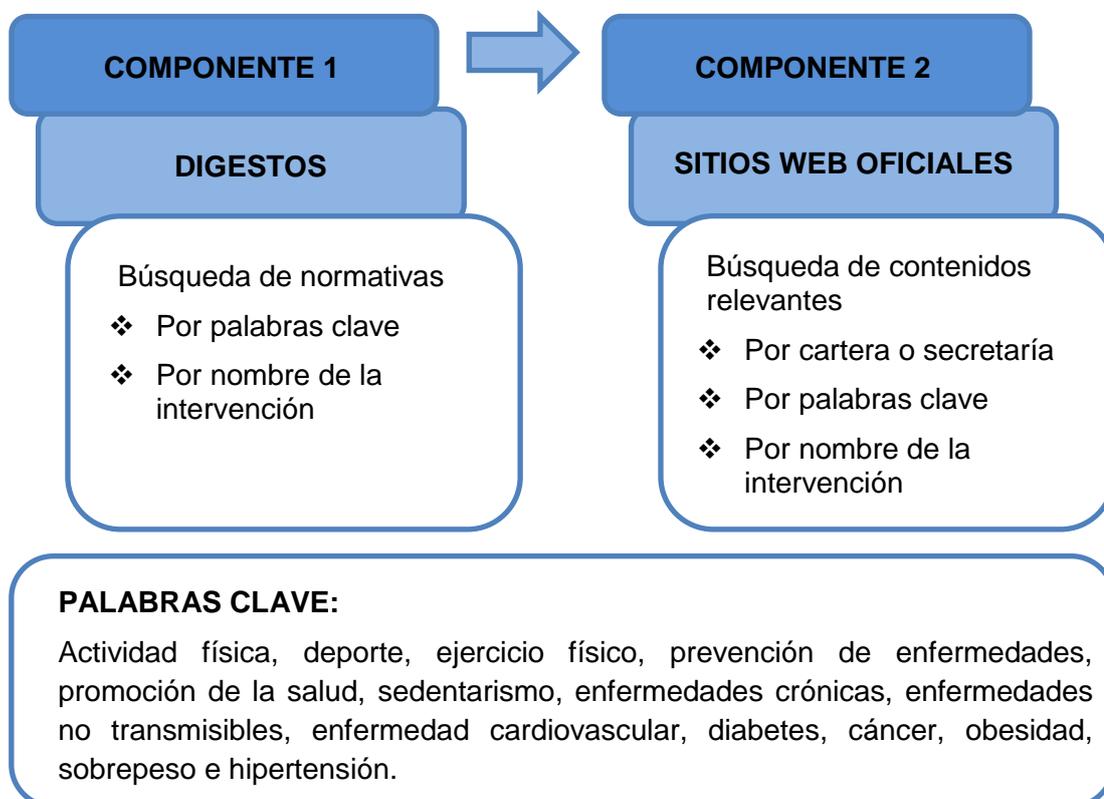
- Componente 2. Búsqueda en sitios web oficiales

Se realizó una exploración integral de los sitios web oficiales de la Municipalidad de Rosario (<https://www.rosario.gov.ar/web/>), la Prefeitura Municipal de Curitiba (<https://www.curitiba.pr.gov.br/>) y la Alcaldía de Santiago de Cali (<https://www.cali.gov.co/>).

Inicialmente, la exploración se desarrolló “por carteras o secretarías” y siguiendo la estructura de árbol del sitio web, y luego colocando las palabras clave y nombres de las intervenciones emergentes en el buscador general de cada sitio.

A continuación, también los nombres de las intervenciones identificadas en el componente 1 fueron ingresados en el buscador del sitio para recuperar contenidos relevantes (textuales o audiovisuales) y así profundizar el conocimiento de las intervenciones más allá del texto de sus normativas.

Finalmente, los nombres de las intervenciones captadas desde los sitios web oficiales (hallazgos del componente 2) fueron configurados como ecuación de búsqueda en los buscadores de los digestos empleados en el componente 1 con el objetivo de recuperar algún instrumento normativo que instituyera la intervención y permitiera incluirla como objeto de estudio.



**Figura 3.1. Estrategia de búsqueda.**

Fuente: elaboración propia.

Por medio de esta técnica flexible se pretendió captar el máximo de intervenciones posible a través de indicios que fueron apareciendo durante la búsqueda.

El análisis de datos se desarrolló por medio de un plan de análisis propio, elaborado sobre la guía de las propuestas de análisis de contenido latente (Mayan, 2001) o de análisis temático (De Souza Minayo, 2016). Dicho plan de análisis siguió las siguientes fases:

### *I. Codificación*

A través de este primer paso se señalaron las palabras, frases, conceptos e ideas que contenían (aun cuando lo hicieran de forma implícita) datos relevantes para la investigación, y se los organizó de forma tal que luego pudieran ser categorizados.

### *II. Categorización*

En esta instancia fueron etiquetados los datos codificados en la etapa anterior. A continuación, se procedió al agrupamiento de estos datos tanto fuera en relación a las categorías inicialmente definidas o en nuevas categorías emergentes que pudieran contribuir al desarrollo de este estudio.

### *III. Integración*

Durante esta etapa se compararon, en dos instancias, los contenidos anteriormente categorizados que correspondieron a una misma intervención.

Inicialmente, entre sí, aquellos recolectados a partir de un mismo documento o material informativo en busca de ambigüedades y/o contradicciones conceptuales; y, a continuación, todos los disponibles sobre una misma intervención, independientemente de la fuente de la cual hayan sido recogidos. Con esta última acción se pretendió visibilizar posibles contrasentidos y destacar las nociones más

importantes de cada intervención para de esta manera construir el perfil individual de cada una de ellas.

#### *IV. Análisis final*

Por último, se confrontaron tanto los perfiles contruidos en la fase anterior como los contenidos específicos que particularmente lo ameritaron con el objetivo de analizar finalmente los atributos de la política pública de promoción de la AF vinculada a la prevención y control de las ECNT.

Para contribuir al desarrollo de esta última etapa se elaboraron tablas y representaciones gráficas que ayudaron a visibilizar los resultados de este estudio.

### **3.4 Categorías de análisis**

La comparación consiste en evidenciar similitudes y diferencias entre un número determinado de casos. La investigación comparativa exige avanzar hacia una interpretación integral de la manera en que estas influyen y condicionan cada caso. Para ello, se requiere un esquema que exponga las dimensiones a comparar, y la construcción de categorías de análisis aplicables a todos los casos desde las cuales se plantee la comparación (Rivas Mira & Garcianava Requena, 2004).

Las dimensiones de comparación estuvieron planteadas en torno a la evolución, progresividad e integralidad de las políticas públicas de promoción de la AF, al abordaje preventivo que adhieren y a los actores que hacen o hicieron a su gestión.

La evolución refiere a las variaciones experimentadas por estas políticas durante el período de tiempo comprendido por el estudio, analizando la incidencia y tipo de intervenciones encontradas; mientras que la progresividad refiere al análisis del alcance de estas políticas de acuerdo a

la consideración que las intervenciones hayan expresado respecto de las poblaciones más vulnerables.

La integralidad alude al análisis de la capacidad de las políticas para llegar de forma significativa a los diferentes sectores de la población de acuerdo a la diversidad de propuestas comprendidas por sus intervenciones.

La promoción de la AF es, per sé, una aliada en la prevención de las ECNT. No obstante, la presencia formal de este objetivo en el diseño y gestión de las políticas de fomento de la AF podría tener relación con la capacidad de garantizar una estrategia de prevención que contemple los diferentes niveles en que esta puede proyectarse.

Por último, considerar los sectores involucrados en la gestión de las intervenciones permite descubrir la configuración de la participación sectorial de la política a la cual tributan; y, seguidamente, analizar las implicancias de esa configuración en la magnitud y sostenibilidad de la política en estudio.

Para dar cuenta de estas dimensiones de comparación fueron definidas diferentes categorías de análisis con sus respectivas subcategorías, clases y definiciones operacionales; entendidas estas últimas como el conjunto de indicaciones que permitieron adjudicar valores nominales a cada categoría a partir de la información recolectada (Tabla 3.2).

Aunque el crecimiento de la incidencia de las ECNT y la inactividad física no se restringen a poblaciones con condiciones socioeconómicas, demográficas o geográficas específicas; está bien establecido que la morbi-mortalidad por ECNT es mayor en los grupos más desfavorecidos de la sociedad (Escobar *et al.*, 2000).

Los grupos socioeconómicamente más vulnerables no solo tienen una prevalencia más elevada de estas enfermedades y sus factores de riesgo sino también una incidencia más temprana de sus complicaciones (Whitehead, 1991), diferencias que pueden ser explicadas desde el paradigma de la determinación social de la salud (Ferrante *et al.*, 2011).

Tabla 3.2  
**Categorías de análisis. Subcategorías y clases.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CLASES
Definición socioeconómica de la población destinataria	Condición de vulnerabilidad	- Población vulnerable - Población específica - Población general
Definición demográfica de la población destinataria	Grupo etario	- Infantes - Niños - Adolescentes - Jóvenes - Adultos - Adultos mayores - Población general
	Sexo	- Solo mujeres - Solo varones - Ambos sexos
Acción propuesta	Tipo de AF fomentada	- Ejercicio físico - Disfrute - Deporte - AF espontánea - Indefinida
	Propósito del fomento de la AF	- Social - Sanitario - Sociosanitario
Prevención de las ECNT	Nivel de la estrategia preventiva	- Promoción - Prevención primaria - Prevención secundaria - Prevención terciaria
Sectores integrantes	Sector/es responsable/s	Nombre del sector
	Sectores participantes	

**Nota.** Fuente: elaboración propia.

Asumido el condicionamiento político, económico y social desfavorable que rige sobre estas poblaciones, y entendiendo que estas diferencias sistemáticas en las condiciones de salud de la población representan una injusticia social (OMS, 2009), se consideró relevante la caracterización de la población destinataria de las intervenciones identificadas.

Puesto que cualidades demográficas como la edad y el género son asociados a diferentes niveles de riesgo para ECNT y perfiles de AF; la

categoría general «población destinataria de la intervención» (población diana) fue desagregada según «**definición socioeconómica de la población destinataria**» y «**definición demográfica de la población destinataria**».

La definición socioeconómica de la población destinataria fue observada a partir de la subcategoría condición de vulnerabilidad. Por medio de esta se pretendió identificar en las intervenciones la presencia o no de un interés particular por abordar las poblaciones con mayor vulnerabilidad. Para esta categoría fueron elegidas las siguientes clases con sus respectivas definiciones operacionales:

- **Población vulnerable:** se interpretó como tal a las personas y colectivos en condiciones de precario reconocimiento de sus derechos. Esta condición puede estar asociada a aspectos económicos (pobreza, situación de calle), socioculturales (colectivo LGBTI), étnicos/raciales (población indígena o afrodescendiente), u otros específicos (personas con discapacidad, población carcelaria).

A su vez, existen situaciones de vulnerabilidad determinadas por problemáticas locales como el caso de las víctimas del conflicto armado en Colombia (Universidad del Valle & Alcaldía de Santiago de Cali, 2017).

También fueron incluidos en esta clase los beneficiarios de programas sociales, por entender a este tipo de asistencia como un conjunto de acciones dirigidas a subsanar la desigualdad de oportunidades y capacidades entre diversidades sociales y culturales para ampliar y garantizar los derechos de los menos favorecidos y equilibrarlos en relación a los que están en una mejor posición, fomentando la movilidad social (Chávez Gutiérrez, 2011).

Esta clase agrupo además a los usuarios del subsistema público de salud; por entender a dicho subsistema como el sector del sistema de salud que dirige y coordina una red de servicios propia destinada a garantizar atención a la población que carece de cobertura

proveniente de algún tipo de seguro social o privado (aunque no siempre exclusivamente<sup>28</sup>) (Arce, 2012; Yavich, Báscolo, & Haggerty, 2010), y por lo cual, su acceso a los servicios de salud queda supeditada a la oferta de dicho sector (o al gasto de bolsillo).

- **Población específica:** fueron incluidas en esta clase las intervenciones que estuvieron dirigidas a personas con una o más características específicas en común (grupo) que las diferenciaba del resto de la población (siempre que no fueran relativas a condiciones de vulnerabilidad descriptas en la clase anterior) y funcionaban como una delimitación concreta en relación a los destinatarios de las intervenciones. Ejemplo de esta caracterización son los usuarios de una determinada obra social o prepaga.
- **Población general:** reúne todas aquellas intervenciones que no estuvieron direccionadas particularmente hacia poblaciones con una caracterización específica capaz de ser incluida en alguna de las clases anteriores (población vulnerable o población específica).

Por su parte, la definición demográfica de la población destinataria fue observada de manera simultánea en dos subcategorías: grupo etario y sexo.

Para la subcategoría grupo etario se delimitaron las siguientes clases con sus respectivas definiciones operacionales:

- **Infantes:** 2 a 6 años.
- **Niños:** más de 6 y hasta 12 años.
- **Adolescentes:** más de 12 y hasta 18 años.
- **Jóvenes:** más de 18 y hasta 29 años.
- **Adultos:** más de 30 y hasta 60 años.

---

<sup>28</sup> Un rasgo distintivo del sistema de salud argentino es que el sector público ofrece servicios a los que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan otro tipo de cobertura (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

- **Adultos mayores:** mayores de 60 años.
- **Población general:** sin discriminación por edad.

La subcategoría sexo no requirió la elaboración de un criterio operacional específico, adoptando las clases **solo mujeres, solo varones** o **ambos sexos** (la cual contuvo a todas aquellas intervenciones que no expresaron su direccionamiento en este aspecto).

De acuerdo con García y González-Jurado (2017), este trabajo entendió indispensable el desarrollo de investigaciones que indaguen más específicamente en los factores que condicionan la práctica de AF para poder contribuir teóricamente al desarrollo de estrategias más efectivas para el fomento de la misma.

La elaboración y ejecución de intervenciones adecuadas exige conocer detalles relativos a los comportamientos sedentarios de la población y a las diferentes formas de abordarlos. Caracterizar las acciones puede ser útil para evitar la superposición de las intervenciones y contribuir al desarrollo de iniciativas complementarias.

En relación con lo anterior, las propuestas para el fomento de la AF también contemplan diferentes variables según sus objetivos estén mayormente delineados en torno al deporte, la educación, la salud, etc. Según la intervención se configure más en relación a un tema que a otro, sus líneas de acción serán consecuentemente definidas y evaluadas en ese sentido.

Una intervención que pretende mejorar los resultados deportivos de alto rendimiento tiene acciones y está dirigida a una población diferente a la de otra intervención destinada, por ejemplo, a disminuir el sedentarismo en poblaciones de alto riesgo cardiovascular (Vidarte Claros *et al.*, 2011).

Por estos motivos se consideró relevante categorizar a las intervenciones según la «**acción propuesta**». Para la observación de esta categoría fueron definidas también dos subcategorías.

Por un lado, en la subcategoría tipo de AF fomentada, las acciones propuestas adoptaron una de las siguientes clases de acuerdo a estas definiciones operacionales:

- **Ejercicio físico:** tipo de AF llevada a cabo con una determinada periodización y cuali/cuantificación de las sesiones, las cuales suelen estar previamente diseñadas en relación a evaluaciones, objetivos y resultados pretendidos.
- **Disfrute:** asociado a un concepto holístico de bienestar (físico, psíquico, emocional o espiritual); caracteriza a la AF que se ejecuta con intenciones lúdicas, recreativas y/o de integración social.
- **Deporte:** comprende la AF desarrollada bajo condiciones específicas preestablecidas por reglamentaciones deportivas, observando una dinámica recreativa o de competencia, pudiendo llegar a representar una situación ocupacional.
- **AF espontánea:** refiere a toda aquella AF realizada durante el día como medio para resolver situaciones cotidianas (Actividades de la Vida Diaria -AVD-).
- **Indefinida:** clase que reúne a las intervenciones que no estuvieron destinadas a promover un tipo específico de AF (por ejemplo, un programa de asistencia a clubes), o bien, a hacerlo en igual medida a más de una de las anteriores (por ejemplo, la oferta de alguna infraestructura de usos múltiples).

Por otro lado, se valoró la acción propuesta teniendo como subcategoría al propósito del fomento de la AF, para lo cual se definieron las clases:

- **Social:** alude a las intervenciones que promocionaron la AF teniendo como propósito principal la obtención de un mayor grado de desarrollo deportivo, educativo y/o cultural.

- **Sanitario:** comprende a aquellas iniciativas que fundamentalmente se propusieron mejorar algún aspecto de la condición de salud de la población por medio del fomento de la AF.
- **Sociosanitario:** refiere a las intervenciones que pretendieron a través de la AF, mejorar tanto aspectos sociales como sanitarios de la población sin priorizar unos a otros.

Es necesario aclarar que las definiciones empleadas para la operacionalización de esta categoría fueron elaboradas solo a ese efecto y no reflejan la construcción teórica respecto de estos conceptos.

Como fue ampliamente abordado en el marco conceptual, se considera inapropiado y poco fructuoso analizar procesos de salud-enfermedad de forma aislada, disociándolos de fenómenos sociales, culturales, económicos y políticos.

En línea con ello se encuentra la decisión de incluir en este trabajo todas las intervenciones que estuvieran destinadas a la promoción de la AF, en lugar de limitar el mismo únicamente a la inclusión y análisis de aquellas que expresaron la intención de incidir sobre las ECNT.

La decisión se fundamenta en el hecho de que las intervenciones tienen un potencial y respuesta que no necesariamente se circunscribe al objetivo para el cual fueron creadas; y en la intención de abordar la complejidad de las ECNT desde una perspectiva más ecológica capaz de enriquecer el análisis desde el paradigma de la determinación social de la salud.

Para el análisis específico de la categoría «**prevención de las ECNT**» fue necesaria una primera clasificación de las intervenciones según hicieran referencia explícita, o no, a la prevención de estas enfermedades. A continuación, las intervenciones fueron caracterizadas dentro de la subcategoría *nivel de la estrategia preventiva* según las acciones planteadas por la intervención respondieran mayormente a alguna de las siguientes clases:

- **Promoción:** entendida como un proceso integral que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y así mejorarla (OMS, 1998). Comprende acciones sobre los ambientes y entornos de vida que colaboren a la adopción de estilos de vida saludables.
- **Prevención primaria:** comprendida como el conjunto de acciones realizadas en una población dirigidas a disminuir su exposición a un factor/condición dañina para la salud antes de que la afección se concrete, con el objetivo de evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud.
- **Prevención secundaria:** asumida como la actividad de búsqueda de enfermedades en sujetos asintomáticos, destinada a la detección precoz y tratamiento oportuno de una enfermedad en su estadio inicial.
- **Prevención terciaria:** refiere al tratamiento o cuidado de una enfermedad instalada para minimizar el empeoramiento de la condición de salud y evitar la producción de complicaciones y recidivas de la enfermedad.

Interpretar las intervenciones en este sentido resulta relevante para examinar el modelo preventivo teórico al cual responden. Rose (1985) propone básicamente la diferenciación de dos tipos de estrategias; las consideradas «de alto riesgo» que se enfocan en el cuidado de los más susceptibles, y las «poblacionales», destinadas a la protección de toda la población influyendo sobre los determinantes de las enfermedades.

Al observar en conjunto las iniciativas a partir de esta categorización se puede analizar la complementariedad de las acciones propuestas. Según Puska (2008), el éxito de una política de prevención y promoción de la salud guarda estrecha relación con la integralidad de la misma, la cual suele ser difícil de alcanzar a partir de la implementación de programas específicos e independientes.

La fragmentación de los programas por la reproducción de la lógica sectorial suele ser un obstáculo frecuente para el desarrollo de este tipo de políticas (Salinas & Vio, 2003; Salinas *et al.*, 2007).

Dado que las ECNT son determinadas por múltiples condiciones/factores y que mucho de ellos escapan a la órbita de acción del sector salud, las estrategias elaboradas para su prevención y control exigen el accionar sinérgico de diferentes sectores (incluyendo sociedades civiles tanto públicas como privadas) para superar las limitaciones propias del sector salud (OPS, 2014; Ferrante *et al.*, 2011).

Para estudiar este aspecto, las intervenciones fueron evaluadas según la categoría «**sectores integrantes**» la cual fue desdoblada en las subcategorías sector/es responsable/s y sectores participantes.

De acuerdo con Cunill-Grau (2014), el significado otorgado al concepto de sector es el de especialidad del conocimiento que responde a la organización funcional del aparato gubernamental<sup>29</sup>.

Por sector/es responsable/s se entendió a aquel que estuvo a cargo de la intervención o coordinó la misma según la información contenida en el texto de las fuentes consultadas o en el detalle de la normativa ofrecido por el buscador (en el caso del buscador de normativas del municipio Rosario).

Se consideraron sectores participantes todos aquellos que no siendo responsables de la intervención fueron parte de la misma en cualquiera de sus etapas. Además de los sectores gubernamentales, en esta subcategoría se incluyeron también entidades civiles públicas o privadas (instituciones deportivas, educativas, ONG, clubes, entre otras).

Para profundizar la descripción de las intervenciones en favor de poder analizar los atributos de la política pública de promoción de la AF, las

---

<sup>29</sup> El nombre original de los sectores (es decir, el presentado en los textos consultados) fue enmendado de acuerdo a las actuales estructuras organizacionales de los gobiernos y son expuestos de acuerdo a estas últimas.

mismas fueron clasificadas también en relación al «**tipo de intervención**» y «**año de inicio**» (Tabla 3.3).

Tabla 3.3  
**Clasificación de las intervenciones.**

INTERVENCIONES	
Tipo	- Programa - Acción específica - Norma jurídica
Año de inicio	- Año de la normativa de creación

**Nota.** Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a su tipo, las intervenciones fueron clasificadas como:

- **Programa:** asumido como una construcción técnico-política compuesta de un conjunto de acciones con los mismos objetivos, organizadas según prioridades preestablecidas que rigen y ordenan la asignación de recursos, y a través de la cual pretende la implementación permanente de una política (Fernández Arroyo & Schejtman, 2012; Rotta Bonfim, Riani Costa & Monteiro, 2012). Al igual que los programas, los planes implican la definición de prioridades, objetivos y metas, pero representan instrumentos más globales que los primeros pudiendo llegar a incluir un número variable de estos. A los efectos de esta clasificación, cuando los planes no pudieron ser descompuestos en programas individuales, fueron incluidos como tales dentro de esta clase.
- **Acción específica:** interpretada como una intervención directa en respuesta a una necesidad bien definida, suele tener una localización espacial y una situación de finalización predefinidas. Representa la asignación concreta de una serie de recursos para la realización de un objetivo específico.

- ***Norma jurídica:*** Entendida como una prescripción que ordena una serie de comportamientos, instituyendo derechos y/u obligaciones (leyes, regímenes, órdenes ministeriales, decretos, etc.).

Por último, el año de inicio de la intervención fue establecido de acuerdo al año de sanción o promulgación de la normativa de creación de la intervención<sup>30</sup>. En aquellos casos en que esta última no pudo ser localizada, se asignó como año de inicio el año en que comenzó a implementarse según las fuentes oficiales consultadas.

---

<sup>30</sup> Independientemente de su coincidencia o no con el año de inicio de la implementación de la misma.

## Capítulo 4. RESULTADOS

### 4.1. Identificación de las intervenciones

#### 4.1.1 Caso Rosario

La búsqueda desarrollada en el digesto de Rosario a través del *Buscador de Normativa* (componente 1) devolvió inicialmente 442 normativas de las cuales, 37 normativas fueron seleccionadas a partir de la lectura de sus títulos, asuntos y fragmentos del texto que incluyeron alguna de las palabras clave (Tabla 4.1).

Tabla 4.1

**Normativas encontradas (E) y normativas seleccionadas (S) resultado de la búsqueda en el *Buscador de Normativa* de la Municipalidad de Rosario según palabras clave y tipo de normativa.**

Palabra clave	Ordenanzas		Decreto		Decreto Consejo Municipal		Resolución / Resol. Concejo Municipal		Total	
	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S
Actividad física	11	8	0	0	14	3	0	0	25	11
Deporte	35	8	28	0	221	4	4	0	288	12
Ejercicio físico	4	2	0	0	3	0	0	0	7	2
Prevención de enfermedad	2	2	1	0	2	0	0	0	5	2
Promoción de la salud	11	1	5	0	7	0	0	0	23	1
Sedentarismo	2	1	0	0	3	0	0	0	5	1
Enfermedad crónica	4	2	0	0	0	0	0	0	4	2
Enfermedad no transmisible	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Enfermedad cardiovascular	2	1	0	0	4	0	0	0	6	1
Diabetes	7	1	1	0	7	0	0	0	15	1
Cáncer	10	1	4	0	21	0	0	0	35	1
Obesidad	6	1	0	0	9	0	0	0	15	1
Sobrepeso	1	1	0	0	2	0	0	0	3	1
Hipertensión	6	0	0	0	3	0	0	0	9	0
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>30</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>296</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>442</b>	<b>37</b>

**Nota.** Los valores totales contienen las normativas duplicadas.  
Fuente: Elaboración propia.

La eliminación de normativas duplicadas redujo el número a 22: 17 ordenanzas y 5 decretos del Consejo Municipal. A partir de ellas, fueron identificadas 22 intervenciones. El número de normativas seleccionadas coincidió con la cantidad de intervenciones identificadas puesto que; en un caso, dos normativas refirieron a una misma intervención, mientras que en otro caso, dos intervenciones fueron captadas a partir de una misma normativa.

La aplicación de los criterios de inclusión posterior a la lectura completa de las normativas condujo a la exclusión de cinco intervenciones: dos<sup>31</sup> por no corresponder a la delimitación temporal establecida para este estudio; y, otras tres<sup>32</sup> por no representar ni conducir a intervenciones concretas (dos de ellas fueron solicitudes de estudio de factibilidad de proyectos enviados por el Consejo Municipal al Ejecutivo Municipal, y la otra, una regulación acerca de los grupos de entrenamiento en espacios públicos).

Durante la búsqueda ejecutada sobre el sitio web oficial de la Municipalidad de Rosario (componente 2) se incluyeron cuatro<sup>33</sup> intervenciones que no habían sido captadas hasta ese momento. En total, 21 intervenciones resultaron incluidas como objetos de estudio del caso Rosario (Tabla 4.2).

#### **4.1.2 Caso Curitiba**

La pesquisa conducida en el *Portal da Transparência* de la Prefeitura de Curitiba (componente 1) arrojó inicialmente un total de 1703 normativas (Tabla 4.3). De la revisión de sus títulos y fragmentos del texto que incluyeron alguna de las palabras clave, fueron seleccionadas 80 normativas. Luego de la extracción de duplicados se obtuvo un total de 44 normativas (25 leyes y 19 decretos).

---

<sup>31</sup> Programa Prevención de la Obesidad - Fondo para el apoyo de la actividad deportiva amateur.

<sup>32</sup> Proyecto de práctica y difusión de deportes adaptados «Querer es poder» - Climatización Progresiva de los Espacios Acuáticos Municipales - Registro de Grupos de Entrenamiento Físico Recreativo en Espacios Públicos.

<sup>33</sup> Circuito de Mountain Bike - Programa «Rosario se mueve, movete con Rosario» - Rosario Juega Rugby - Plan Integral de Movilidad.

Tabla 4.2

**Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física de la Municipalidad de Rosario (Santa Fe, Argentina) en el periodo 2003-2018.**

Nombres de la intervenciones
¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa.
Circuito aeróbico.
Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz).
Circuito de Mountain Bike.
Circuito Municipal (Parque Alem).
Circuito para Práctica Deportiva Recreativa en el Parque Urquiza.
Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra.
Día Municipal de la Bicicleta.
Día Municipal del Deporte por la Diversidad Sexual.
Estaciones Saludables.
Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).
Mi Bici, Tu Bici (MBTB).
Parques para Personas Mayores.
Plan de Desarrollo Deportivo Local.
Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos.
Plan Integral de Movilidad.
Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.
Registro Único de Bicicletas.
Rosario Juega Rugby.
Rosario Previene.
Rosario se mueve, movete con Rosario.

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

A partir de estas normativas fueron identificadas 19 intervenciones puesto que se encontraron más de una normativa refiriendo a una misma intervención.

Luego de la lectura completa de las normativas fueron aplicados los criterios de inclusión por lo que resultaron excluidas seis intervenciones: cuatro de ellas<sup>34</sup> no correspondieron al periodo temporal de análisis de este trabajo, y

<sup>34</sup> Política municipal do esporte - Conselho Municipal de Esportes - Lei de Incentivo ao Esporte - Corridas de Rua.

las otras dos<sup>35</sup> no explicitaron la intención u objetivo de promover la AF (una de ellas es una estrategia ludorecreativa que contempla solo ocasionalmente la práctica de AF, y la otra, un reconocimiento para quienes estimulan el deporte).

Tabla 4.3

**Normativas encontradas (E) y normativas seleccionadas (S) resultado de la búsqueda en el *Portal da Transparência* de la Prefeitura de Curitiba según palabras clave y tipo de normativa.**

Palabra clave	Ley <sup>a</sup>		Decreto <sup>b</sup>		Instrução normativa <sup>c</sup>		Total	
	E	S	E	S	E	S	E	S
Atividade física	109	7	402	10	13	0	524	17
Esporte	102	24	752	18	2	0	856	42
Exercício físico	24	4	57	3	10	0	91	7
Prevenção de doenças	15	3	32	0	4	0	51	3
Promoção da saúde	32	6	70	1	2	0	104	7
Sedentarismo	0	0	0	0	0	0	0	0
Doenças crônicas	1	0	6	0	5	0	12	0
Doenças não transmissíveis	0	0	0	0	0	0	0	0
Doenças cardiovasculares	2	1	0	0	1	0	3	1
Diabetes	4	1	2	0	3	0	9	1
Câncer	15	0	21	0	4	0	40	0
Obesidade	3	1	0	0	0	0	3	1
Sobrepeso	2	1	0	0	0	0	2	1
Hipertensão	2	0	3	0	3	0	8	0
<b>Total</b>	<b>311</b>	<b>48</b>	<b>1345</b>	<b>32</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>1703</b>	<b>80</b>

**Nota.** Los valores totales contienen las normativas duplicadas.

Fuente: Elaboración propia.

<sup>a</sup> Incluyó *Lei, Lei Complementar y Lei Orgânica*.

<sup>b</sup> Incluyó *Decreto, Decreto - Aviso de publicação y Decreto Legislativo*.

<sup>c</sup> Incluyó *Instrução Normativa, Instrução Normativa - Aviso de publicação e Instrução Normativa Conjunta*.

<sup>35</sup> Festival de Férias de Verão e Inverno - Certificado Amigo do Esporte (CAE).

La exploración general desarrollada sobre el sitio web oficial de la Prefeitura de Curitiba (componente 2) permitió incluir cinco intervenciones<sup>36</sup> que no habían sido captadas a partir del digesto. En resumen, el caso Curitiba incluyó 18 intervenciones como objetos de estudio (Tabla 4.4).

Tabla 4.4

**Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física de la Prefeitura de Curitiba (Paraná, Brasil) en el período 2003-2018.**

Nombres de las intervenciones
Academias ao Ar Livre.
Amigo Curitibano.
Baile da Melhor Idade.
Circuito Ciclístico Ciclolazer.
Comunidade Escola.
Empresa Amiga da Bicicleta.
Escola + Esporte = 10 (EE10).
Esporte e Lazer.
Lei da Bicicleta.
Plano estratégico de calçadas (Plan Cal).
Plano Cicloviário (Plan Ciclo).
Política Municipal de Atenção ao Idoso.
Portal do Futuro.
Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes.
Semana Municipal da Capoeira.
Semana Municipal de Skate.
Sistema público de empréstimo de bicicletas.
Vale Transporte Esportivo (VTE).

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

<sup>36</sup> Amigo Curitibano - Lei da Bicicleta - Empresa Amiga da Bicicleta - Circuito Ciclístico Ciclolazer - Baile da Melhor Idade.

### 4.1.3 Caso Santiago de Cali

La búsqueda realizada en el digesto de Santiago de Cali a través del *Sistema de información normativo, jurisprudencial y de conceptos JurisDOC* (componente 1) fue realizada en dos segmentos.

Por un lado, la acción ejecutada a través de la opción *Consulta avanzada* entregó 258 normativas, siendo 21 de ellas seleccionadas a partir de la lectura de sus descripciones y fragmentos del texto que incluyeron alguna de las palabras clave (Tabla 4.5). Seguidamente, la exclusión de las normativas duplicadas redujo el número a 11 (todas ellas decretos municipales).

Tabla 4.5

**Normativas encontradas (E) y normativas seleccionadas (S) resultado de la Consulta avanzada en el Sistema JurisDOC de la Alcaldía de Santiago de Cali según palabras clave y tipo de normativa.**

Palabra clave	Concepto jurídico		Decreto Municipal		Total	
	E	S	E	S	E	S
Actividad física	8	0	62	2	70	2
Deporte	2	0	79	13	81	13
Ejercicio físico	10	0	28	2	38	2
Prevención de enfermedad	3	0	18	1	21	1
Promoción de la salud	0	0	38	0	38	0
Sedentarismo	0	0	1	1	1	1
Enfermedad crónica	0	0	3	1	3	1
Enfermedad no transmisible	0	0	3	1	3	1
Enfermedad cardiovascular	0	0	2	0	2	0
Diabetes	0	0	0	0	0	0
Cáncer	0	0	1	0	1	0
Obesidad	0	0	0	0	0	0
Sobrepeso	0	0	0	0	0	0
Hipertensión	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>235</b>	<b>21</b>	<b>258</b>	<b>21</b>

**Nota.** Los valores totales contienen las normativas duplicadas.

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, la exploración de los *acuerdos municipales* derivó en la selección de 12 normativas sobre un total de 362 (Tabla 4.6). En total, se obtuvieron 23 normativas resultantes, a partir de las cuales fueron identificadas 24 intervenciones.

Este equilibrio entre número de normativas resultantes e intervenciones identificadas surgió de la compensación entre casos en que diferentes normativas condujeron a una misma intervención (o a ninguna), y casos en que normativas extensas (planes de desarrollo) permitieron captar más de una intervención.

Tabla 4.6  
**Normativas encontradas (E) y seleccionadas (S) resultado de la exploración de los *Acuerdos municipales* presentes en el *Sistema JurisDOC* de la Alcaldía de Santiago de Cali según año de publicación.**

Año	Acuerdos Municipales	
	E	S
2003	16	0
2004	27	1
2005	30	2
2006	32	0
2007	27	1
2008	24	2
2009	30	0
2010	23	0
2011	13	0
2012	16	2
2013	21	2
2014	25	1
2015	12	0
2016	18	1
2017	27	0
2018	21	0
<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>12</b>

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de inclusión aplicados tras la lectura completa de las normativas derivaron en la exclusión de siete intervenciones: dos<sup>37</sup> no correspondieron a la delimitación temporal establecida para este estudio; otras cuatro<sup>38</sup> por no representar intervenciones concretas (proyectos), ni conducir a ellas (por falta de información que permitiera su descripción); y, una<sup>39</sup> más por no explicitar la intención de promover la AF (acción de propósito lúdico y recreacional que solo eventualmente incorpora la AF).

La búsqueda desarrollada en el sitio web oficial de la Alcaldía de Cali (componente 2) determinó la inclusión de tres<sup>40</sup> intervenciones que hasta entonces no habían sido incorporadas. En suma, 20 intervenciones fueron incluidas como objetos de estudio del caso Santiago de Cali (Tabla 4.7).

En conclusión, el trabajo incluyó un total de 59 intervenciones (Figura 4.1).

## 4.2 Descripción de las intervenciones

En relación al año de inicio<sup>41</sup> de las intervenciones incluidas en este trabajo, se observa que la distribución general de estas a lo largo del período de estudio (2003-2018) fue irregular, alternando años con elevada incidencia de intervenciones con otros de incidencia escasa o nula (Tabla 4.8).

A nivel particular, tampoco se observa regularidad en la instauración de intervenciones durante el periodo completo de cada caso de estudio, aunque puede verse cierta constancia si se consideran separadamente los ciclos de gobierno desarrollados al interior del periodo (Anexo 1).

---

<sup>37</sup> Comité de Deporte y Recreación Central - Ciclovida.

<sup>38</sup> Proyecto Masificación del Ciclismo - Proyecto de inversión Recreación y Deporte para Comunas - Fondo Municipal de Fomento y Desarrollo del Deporte - Mercadeo deportivo.

<sup>39</sup> Viva el Parque.

<sup>40</sup> Cali Incluye - Carreras y Caminatas – Corredor Verde.

<sup>41</sup> Entendido como el año de sanción o promulgación de la normativa que instauró la intervención. Solo en caso de no contar con ese dato, fue consignado como año de inicio el año en que empezó a implementarse la intervención.

Tabla 4.7

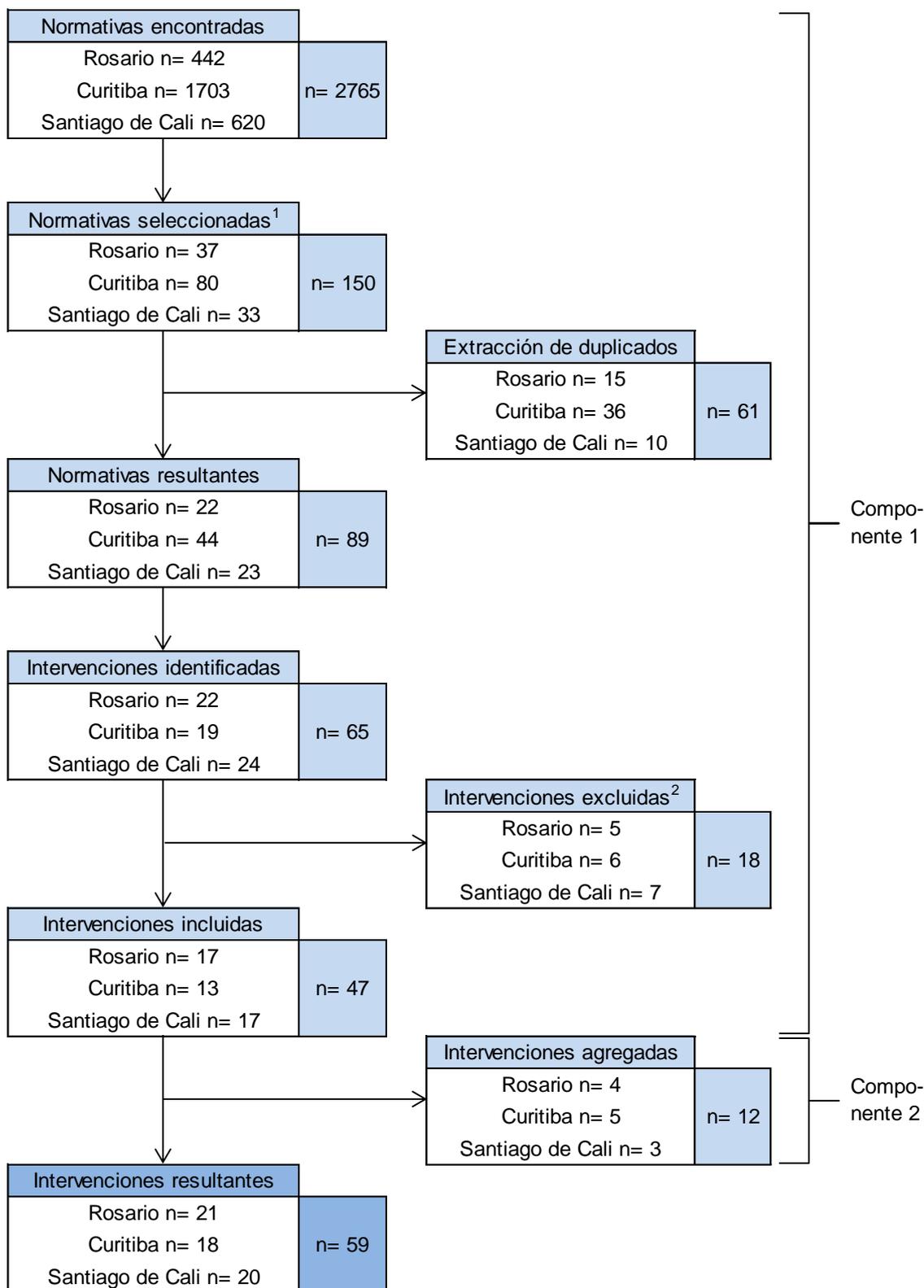
**Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física de la Alcaldía de Santiago de Cali (Valle de Cauca, Colombia) en el período 2003-2018.**

Nombres de la intervenciones
Banco de implementos deportivos.
BiciMIO.
Calendario deportivo anual.
Cali en forma.
Cali Incluye.
Carreras y Caminatas.
Corredor Verde.
Deporte Asociado y de Alto rendimiento.
Deporte comunitario.
Día de la bici y el aire limpio.
Estímulo económico a deportistas.
InCali.
Más Recreo.
Más Vitales.
Plan integral de movilidad urbana (PIMU).
Plan Maestro de Ciclorrutas (PLAMACIR).
Premios Farallones.
Semana del ciclista.
Semilleros deportivos.
Vértigo.

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

Por ejemplo, en el caso Rosario prácticamente la mitad de las intervenciones (10 de las 21 incluidas en total) fueron instituidas durante un mismo ciclo de gobierno<sup>42</sup>. Más concretamente en solo dos años; los años de inicio (2012) y finalización (2015) del ciclo, no registrándose intervenciones en los años intermedios (2013-2014).

<sup>42</sup> Iniciado el 10 de diciembre de 2011 y finalizado el mismo día del año 2015.



**Figura 4.1. Resultados de la estrategia de búsqueda e identificación de intervenciones.**

<sup>1</sup> A partir de la lectura de los títulos y fragmentos del texto que contuvieron las palabras clave.

<sup>2</sup> A partir de la lectura completa de las normativas.

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 4.8

**Número de intervenciones públicas para la promoción de la actividad física creadas en el período 2003-2018, según localidad y año de creación.**

Año	Localidad			Total
	Rosario	Curitiba	Cali	
2003	0	0	0	0
2004	1	1	1	3
2005	0	3	2	5
2006	1	1	0	2
2007	1	0	0	1
2008	2	1	7	10
2009	2	0	0	2
2010	1	0	0	1
2011	0	0	0	0
2012	4	0	3	7
2013	0	3	2	5
2014	0	2	0	2
2015	6	3	0	9
2016	0	3	2	5
2017	0	1	0	1
2018	3	0	3	6
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>59</b>

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

El caso Curitiba expone un fenómeno similar, al estar más de la mitad de sus intervenciones (11 de 18) instauradas durante un mismo ciclo de gobierno (2013-2016)<sup>43</sup>. Agrega además la particularidad de no haber registrado la institución de intervenciones en el ciclo inmediatamente anterior (2009-2012).

<sup>43</sup> Transcurrido entre el 1° de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2016.

Una lectura en este sentido es difícil en el caso de Santiago de Cali puesto que presenta como factor distorsivo la creación del «Plan Local del Deporte, la Recreación y la Educación Física del Municipio de Santiago de Cali como política pública municipal para el fomento de la recreación, la práctica del deporte, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física»<sup>44</sup>.

Elaborado para su desarrollo en el periodo 2008-2019, el Plan estableció de forma permanente la realización de actividades que luego pasaron a ser contenidas en intervenciones más integrales: creación de centros de formación e iniciación deportiva (*Semilleros deportivos*), juegos interescolares, intercolegiados e interuniversitarios (*Más Recreo*), juegos para personas con discapacidad (*InCali*) y feria del deporte extremo (*Vértigo*).

Sumadas al establecimiento de un *Banco de implementos deportivos*, fueron cinco las intervenciones identificadas a partir de este plan, y por ende, en un mismo año (2008). No se encontraron estrategias de este alcance ni en Rosario ni en Curitiba.

En 2019, el vencimiento del plazo proyectado para el desarrollo de dicho plan hizo necesaria la formulación de una nueva estrategia con el propósito de garantizar el acceso a la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre. Así surgió la «Política pública para el fomento del deporte, la recreación y la AF de Santiago de Cali»<sup>45</sup>, un marco estratégico y programático a diez años (2019-2028) construido con base en

---

<sup>44</sup> Adoptado por el Consejo Municipal mediante el Acuerdo 0227 del 31 de diciembre de 2007 y reglamentado por el ejecutivo con el Decreto 0446 del 28 de agosto de 2008.

<sup>45</sup> Esta nueva política se cimienta en cinco líneas estratégicas (fomento del desarrollo social, desarrollo de la ciudad como capital americana del deporte, gestión del conocimiento, fortalecimiento del deporte institucional y de alto rendimiento, y sostenibilidad de las instalaciones deportivas y recreativas) con enfoque de población diferencial y de género, y tiene como principios rectores los prescritos en la «Política Pública Nacional para el desarrollo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre» (Ley 181 de 1995). En su estructura se estima el valor total para la ejecución del primer año, se fija un incremento anual y se señalan los fondos de donde saldrían los recursos para su financiamiento. Además, se identificaron algunos aspectos en los que se debería trabajar articuladamente con otras carteras u organismos de gobierno en aspectos específicos como, por ejemplo, junto a la Secretaría de Salud Pública, en el fomento de la AF y la alimentación saludable en la comunidad para la prevención de las ECNT.

un completo diagnóstico elaborado por el «Observatorio del Deporte, la Recreación y la Actividad Física de Santiago de Cali (ODRAF)»<sup>46</sup>.

El número total de intervenciones incluidas en cada caso no debería ser usado para valorar la intensidad o alcance de la política pública de cada municipio, y menos aún para establecer comparaciones entre ellos. Por un lado, se reconocieron intervenciones iniciadas antes del período de estudio que, no obstante no hayan sido incluidas para su análisis por no cumplir este criterio de inclusión, continuaron vigentes durante dicho periodo contribuyendo así al desarrollo de la política.

Ejemplos de ello en el caso de Curitiba son los «Jogos Escolares de Curitiba» (celebrados desde mediados de la década del 70'), las tradicionales «Corridas de Rua»<sup>47</sup> (vigentes desde 1993) y el internacionalmente reconocido programa «CuritibaAtiva»<sup>48</sup> (iniciado en 1998). En el caso de Santiago de Cali el ejemplo más representativo de esto es el programa «Ciclovida»<sup>49</sup>, implementado desde 1983.

Por otro lado, el alcance o impacto de una sola intervención podría ser incluso mayor al de varias otras juntas, dependiendo de sus características

---

<sup>46</sup> A cargo de Secretaría del Deporte y la Recreación, surge como respuesta a la necesidad de velar por la actualización de información diagnóstica y estadística respecto del deporte y la recreación en el municipio, función delegada a la secretaría por el Decreto 0516 de 2016. El observatorio se propone como un espacio de almacenamiento y análisis de la información con producción de conocimientos en materia de deporte, recreación, AF e infraestructura asociada. Su objetivo central es contribuir a la identificación de problemas y propuestas de mejora para la actualización, formulación y evaluación de políticas públicas relacionadas al deporte y la recreación que garanticen el acceso de todos los grupos poblacionales a estos derechos constitucionales.

<sup>47</sup> En español, Carreras de Calle (traducción propia).

<sup>48</sup> Implementado por la Secretaría Municipal do Esporte, Lazer e Juventude (Secretaría Municipal del Deporte, Ocio y Juventud) junto a las secretarías de Salud, Educación y Abastecimiento para atender a los FR de inactividad física vista la elevada carga de ECNT en la población local. Inicialmente, la estrategia se basó en la divulgación de conceptos teóricos relativos a los beneficios de la AF mediante la distribución de materiales informativos; a la vez que se desarrollaban evaluaciones de aptitud física y prescripción de actividades. Poco después también comenzaron a implementarse actividades de acondicionamiento físico en parques, plazas y centros deportivos (Ribeiro *et al.*, 2010; Díaz del Castillo, Sarmiento, Reis & Brownson, 2011).

<sup>49</sup> Siendo una de las ciclo vías recreativas pioneras de América Latina, es un referente de la promoción de la AF en Cali, con un recorrido total de 34 kilómetros (22 kilómetros en su recorrido central y otros 12 en diferentes barrios de la ciudad).

intrínsecas. La articulación congruente y planificada entre dos programas puede ofrecer una cobertura más completa que la de varios programas aislados que superpongan su cobertura y dejen vacíos por falta de coordinación.

Un ejemplo de articulación positiva fue observado en Santiago de Cali entre los programas *Más vitales* (en ese entonces denominado «Canas y Ganas») y *Cali en forma* (entonces llamado «Cuerpo y Espíritu»). Usuarios de este último que debían abandonarlo por “alcanzar el rango del adulto mayor” quedaban sin la cobertura de actividades de acondicionamiento físico al migrar al programa «Canas y Ganas», cuyas actividades estaban enfocadas en la recreación. Vista esta situación, se estableció que los monitores de «Canas y Ganas» agregaran clases de entrenamiento funcional, con las cuales, además de garantizar la continuidad de la cobertura, se mejoró la oferta de AF con una propuesta más adecuada para esta población.

En lo que refiere al tipo de intervenciones, pudo observarse que algunas propuestas fueron objeto de acciones o programas en los tres casos de estudio.

Programas que implementan ciclovías recreativas están igualmente presentes en Rosario (*¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa*), Curitiba (*Circuito Ciclístico CicloLazer*) y Santiago de Cali («Ciclovida»<sup>50</sup>). Constan básicamente del cierre, parcial o total, al tránsito de vehículos motorizados de determinadas calles y avenidas, los días domingos (también feriados en el caso de Rosario) en horario matutino/vespertino (y también nocturno en el caso de Cali). Así, estos espacios son ofrecidos a la población general como lugares para el ocio y la recreación a través de la práctica de AF, a lo cual se agregan clases o sesiones de AF conducidas por monitores del programa en diferentes sectores de su recorrido.

---

<sup>50</sup> Aunque este programa no se encuentra entre las intervenciones resultantes por haber sido iniciado antes del periodo de estudio de este trabajo.

Una acción común a los tres casos fue el emplazamiento de una serie de equipamientos que guían el esfuerzo de los diferentes grupos musculares y regiones del cuerpo, generalmente sin carga externa, siendo el propio peso el que condiciona y regula el esfuerzo. Denominados *Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto*, *Academias ao Ar Livre*<sup>51</sup> y Parques Biosaludables (en Rosario, Curitiba y Santiago de Cali, respectivamente) suelen estar preferentemente ubicados en espacios también destinados a la práctica aeróbica, tales como el *Corredor Verde*<sup>52</sup> en el caso de Cali. Con ello se pretende facilitar el entrenamiento de capacidades físicas complementarias a la aeróbica tales como la movilidad, la fuerza y la coordinación, entre otras.

En el caso Rosario fue recurrente la prohibición a la circulación vehicular en calles internas y perimetrales de grandes parques de la ciudad, en determinados días y horarios. Con esta estrategia, tres acciones ofrecieron entornos seguros para el desarrollo de la AF: *Circuito de ciclismo Parque Scalibrini Ortiz*, *Circuito Municipal Parque Alem*, y *Circuito para Práctica Deportiva Recreativa Parque Urquiza*.

En cuanto a la participación sectorial se encontró que, en cada uno de los casos y en general (35 de las 59), la mayoría de las intervenciones tuvieron a cargo a la cartera de deportes y recreación, en numerosas oportunidades compartiendo el liderazgo con otras secretarías o áreas de gobierno. Según pudo valorarse con esta categorización, la cartera de salud participó en solo cinco de estas intervenciones (tres en el caso Curitiba<sup>53</sup> y otras dos en el caso Rosario<sup>54</sup>).

---

<sup>51</sup> En español, Gimnasios al aire libre (traducción propia).

<sup>52</sup> Pese a estar presentes en muchos lugares de la ciudad, los parques biosaludables no pudieron ser considerados una intervención en sí misma. No obstante, su existencia pudo ser reconocida puesto que 88 de estos equipamientos fueron instalados a lo largo del *Corredor Verde*.

<sup>53</sup> Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes (Programa Municipal de Prevención y Control de la Obesidad en Niños y Adolescentes), Política Municipal de Atenção ao Idoso (Política Municipal de Atención al Adulto Mayor) y Comunidade Escola (Comunidad Escuela).

<sup>54</sup> Estaciones Saludables y Rosario Previene.

La participación de diferentes sectores en una misma intervención fue encontrada en diferentes programas en el caso Curitiba. De hecho, más de la mitad de ellos (7 de 12) involucraron a tres o más sectores. Por el contrario, en el caso Rosario no se encontraron intervenciones que hayan explicitado la participación de más de un sector de gobierno.

En el caso Santiago de Cali la participación de tres o más sectores fue identificada en tres intervenciones. No obstante, en este caso puede resultar un poco más complejo analizar la participación entre sectores dada la existencia de los definidos «programas transversales». Estos programas reúnen proyectos con objetivos similares o complementarios, y representan la integración y esfuerzo conjunto de cada una de las carteras incluidas en las estrategias contenidas. Los programas transversales tienen por fin evitar la dispersión de recursos y la duplicación de esfuerzos, siendo los ejes estructurales de los planes de gobierno que acompañan a cada gestión.

En todos los casos, la participación de sectores no gubernamentales estuvo mayormente vinculada al deporte por la cooperación con asociaciones, federaciones y/o ligas deportivas; en tanto que la participación del sector privado fue encontrada en pocas intervenciones.

La cooperación con universidades o institutos de formación del área de la educación física y los deportes fue proyectada con la finalidad de obtener ayuda técnica para la elaboración/gestión de proyectos o recursos humanos para la implementación de actividades, como en el caso de las ciclovías recreativas.

En el programa *Circuito Ciclístico CicloLazer* (Curitiba) la universidad con la que se realizó el convenio puso a disposición los monitores o profesores para cubrir todo el circuito, además de un equipo de fisioterapeutas para que participen de las actividades de deporte adaptado. Por su parte, en el programa *¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa* (Rosario) universidades participaron con equipos interdisciplinarios que ofrecieron consejos saludables y guiaron sesiones de estiramientos.

En cuanto a la caracterización de la población destinataria según grupos etarios, en total, siete de cada diez intervenciones estuvieron dirigidas a la población general. Esta relación fue algo inferior en el caso Curitiba donde casi la mitad de las intervenciones definieron la población destinataria según la edad de la misma (Tabla 4.9).

Tabla 4.9

**Número de intervenciones públicas para la promoción de la actividad física creadas en el período 2003-2018, según localidad y grupo etario.**

Grupo etario	Localidad			Total
	Rosario	Curitiba	Cali	
Infantes	16	11	16	43
Niños	18	12	17	47
Adolescentes	20	16	18	54
Jóvenes	19	13	19	51
Adultos	18	11	19	48
Adultos mayores	19	13	17	49
Población general	16	10	16	42
<b>Intervenciones</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>59</b>

**Nota General.** Los números que indican la cantidad de intervenciones en las que fue incluido cada grupo etario contienen a las que estuvieron dirigidas a la población general. Fuente: Elaboración propia.

En general, la población adolescente fue incluida como destinataria de las intervenciones con mayor frecuencia (n=54) que el resto, seguida por la población joven (n=51). En los tres casos se encontró alguna intervención destinada específicamente a los adultos mayores (*Baile da Melhor Idade* y *Política Municipal de Atenção ao Idoso* en Curitiba, *Parques para Personas Mayores* en Rosario, y *Más Vitales* en Santiago de Cali).

Completando la caracterización según aspectos demográficos, en ningún caso se encontraron intervenciones que estuvieran dirigidas exclusivamente a varones o exclusivamente a mujeres (Anexo 2).

En relación a la población destinataria caracterizada según condición socioeconómica, también se observó un fuerte predominio de las intervenciones dirigidas a la población general. En ningún caso se encontraron intervenciones destinadas a poblaciones específicas; y, en total, solo una de cada diez intervenciones estuvo dirigida a la población vulnerable (Anexo 2).

Tres de las seis intervenciones destinadas a la población vulnerable correspondieron al caso Santiago de Cali. La vulnerabilidad de la población a la que se dirigió cada una de ellas estuvo determinada por condiciones diferentes.

El *Estímulo económico a deportistas* entregado a quienes obtengan medallas en Juegos Olímpicos, Paralímpicos, Sordo Olímpicos o campeonatos mundiales oficiales, refiere a la vulnerabilidad asociada a aspectos económicos. Consiste en un Subsidio Municipal de Vivienda complementario, por lo que solo puede ser recibido por deportistas oriundos de Santiago de Cali que presenten una condición socioeconómica de estrato 1 (bajo-bajo), 2 (bajo) o 3 (medio-bajo)<sup>55</sup>.

El programa *InCali* está orientado a revertir la vulnerabilidad específica que sufren las personas con capacidades diferentes. Se trata de un programa que genera estrategias para promover la accesibilidad y participación de esta población y sus cuidadores, en actividades físicas, recreacionales o deportivas adaptadas para su inclusión, con el objeto de mejorar las condiciones de salud de las mismas.

Por su parte, *Cali Incluye* es un programa que se propone la recuperación de los vínculos sociales de poblaciones cuya vulnerabilidad se asocia a diferentes aspectos. Para ello, el programa integra varios componentes: «CaliAfro incluyente e influyente» (destinado a la población

---

<sup>55</sup> Según la Ley 142 de 1994, los predios residenciales de los municipios colombianos corresponden a estratos comprendidos entre el 1 y el 6 (siendo este último el más alto) y evocan las diferentes capacidades económicas de sus moradores. La estratificación se realiza de acuerdo al examen de las características físicas de sus viviendas, el entorno inmediato y el contexto urbanístico o rural de las mismas.

afrodescendiente), «Tradiciones ancestrales» (dirigido a la población indígena), «Actívate con el deporte y la recreación» (orientado a recicladores, personas con orientación sexual diversa [LGBTI], en situación de calle o privadas de su libertad), «Prevención y protección a víctimas», y «Reparación integral» (ambos destinados a las víctimas del conflicto armado interno). Todas estas estrategias promueven actividades de integración e inclusión social a través del deporte y la recreación.

En el caso Rosario se hallaron dos intervenciones con énfasis en el abordaje de la población vulnerable, aunque, en ambos casos, la definición de la misma no fue muy precisa.

El programa *Rosario Previene*, cuya finalidad es promover acciones multinivel para prevenir las ECNT, indica que lo hará “prestando especial atención a los sectores más vulnerables” (Municipalidad de Rosario, 2012, p. 2). No obstante, pese a que contextualmente hace referencia a la necesidad de analizar los determinantes sociales, económicos y culturales; no ofrece definiciones respecto de quienes estarían comprendidos en la categoría de “sectores más vulnerables”.

*Rosario Juega Rugby*<sup>56</sup> es una intervención que promueve la práctica de ese deporte con sentido social en zonas urbanas periféricas de toda la ciudad.

---

<sup>56</sup> Un aspecto que vale la pena destacar de esta intervención es que su primer objetivo es lograr la permanencia del programa y su distribución por toda la ciudad. La estrategia para lograrlo es fomentar la participación de diferentes actores sociales, tales como la Unión de Rugby de Rosario, asociaciones de fútbol amateur, ONG y sectores empresariales.

Por ejemplo, los clubes, asociaciones o fundaciones que participen del programa pueden obtener beneficios como la adaptación de sus espacios deportivos, incentivos fiscales, cobertura de seguro deportivo y exámenes de aptitud física, asesoramiento institucional legal y jurídico y la entrega de indumentaria y equipamiento.

En particular, los clubes de Rugby pueden participar creando espacios de *Rosario Juega Rugby* en su institución y así acceder a los beneficios antes mencionados; o bien “apadrinar” a nuevos clubes, ofreciéndoles asistencia técnica e instrumental a cambio de convenios federativos (filiales) para que los integrantes de estos clubes emergentes terminen su formación deportiva en la propia institución.

Por su parte, las empresas participantes, a partir del aporte de capital, obtienen promociones fiscales de acuerdo al Régimen Municipal de Sponsorización y/o Patrocinio y/o auspicio y/o Tutoría del Deporte.

En lo que refiere a la gestión y toma de decisiones, el diseño y las estrategias del programa deben ser definidas de manera consensuada entre los representantes de la Subsecretaría

Su misión es “contribuir a la formación y educación de niños en situación de riesgo” (Municipalidad de Rosario, 2015, p. 1), y aunque no se describe a qué “riesgo” se hace referencia, cabe interpretar que se refiere a este en un sentido amplio, relativo a múltiples condicionantes socioeconómicos.

La única intervención dirigida a la población vulnerable encontrada en el caso Curitiba fue el programa *Amigo Curitiba*, que promueve acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras para defender los derechos a la integración y socialización de las personas con capacidades diferentes. En el marco de este programa se desarrollan los «Jogos da Integração e inclusão» (Juegos de la integración e inclusión, traducción propia), orientados a fomentar el desarrollo personal y la convivencia social de estas personas a través de la práctica deportiva.

En lo que refiere a la caracterización de las intervenciones según la acción propuesta, en todos los casos la mayoría de las intervenciones tuvo un propósito sociosanitario, mientras que una tercera parte del total hizo referencia únicamente al propósito social (Anexo 3).

Cuatro intervenciones refirieron exclusivamente a un propósito sanitario; dos de ellas en el caso Rosario (*Rosario Previene* y *Estaciones Saludables*) y otras dos en el caso Curitiba (*Academias ao Ar Livre* y *Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes*<sup>57</sup>).

El programa *Estaciones saludables* consiste en establecer puestos de cuidado y promoción de la salud, preferentemente en espacios públicos como parques y plazas. En ellos, las personas pueden realizar AF, hacerse controles simples (mediciones antropométricas, glucemia y tensión arterial) y/o recibir consejería nutricional.

Por otra parte, el *Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes* es una intervención que tiene como

---

de Promoción y Deportes, la Unión Rosarina de Rugby, las asociaciones de fútbol amateur, las ONG relacionadas y el sector empresarial adherido.

<sup>57</sup> En español, Programa Municipal de Prevención y Control de la Obesidad en Niños y Adolescentes (traducción propia).

objetivo promover acciones y servicios dirigidos a prevenir y controlar la incidencia de sobrecarga ponderal (sobrepeso y obesidad) en la población de hasta 18 años de edad.

Participan conjuntamente tres secretarías: de Educación, de Salud y de Deporte, Ocio y Juventud. Cabe a esta última elaborar ejercicios físicos adecuados a esta población y desarrollar acciones para garantizarle la práctica deportiva; en tanto que corresponde a los establecimientos de enseñanza de la Red Pública Municipal (o con convenio) fomentar la práctica de ejercicios físicos de acuerdo a la edad y diagnóstico nutricional del estudiante. Complementariamente, los servicios públicos de salud deben realizar campañas permanentes para incentivar la práctica de AF en niños y adolescentes.

Completando la caracterización de las intervenciones según la acción propuesta; en general, el tipo de AF fomentada con mayor frecuencia fue el deporte, seguida de la actividad física espontánea (AFE) o incidental. Por el contrario, la AF asociada al disfrute (enjoyment) fue el tipo de AF promovida por el menor número de intervenciones (Tabla 4.10) (Anexo 3).

Tabla 4.10

**Número de intervenciones públicas para la promoción de la actividad física (AF) creadas en el período 2003-2018, según localidad y tipo de AF fomentada.**

Tipo de AF fomentada	Localidad			Total
	Rosario	Curitiba	Cali	
Ejercicio físico	5	3	1	9
Disfrute	1	2	3	6
Deporte	5	6	10	21
Actividad Física Espontánea	4	5	5	14
Indefinida	6	2	1	9
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>59</b>

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

En particular, en el caso Santiago de Cali se promovió la AF con énfasis en el deporte (la mitad de las intervenciones fomentaron este tipo de AF). Además de las intervenciones que se propusieron garantizar la oferta permanente de opciones para el desarrollo de la práctica deportiva y la celebración de juegos deportivos, se encontraron tres intervenciones dirigidas directamente a la asistencia de los deportistas.

Al igual que el *Estímulo económico a deportistas*, los *Premios Farallones* aportan a los deportistas destacados un incentivo económico (de otras características y con diferente finalidad), además de un trofeo como reconocimiento a su desempeño. La administración municipal junto a ligas y otras organizaciones deportivas, reglamentan los requisitos y condiciones para escoger, cada año, a los mejores deportistas (no solo de alto rendimiento sino también de nivel social/comunitario) y otras personas vinculadas al deporte como entrenadores, jueces y dirigentes.

El programa *Deporte asociado y de Alto rendimiento* tiene por fin asegurar el acceso, permanencia y afianzamiento de los deportistas y sus clubes, ligas y federaciones a través de un conjunto de iniciativas, entre las que figuran el apoyo a deportistas para la participación de eventos nacionales e internacionales, y la adjudicación de un pase para el transporte local (tarjeta MIO). Además, «Soy selección Cali» es una estrategia en el seno de este programa, que exalta a los deportistas que se destacan por sus desempeños, intentando generar sensaciones positivas derivadas del reconocimiento de sus logros.

También se encontró una intervención dirigida al apoyo directo de deportistas locales en el caso Curitiba. El *Vale Transporte Esportivo (VTE)* consta del depósito mensual de crédito en la tarjeta de transporte de los deportistas, que previamente deben cumplir una serie de requisitos, como tener entre 14 y 18 años de edad, estar matriculado en una escuela pública y asistir a ella regularmente, y representar al municipio en competencias oficiales en caso de ser convocado por este último.

En el caso Rosario no se hallaron intervenciones que beneficiaran directamente a los deportistas. No obstante, se registraron tres intervenciones destinadas a la protección de los clubes deportivos, a diferencia de los casos Curitiba y Santiago de Cali en los cuales no se registró ninguna con este objetivo<sup>58</sup>.

Esto explica la mayor frecuencia de intervenciones que no promovieron un tipo específico de AF (indiferente) en el caso Rosario en comparación con los otros dos. Al ser las instituciones las beneficiarias de las intervenciones, no se pudo precisar qué tipo de AF resultaría promovida como resultado de esa asistencia.

El *Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos* está dedicado a la preservación de estas entidades y su accionar. A través de la celebración de convenios con universidades y colegios profesionales, se brinda orientación a los clubes respecto de la situación dominial de los predios en que se encuentran sus instalaciones, de la situación edilicia de estas respecto de obras no declaradas, del estado crediticio con empresas públicas prestadoras de servicios y de su situación tributaria, entre otros temas.

A partir de la determinación de la situación de los clubes, se pretende aportar opciones para la normalización de irregularidades, la simplificación de trámites con la administración pública (habilitaciones, permisos, subsidios, etc.), la regularización de deudas existentes y la gestión de eximiciones de pago.

De forma similar, el *Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales* (entendidos como aquellos con hasta 2000 socios) ofrece consejería a estas instituciones en las áreas legal, contable y arquitectónica,

---

<sup>58</sup> Esta observación se limita al periodo de estudio comprendido por esta investigación (2003-2018), por lo que no implica que no existieran intervenciones de esas características creadas antes del inicio de dicho período. Por ejemplo, en Curitiba, el «Incentivo ao Esporte» (2002) prevé que los clubes sociales pueden obtener una reducción de hasta el cien por ciento en el Impuesto sobre la Propiedad Predial y Territorial Urbana (IPTU) de aquellos inmuebles vinculados al desarrollo de sus actividades esenciales, siempre que puedan demostrar su inversión social o en deportes.

con el objetivo evitar situaciones que perjudiquen su patrimonio o el normal desarrollo de sus funciones. La asesoría es ofrecida por estudiantes de los últimos años de las carreras de Derecho, Ciencias Económicas y Arquitectura de la Universidad Nacional de Rosario, a partir de un convenio celebrado entre esta y la Municipalidad de Rosario.

En 2007, la intervención *Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra* modificó el artículo 121 de dicho código, haciendo extensivo el beneficio de eximición de esta tasa a todas las entidades deportivas de carácter amateur; y no solo a las que desarrollaran como mínimo una actividad deportiva federada como lo establecía la legislación vigente hasta ese momento (Decreto - Ordenanza N° 9476 de 1978).

Coincidentemente, los tres casos presentaron al menos una intervención dirigida a promover deportes de aventura o de riesgo<sup>59</sup>, sea proveyendo espacios adecuados para su realización (*Circuito de Mountain Bike*), fomentando y difundiendo su práctica (*Semana Municipal de Skate*) o intentando masificar su desarrollo a través de la organización de eventos y el establecimiento de escuelas gratuitas de formación (*Vértigo*).

La AFE fue promocionada con una frecuencia de intervenciones semejante en los tres casos. En todos ellos, se fomentó la utilización de la bicicleta con varias intervenciones específicas.

Los tres casos tuvieron alguna estrategia dirigida a mejorar la integración de los ciclistas a la movilidad o transporte urbano (*Plan Integral de Movilidad en Rosario*, *Plano Ciclovíario en Curitiba*, y *Plan integral de movilidad urbana en Santiago de Cali*). En los casos de Curitiba y Santiago de Cali se encontró

---

<sup>59</sup> Los términos “deportes de aventura o de riesgo” no obedecen a ninguna propuesta taxonómica específica. Por el contrario, se usó esta denominación de forma amplia e inclusiva; consciente de que los exhaustivos debates académicos que rodean al empleo de esta y otras terminologías relacionadas (deportes extremos, deportes no tradicionales, deportes emergentes o nuevas tendencias, etc.) escapan a la naturaleza y objetivo de este trabajo.

además una intervención destinada particularmente a regular el emplazamiento de vías exclusivas para la circulación de bicicletas (*Lei da Bicicleta*<sup>60</sup> y *Plan Maestro de Ciclorrutas*, respectivamente).

Otra estrategia encontrada en todos los casos fue la implementación de un sistema de bicicletas públicas (*Mi Bici, Tu Bici* en Rosario, *Sistema público de empréstito de bicicletas* en Curitiba, y *BiciMIO* en Santiago de Cali). Intervenciones destinadas a difundir y sensibilizar sobre el uso de la bicicleta estuvieron presentes en el caso Rosario (*Día Municipal de la Bicicleta*) y en el Caso Santiago de Cali (*Día de la bici y el aire limpio* y *Semana del ciclista*).

Una intervención de características diferentes a todas las demás fue encontrada en el caso Curitiba. El certificado *Empresa Amiga da Bicicleta* fue creado para incentivar a las empresas privadas a que ofrecieran a sus empleados y clientes condiciones físicas que facilitaran el uso de la bicicleta (bicicleteros, vestuarios, duchas y lockers) a cambio de ese reconocimiento.

El caso Curitiba también tuvo como particularidad que sus cuatro intervenciones delineadas para fomentar el uso de la bicicleta fueron creadas en el mismo ciclo de gobierno (2013-2016).

En lo que refiere específicamente a la prevención/control de las ECNT, fueron encontradas nueve intervenciones que se propusieron explícitamente ese objetivo. Estas se registraron en mayor número en el caso Rosario (n=5) que en los casos Curitiba (n=2) y Santiago de Cali (n=2) (Tabla 4.11) (Anexo 3).

Se destaca el inicio de tres intervenciones con referencia explícita a la prevención/control de las ECNT durante el año 2012, las cuales representan una tercera parte del total de las intervenciones relevadas con esa característica. Los tres programas (*¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa*,

---

<sup>60</sup> La Ley de la bicicleta (en español), instituye a la bicicleta como modalidad de transporte regular y de interés social, definiendo que al menos el 5 % de las vías urbanas deben ser destinadas a la construcción de ciclovías.

*Rosario Previene* y *Rosario se mueve, movete con Rosario*) correspondieron al caso Rosario, y tuvieron diferentes sectores responsables (Secretaría de Gobierno, Secretaría de Salud Pública y Secretaría de Desarrollo Social, respectivamente).

Tabla 4.11

**Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física con referencia explícita a la prevención/control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, creadas en el período 2003-2018, según localidad y año de creación.**

Localidad	Intervención	Año
Rosario	Parques para Personas Mayores	2008
	¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa	2012
	Rosario Previene	2012
	Rosario se mueve, movete con Rosario	2012
	Estaciones Saludables	2015
Curitiba	Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes	2004
	Política Municipal de Atenção ao Idoso	2005
Santiago de Cali	Semana del ciclista	2008
	Día de la bici y el aire limpio	2018

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

En su mayoría, estas intervenciones fueron destinadas a la población general, tanto en lo que hace a la definición demográfica (n=6) como a la socioeconómica (n=8). Respecto de esta última, solamente una de las intervenciones que refirieron explícitamente a la prevención/control de las ECNT estuvo dirigida principalmente a la población vulnerable (*Rosario Previene*).

De acuerdo a la estrategia preventiva propuesta, de las nueve intervenciones que hicieron mención a las ECNT, cinco correspondieron principalmente a estrategias de prevención primaria, y las otras cuatro concordaron principalmente con estrategias de promoción de la salud.

## Capítulo 5. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados plantea la necesidad de revisar aspectos importantes de las políticas de promoción y fomento de la AF, como la representación o manera en que esta última es concebida, y su capacidad para alcanzar a las poblaciones más vulnerables. La trascendencia de un abordaje de la problemática desde el paradigma de los DSS es explorada en pos de estimular la superación de iniciativas que se construyen desde perspectivas exclusivamente biologicistas.

En el período 2001-2011, Colombia exhibió la mayor disminución de las tasas de mortalidad prematura asociada a las ECNT de la Región de las Américas. Escamilla-Cejudo *et al.* (2017) sugieren que ese resultado podría deberse a que, en las últimas décadas, Colombia ha implementado intervenciones dirigidas a promover la salud, desalentando el consumo de tabaco y fomentando la AF a través de mejoras en el transporte público y de la creación del movimiento de las ciclovías.

Evaluar el impacto de las intervenciones de promoción de la AF es difícil puesto que no se han difundido modelos de evaluación que hagan posible su valoración estandarizada. No obstante, los CDC publicaron en 2001 la Community Guide, una guía que permite clasificar las intervenciones de acuerdo a tres enfoques: de información, sociales y de conducta, o ambientales y de políticas (Rodríguez-León & Garzón-Molina, 2013).

A partir de una revisión desarrollada en las principales bases de datos científicas del área, Rodríguez-León y Garzón-Molina (2013) clasificaron los programas de AF desarrollados en Brasil y Colombia, entre 2006 y 2012, de acuerdo a los enfoques propuestos por la Community Guide. Como resultado observaron que el enfoque social y de conducta fue el más frecuente, encontrado en 16 de los 23 artículos seleccionados.

Rotta Bonfim *et al.* (2012) analizaron los programas de AF implementados en el marco de la salud pública de Brasil<sup>61</sup> mediante una revisión de publicaciones realizadas en diez revistas científicas, entre junio de 2006 y junio de 2011. Identificaron diez programas (uno de ellos en Curitiba, «Programa CuritibaAtiva»), la mayoría dirigidos a la población general (caracterización demográfica) y correspondientes a la Secretaria Municipal de Salud (criterio de inclusión) y la Secretaría de Deporte. La diversidad de instrumentos de evaluación empleados condicionó significativamente la comparación de la efectividad de los programas.

Los autores observaron una tendencia a la implementación de clases de gimnasia y caminatas con la intención de enfrentar las ECNT; y señalan el peligro de implementar estas acciones de forma aislada, sin articularlas con acciones permanentes capaces de ofrecer a las personas los medios para desarrollar una vida más físicamente activa. Indican que deben evitarse los abordajes reduccionistas con foco en la enfermedad que a menudo culpabilizan a la víctima (persona inactiva), y elaborar intervenciones destinadas a contrarrestar los determinantes económicos, sociales y culturales que inciden en la adopción de esa condición (Rotta Bonfim *et al.*, 2012).

Al presentar a la inactividad física como un “enemigo común” de toda la sociedad pueden cometerse dos errores: por un lado, situar a la inactividad física como algo externo a la sociedad sin asumir que su origen es inherente a ella; y, por otro lado, restar importancia u ocultar las diferencias socioculturales, económicas y políticas que actúan como condicionantes y afectan de manera diferente a los distintos grupos sociales (Ferreira *et al.*, 2011).

Airasca (2011) señala que la AF requiere ser analizada desde una perspectiva holística y globalizadora, entendiéndola como una forma/modo de vida y no solamente como el “antídoto” o “medio etiológico” de las ECNT.

---

<sup>61</sup> Entendidos estos como cualquier actividad de fomento de la AF ofrecida de forma continua y vinculada a organismos gubernamentales de salud.

Es necesario evitar la medicalización de la AF porque hacerlo implica la biologización de algo social, y en consecuencia, la simplificación inadecuada de un fenómeno complejo (Ferreira *et al.*, 2011). Por ello, este trabajo se propuso el abordaje de las políticas de promoción y fomento de la AF en general, en lugar de limitarse únicamente al análisis de las intervenciones que tuvieran entre sus objetivos la prevención/control de las ECNT a través de la AF.

Comprender que la inactividad física, al igual que la salud, es un fenómeno socialmente determinado, permite poner en tensión ciertos abordajes de esta problemática hasta el momento muy extendidos. Por ejemplo, sería oportuno repensar la pertinencia de intervenciones que se circunscriben casi exclusivamente a la divulgación de los beneficios aportados por la AF, puesto que el desconocimiento de las bondades e importancia de la AF para la salud no suele ser encontrado entre los motivos que explican la ausencia de niveles suficientes de AF.

No considerar debidamente las diferentes condiciones que pueden subordinar a las personas o grupos a un comportamiento inactivo y solo enfatizar en la toma de conciencia sobre la importancia y necesidad de realizar AF, podría incluso significar un doble perjuicio para ellas; en tanto, no solo no consiguen aprovechar los beneficios de su práctica, sino que además se les produce frustración y angustia por no poder hacerlo (en especial, cuando el mensaje difundido conlleva cierto contenido culpabilizante ligado a una presunta falta de voluntad) (Moscoso Sánchez *et al.*, 2013).

Otra consecuencia producida por una percepción “medicalizada” de la AF es su interpretación reducida a la forma de ejercicio físico, que quita de consideración otras formas de AF como la AFE. La AFE no es menos relevante en lo que refiere a beneficios para la salud y se presenta más oportuna, puesto que estudios epidemiológicos recientes demuestran que la falta de tiempo continúa siendo señalada por las personas inactivas como la

principal barrera para la práctica de AF (Universidad del Valle & Alcaldía de Santiago de Cali, 2017; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019).

Frente a posibilidades limitadas de aumentar el tiempo dedicado a la AF durante el tiempo libre o de ocio, realizarla durante los transportes diarios puede representar una opción factible, y en muchos casos, costo relevante. Diversos estudios encontraron asociaciones a nivel individual entre el uso de modalidades de transporte activo para desplazarse al trabajo y resultados positivos de salud, como una menor prevalencia de ECNT (Bacchieri, Petrucci Gigante, & Assunção, 2005; Martin, Panter, Suhrcke, & Ogilvie, 2015).

La promoción del transporte activo representa una oportunidad importante acorde al «enfoque de pequeños cambios» (basado en la promoción de cambios comportamentales aceptables y accesibles); en particular para personas cuyas condiciones personales o sociales tornan poco probable la adopción de cambios más radicales en su comportamiento, como lo sería el inicio de una actividad programada (Martin, Suhrcke & Ogilvie, 2012). El transporte activo suele integrarse más fácilmente a la vida diaria que el ejercicio de tiempo libre, por lo que la AFE resulta una alternativa prometedora para alcanzar un estilo de vida más activo (Marshall *et al.*, 2002).

Un estudio realizado en Pelotas (Brasil) encontró que el 87 % de los trabajadores que usaban la bicicleta para desplazarse al trabajo lo hacían al menos cinco días a la semana, y la duración promedio de los viajes de ida y vuelta era de 57 minutos; por lo que todos ellos superaban el volumen mínimo de AF recomendada solo con estos desplazamientos. El trabajo también evidenció que los trabajadores de nivel socioeconómico más bajo (quintil 1) tienen 15 veces más posibilidades de usar la bicicleta como medio de transporte que los del quintil más alto (quintil 5), debido al ahorro que esta significa en comparación al uso de vehículos motorizados particulares o el transporte público (Bacchieri *et al.*, 2005).

Martin *et al.* (2015) encontraron que las personas con ingresos más bajos y menos nivel de estudio son más proclives a la adopción de modalidades activas de transporte en respuesta a intervenciones desarrolladas en ese sector o sobre la planificación urbana. Ello supone que este tipo de intervenciones pueden contribuir con estrategias integrales destinadas a reducir las inequidades en salud, aun cuando su objetivo primario esté relacionado específicamente al aumento de la sustentabilidad de los medios de transporte o el ordenamiento del tránsito.

El fomento de la AF a través de este tipo de intervenciones implicaría también un ahorro significativo de recursos para el sistema de salud. Un estudio realizado en Noruega calculo que cada persona insuficientemente activa que reemplaza el uso de su automóvil por la bicicleta puede generar una economía de gastos en salud para su comunidad de entre 3000 y 4000 euros por año (Montes *et al.*, 2011).

Múltiples investigaciones evidencian asociaciones positivas entre la implementación de intervenciones y los niveles de uso de la bicicleta. La mayoría de las ciudades que ejecutaron estrategias integrales a partir de intervenciones complementarias (provisión de infraestructura, restricciones al uso de automóviles, entre otras), experimentaron un crecimiento importante tanto de la frecuencia de uso de la bicicleta como del número de usuarios (Pucher *et al.*, 2010).

La integralidad de las propuestas es fundamental por la retroalimentación que se produce entre las acciones específicas, como sucede con el «círculo virtuoso de la seguridad del ciclista». El aumento del número de usuarios y los niveles de uso de la bicicleta, a menudo conllevan una disminución de las tasas de lesiones en ciclistas puesto que estos se vuelven más presentes para los vehículos motorizados, y crece el número de automovilistas que son también ciclistas, lo cual incrementa la sensibilidad y respeto por los derechos de estos. A su vez, el crecimiento de la cantidad de ciclistas estimula el interés público y apoyo político a la temática, incentivando

mayores inversiones en infraestructura y otras medidas en favor del ciclismo (Pucher *et al.*, 2010).

Este tipo de interacciones dificultan la medición aislada del impacto de cada una de las intervenciones. Programas de bicicletas de uso compartido como los encontrados en los tres casos de estudio suelen evidenciar aumentos en los niveles de uso de la bicicleta posteriores a su implementación. No obstante, estos resultados podrían corresponder en parte a las mejoras en infraestructura para la circulación que se realizan en simultáneo (Pucher *et al.*, 2010).

Los desplazamientos a pie también pueden aumentarse considerablemente si se ofrece un entorno urbano apropiado. Evidencias surgidas en ciudades de altos ingresos indican que las personas que viven en lugares con uso diversificado del suelo, mayor densidad residencial y mayor conectividad de sus calles caminan más en sus desplazamientos; por lo que estas características son usadas para ponderar la «caminabilidad» (traducción del inglés, walkability)<sup>62</sup> de un área determinada (Ferreira Hino *et al.*, 2012).

Un estudio realizado en Curitiba demostró que adultos que viven en áreas de alta caminabilidad, independientemente del nivel de ingreso de estas, tienen mayor probabilidad de alcanzar los niveles recomendados de AF a partir del transporte a pie. Los resultados indican que la caminabilidad tiene correlato con la AF y puede contribuir a beneficios para la salud, por lo que el concepto debería incorporarse a las políticas de planificación urbana (Siqueira Reis, Ferreira Hino, Rech, Kerr & Hallal, 2013).

El impacto negativo sobre los niveles de AF producido en los países en desarrollo por la rápida urbanización y el aumento del transporte motorizado, puede ser atenuado con la incorporación del concepto de caminabilidad, la provisión de calles seguras, límites efectivos de velocidad vehicular, aceras

---

<sup>62</sup> El concepto Walkability sirve para operacionalizar el grado en que un lugar facilita los desplazamientos a pie, utilizando para ello las tres variables mencionadas y pudiendo agregarse otras como la densidad comercial.

en buen estado y cruces peatonales bien diseñados (Siqueira Reis *et al.*, 2013; Blanco *et al.*, 2017).

El «Plano estratégico de calzadas (Plan Cal)»<sup>63</sup> encontrado en el caso Curitiba proyectó la implementación de zonas calmas, vías iluminadas («Caminhos de luz») y rutas seguras a la escuela, además de la construcción y revitalización de aceras, pasos de cebra y calles peatonales. De acuerdo con la evidencia, este conjunto de acciones fomenta los desplazamientos a pie, por lo que podría aumentar los niveles de AF de la población.

Las familias que residen en áreas urbanas de alto costo tienen más probabilidades de cumplir sus necesidades de AF que las que viven en zonas menos favorecidas; tanto porque disponen de entornos urbanos adecuados para la práctica próximos a su domicilio, o porque cuentan con ingresos suficientes para afrontar los costos de transporte y/o pago de aranceles de instituciones privadas. Un acceso más equitativo a las oportunidades para la práctica de AF exige intervenciones sobre el entorno urbano, siendo los espacios públicos con instalaciones adecuadas esenciales para las personas con bajos ingresos (Medici, 2017).

La instalación de equipamientos en espacios públicos (del tipo «Gimnasios Urbanos al Aire Libre», «Academias ao ar livre» o «Parques Biosaludables») es una alternativa ampliamente difundida por su bajo costo y exigencias espaciales, que permiten situarlos incluso en parques o plazas ubicadas en el centro de las ciudades (Romo-Pérez *et al.*, 2012). Intervenciones de este tipo fueron encontradas en los tres casos de estudio; no obstante, esto no implica *per se*, un aumento de la accesibilidad para las personas con bajos ingresos. Un estudio sobre la instalación de parques biosaludables en la comunidad autónoma de Galicia, sugiere que la ubicación de estos equipamientos no siguió razones técnicas y se realizó de forma desordenada o de acuerdo a criterios de oportunidad política (Romo Pérez, García Soidán, García Núñez & Chinchilla Minguet, 2010).

---

<sup>63</sup> En español, Plan estratégico de aceras (traducción propia).

Las ciclovías recreativas también vienen siendo extensamente implementadas (encontradas en los tres casos de estudio). Estas han demostrado óptimos niveles de participación y efectos positivos en la salud de la población, con una buena relación costo beneficio (incluso considerando solamente los beneficios sobre la salud de la misma) de 2,3 y entre 3,2 y 4,2 USD por cada dólar invertido en los casos de San Francisco (EE.UU.) y Bogotá, respectivamente (Sá, Tótar García & Andrade, 2017). Aunque resulta compleja, la estimación de los beneficios económicos de los programas de promoción de la AF es importante para la gestión y asignación de recursos por parte de los decisores (Montes *et al.*, 2011).

Hallal *et al.* (2009) entrevistaron a vecinos de Centros de Esporte e Lazer (CEL)<sup>64</sup> para evaluar las intervenciones para la promoción de la AF ofrecidas por la Prefeitura Municipal de Curitiba. Casi la mitad de los consultados indicaron que realizaban AF en espacios públicos como parques, plazas, ciclovías, pistas de caminata y playones deportivos; mientras que un 15 % declaró participar o haber participado de los programas ofrecidos por el municipio. Los programas demostraron tener amplio alcance y conocimiento por parte de la sociedad, aunque la participación en ellos está limitada a quienes consigan acceder a los lugares y horarios específicos en que estos se desarrollan<sup>65</sup>.

Los adolescentes de nivel socioeconómico bajo pueden presentar dificultades para acceder a las actividades que se desarrollan en gimnasios, clubes u otras organizaciones deportivas. Aun cuando estén igualmente interesados que sus pares en mejor posición socioeconómica; la capacidad de los padres para transportarlos y/o afrontar los gastos de transporte, equipamiento y aranceles de inscripción o cuotas societarias está positivamente relacionada a su participación en este tipo de actividades

---

<sup>64</sup> Unidades municipales de características variables que ofrecen cierta programación de actividades para la comunidad, como clases de gimnasia, danza, natación, artes marciales y/o deportes colectivos, de acuerdo a las instalaciones disponibles de cada una de ellas.

<sup>65</sup> Los hallazgos de este trabajo no deberían ser extrapolados al total de la población por haberse trabajado con una muestra pequeña e intencional (adultos residentes cercanos a los CEL), no representativa de toda la población.

(Seabra *et al.*, 2008). La implementación de becas deportivas, bonificaciones para el uso del transporte público y programas de acceso gratuito con dotación del equipamiento requerido para el desarrollo de la actividad, pueden resultar alternativas efectivas para garantizar el acceso de niños y adolescentes de bajo nivel socioeconómico.

En particular, la implementación de becas vinculadas al rendimiento como parte de una estrategia de promoción de la AF debería ser gestionada con especial cautela para evitar que las mismas resulten en un mecanismo que mantenga y reproduzca las inequidades en la distribución del acceso a la práctica de la AF. Retirar a los individuos con potencial deportivo de sus contextos sociales deficitarios podría no ser la mejor opción de política pública, en tanto no solo no mejora las condiciones de accesos para el resto de su comunidad, sino que además priva a esta de los efectos positivos que ese caso podría reflejar en sus pares.

Breilh (2013b) señala que el modelo de rendimiento en el deporte desplaza al modelo educativo de una AF solidaria y participativa; y equipara esta situación a lo que en el campo de la salud sucede con el paradigma hegemónico de la medicina curativa/medicalizada y el paradigma de prevención y promoción de la salud, respectivamente. Por ello advierte que, pese a ser el modelo educativo y el paradigma preventivo más adecuados para la construcción de modos de vida más saludables; el poder económico suele fomentar el modelo de rendimiento y los abordajes curativos por encontrar en ellos mayor potencial lucrativo.

La organización de grandes eventos deportivos ha sido encontrada como una estrategia de promoción del deporte y la AF. Se trata de una decisión controvertida, puesto que el estudio de experiencias recientes evidencia tanto casos con resultados positivos como negativos. Weishaupt Proni (2009) apunta que las ciudades de Barcelona y Sidney lograron aprovechar su condición de anfitrionas de los Juegos Olímpicos para conseguir mejoras considerables en su sistema de transporte y en aspectos ambientales, respectivamente; mientras que el balance de los Juegos Panamericanos de

Rio de Janeiro y Juegos Olímpicos de Atenas indica un uso abusivo de los recursos públicos. Los megaeventos deportivos pueden servir para captar y acelerar las inversiones sobre la infraestructura urbana, dinamizar el turismo y generar puestos de trabajo; o pueden también devenir en una gran deuda pública, estructuras ociosas y denuncias por sobrefacturación y corrupción, como en el caso de la capital griega.

La Alcaldía de Santiago de Cali (2012) dedicó una atención específica a la organización de eventos deportivos de proyección plurinacional por entender que estos:

se pueden organizar con inversiones muy razonables, constituyen plataformas extraordinarias para el aprovechamiento de los excelentes equipamientos deportivos de la ciudad en pro de su promoción internacional, la generación de espacios de convivencia y el fomento al ejercicio como pilar clave de la calidad de vida y la salud (p. 219).

En su plan de desarrollo 2012-2015, la Alcaldía de Santiago de Cali (2012, p. 231) estableció un programa específico (denominado «Cali Capital Deportiva») dedicado a ocuparse de la realización de los eventos programados y de la postulación de Cali como sede de futuros eventos deportivos de carácter internacional y así “promover el turismo hacia la ciudad y fomentar una cultura saludable de ejercicio y convivencia entre sus habitantes”.

Un análisis integral respecto de la organización de megaeventos deportivos requiere la consideración de múltiples aristas además de su potencial como estrategia de promoción de la AF, por lo que la complejidad de una exploración adecuada del tema excede al alcance de este trabajo. No obstante, de modo general, podría afirmarse que disponer de procedimientos democráticos para la toma de decisiones con participación de organizaciones sociales, autoridades gubernamentales comprometidas con los intereses sociales, y procesos que garanticen la transparencia en la elaboración y ejecución de los presupuestos, son aspectos fundamentales

para la obtención de un legado positivo como resultado de la organización (Weishaupt Proni, 2009; Breilh, 2013b).

En resumen, las intervenciones destinadas a estimular el transporte activo pueden ser efectivas para incrementar los niveles de AFE de las personas, y así mejorar su condición de salud y economizar recursos de los servicios públicos de salud. Además, estos beneficios parecen ser especialmente aprovechados por las poblaciones económicamente vulnerables.

Acciones destinadas a la población general como la instalación de equipamientos en espacios públicos, ciclovías recreativas y sistemas de bicicletas públicas son comúnmente adoptadas. Aun cuando su eficiencia pueda ser difícil de ponderar, estas intervenciones cuentan con las características adecuadas para fomentar la práctica de AF de manera costo-efectiva.

En cambio, estrategias como la organización de megaeventos deportivos y la oferta de becas deportivas cuyo otorgamiento se encuentre sujeto a la obtención de logros (rendimiento), son objeto de cierta controversia cuando son implementadas como intervenciones públicas para el fomento de la AF. Futuros trabajos que exploren estas estrategias podrían ser útiles para valorar la pertinencia de su desarrollo en el marco de políticas públicas de promoción de la AF.

## **Capítulo 6. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA**

### **6.1 Conclusiones**

Los resultados obtenidos a partir de la revisión documental desarrollada para analizar las políticas públicas de promoción de la AF para la prevención y control de las ECNT en los municipios Rosario, Curitiba y Santiago de Cali, entre los años 2003 y 2018, han permitido acceder a interesantes conclusiones con el propósito de generar aportes para optimizar la planificación, gestión y desarrollo de intervenciones destinadas a promover la AF.

La distribución de las intervenciones a lo largo del período de estudio fue inconstante a nivel general y particular de cada caso. La ausencia de regularidad o crecimiento del número de intervenciones implementadas en los últimos años de estudio podría indicar que, hasta el momento, la promoción de la AF no es considerada un aspecto prioritario de forma permanente por parte de los gobiernos locales.

La fluctuación del número de intervenciones implementadas en cada caso a lo largo del periodo de estudio permite valorar que la incidencia de estas se encuentra relacionada a los ciclos de gobierno. La presencia de la promoción de la AF en la agenda de las políticas públicas locales está intensamente condicionada por las voluntades de las autoridades de turno.

La definición de políticas públicas de promoción de la AF capaces de trascender la duración de los periodos de gobierno es clave para enfrentar problemas complejos y de larga evolución como lo son la inactividad física y las ECNT. Su instauración a partir de los procesos institucionales correspondientes es importante en pos de garantizar la sostenibilidad de las mismas.

El «Plan Local del Deporte, la Recreación y la Educación Física» observado en el caso Santiago de Cali es un ejemplo de ello. Este sirvió para consolidar intervenciones que se mantuvieron presentes (y en casos incluso ampliadas)

en los sucesivos Planes de Desarrollo de los diferentes ciclos de gobierno a lo largo del periodo pautado (2008-2019).

El renombramiento de las intervenciones fue frecuente con la llegada de nuevas autoridades a la administración municipal; no obstante, a menudo esto no implicó su interrupción. Por ello, analizar la continuidad de las intervenciones a lo largo del tiempo, exige ir más allá de su denominación y profundizar en la descripción de las mismas.

El establecimiento de indicadores con su línea de base y metas, y la fijación de una línea presupuestaria, se saben elementos cruciales para la evaluación de resultados y sostenibilidad de las políticas e intervenciones. La «Política pública para el fomento del deporte, la recreación y la actividad física» (continuación del anterior para el período 2019-2028) contiene estos elementos para cada estrategia, componentes y línea de acción planteadas, por lo que podría ser considerada un modelo para la elaboración de otras políticas.

Construcciones de estas características contribuyen a mejorar la cobertura de las intervenciones como conjunto, al mejorar su articulación y disminuir el solapamiento entre las mismas. Por ello, el número de intervenciones no debe ser considerado aisladamente como un indicador de la cobertura de la política a la cual responden.

El hallazgo de propuestas de promoción de la AF presentes en los tres casos, sugiere que ciertas alternativas son comúnmente bien valoradas como intervenciones públicas por los gestores locales de municipios de las características de los estudiados en este trabajo. La implementación de ciclovías recreativas, la instalación de equipamientos en espacios públicos y la creación de sistemas de bicicletas públicas son ejemplo de ellas.

En cambio, las estrategias desarrolladas para garantizar la oferta de infraestructura para la práctica de AF fueron diferentes en cada caso. Curitiba decidió la creación y gestión de un número importante de Centros de Deportes y Recreación (instalaciones propias) distribuidos por todo el

municipio; mientras que Rosario optó por ofrecer asistencia a los clubes de la ciudad para que permanezcan en funcionamiento ejerciendo su función social y/o deportiva. Por su parte, Santiago de Cali dispuso el alquiler de sus instalaciones deportivas de mayor porte para financiar su mantenimiento y gestión a través del uso compartido de las mismos.

La participación conjunta de diferentes sectores de gobierno, observada a partir de las fuentes consultadas, fue muy variable entre los casos. Común en los programas del caso Curitiba, difícil de considerar (aunque previsible producto del establecimiento de programas transversales) en el caso Santiago de Cali, e implícita en las intervenciones del caso Rosario. La ausencia de intervenciones con participación manifiesta de más de un sector (secretarías) en el caso Rosario indicaría una acentuada debilidad en términos de participación intersectorial. No obstante, una mejor interpretación de este hallazgo requiere la exploración de otras fuentes de información para desestimar que el mismo se deba a un sesgo propio de la naturaleza de los instrumentos normativos y contenidos web consultados.

El sector Deportes fue responsable y participó de la mayoría de las intervenciones, en tanto que la participación explícita del sector Salud fue esporádica. Asumida la existencia de una construcción teórica sólida respecto de la relación entre AF y salud; este hallazgo podría deberse a una valoración reducida de parte de los decisores de la cartera de salud respecto de la importancia de la práctica de AF como elemento de promoción de la salud y prevención de enfermedades en comparación con otros asuntos.

La cooperación con el sector no gubernamental se estableció oportunamente con instituciones educativas (en especial en el caso Rosario) y organizaciones deportivas. En cambio, la articulación observada con empresas privadas fue escasa y amerita la planificación de nuevas y mejores estrategias para conseguir una mayor participación del sector; sabido que, la gestión de intervenciones holísticas para el fomento de la AF de acuerdo al modelo de los DSS requieren un amplio compromiso intersectorial.

La instauración de algún dispositivo de gestión que garantice el vínculo permanente entre los sectores Salud y Deportes respecto del fomento de la AF podría resultar un aporte significativo. Aun mejor, el establecimiento y consolidación de una Mesa de Trabajo Intersectorial<sup>66</sup> que comprenda simultáneamente a sectores gubernamentales y no gubernamentales, públicos y privados (similar a la establecida para la gestión del programa “Rosario Juega Rugby”, pero de alcance general a toda la política de promoción de la AF), podría aumentar la participación y compromiso de todos ellos, y promover diferentes perspectivas para el abordaje de la promoción de la AF desde paradigma de los DSS.

Con base en el predominante direccionamiento de las intervenciones hacia la población general en lugar de grupos etarios específicos, y la ausencia de intervenciones dirigidas exclusivamente a varones o mujeres; podría señalarse que el abordaje de la población destinataria en términos demográficos fue definido en todas las políticas con cierta preferencia por la estrategia poblacional respecto de la estrategia de alto riesgo. No obstante, en los tres casos la población adulta mayor (grupo etario con mayor prevalencia de inactividad física) fue destinataria específica de al menos una intervención.

De la misma manera, la población socioeconómicamente vulnerable solo fue destinataria específica de intervenciones suficientes para comprender las diferentes vulnerabilidades de forma integral en el caso Santiago de Cali. Las intervenciones de promoción de la AF destinadas a poblaciones vulnerables del caso Rosario fueron ambas inespecíficas; mientras que la intervención encontrada en el caso Curitiba solo contempló la condición de vulnerabilidad propia de las personas con capacidades diferentes.

Aunque se encontraron algunas intervenciones que, pese a no estar dirigidas concretamente a la población vulnerable, han incorporado acciones particulares para mejorar la inclusión de algunos grupos de esta; el bajo

---

<sup>66</sup> Entendida como un espacio de gestión interdisciplinario en el que diferentes actores discuten y reflexionan acerca de la definición de una problemática y de la construcción de posibles soluciones (Ministerio de Salud de la Nación, s. f.).

direccionamiento específico de las intervenciones de los casos Rosario y Curitiba podría implicar una insuficiente capacidad de sus políticas de promoción de la AF para contrarrestar las inequidades que suelen sufrir estas poblaciones.

El propósito de las intervenciones incluyó el aspecto sanitario junto al social en la mayoría de estas, siendo pequeño el número de intervenciones con propósito particularmente sanitario. Aun no representando esto un problema en sí mismo, es preciso considerar que acciones estratégicas específicas desde la perspectiva sanitaria pueden ser necesarias para complementar el abordaje de la problemática impulsado por iniciativas poblacionales.

El deporte fue el tipo de AF fomentado con mayor número de intervenciones. La creación de programas para la práctica de deporte comunitario como estrategia para la integración social de los diferentes sectores (en especial de los vulnerables) fue una propuesta común a todos los casos.

Además, en el caso Rosario se proyectó el estímulo del deporte a partir de la asistencia a los clubes, mientras que en los casos Curitiba y Santiago de Cali la asistencia fue ofrecida directamente a los deportistas. En particular, en el caso Santiago de Cali la ayuda estuvo asociada al alcance buenos resultados en competencias e incluyó al deporte de alto rendimiento.

El fomento de la AFE estuvo presente en todas las políticas, en especial a partir del estímulo al uso de la bicicleta y la integración de modalidades de transporte activo a la movilidad urbana. Iniciativas dirigidas a mejorar las condiciones para la movilidad no motorizada pueden ser interpretadas como acciones en favor de la democratización del espacio público.

Las políticas públicas de fomento de la AF representan para los gobiernos locales una posibilidad para la elaboración de estrategias que, además de ser una acción fundamental en términos de salud pública para enfrentar el desafío epidemiológico de las ECNT, permiten el abordaje transversal e intersectorial de objetivos diversos y complejos como el fortalecimiento del tejido social, el progreso hacia modos de vida más sustentables y la

neutralización de algunas inequidades producidas por desigualdades económicas y sociales.

Al igual que se advirtió con las intervenciones para el fomento de la AF en general, la incidencia de intervenciones con referencia explícita a la prevención de las ECNT fue irregular y no evidenció un crecimiento sostenido a lo largo del período de análisis ni énfasis en la población socioeconómicamente vulnerable.

El hallazgo particular observado en el caso Rosario, en el cual tres intervenciones con mención específica a las ECNT fueron iniciadas en un mismo año por sectores de gobierno diferentes, permite inferir el establecimiento de estas enfermedades como un objetivo transversal de ese período de gobierno.

Sumadas a otra intervención con esta característica iniciada dentro del mismo período de gobierno; cuatro de las nueve intervenciones encontradas en total fueron iniciadas por una misma gestión. Utilizando a la AF como trazador se puede afirmar que, como se observó para la promoción de la AF en general, la intensidad con que las ECNT integran la agenda de gobierno no responde de manera lineal a la gravedad de la situación epidemiológica sino que depende fuertemente de las convicciones de las autoridades de cada administración.

Puede concluirse que la generación de intervenciones debidamente instrumentadas por normativa, que tributen coordinadamente a políticas explícitas asumidas como planes integrales dotados de objetivos, lineamientos generales, metas y presupuestos, es un desafío vigente para que las acciones de promoción de la AF para la prevención de las ECNT gestionadas por las administraciones locales sean más efectivas y capaces de trascender en el tiempo más allá de las intenciones y valoraciones de las autoridades en curso.

## **6.2 Prospectiva y limitaciones**

Los resultados y reflexiones producidos por investigaciones a menudo cuentan con una baja capacidad para influir en la agenda política y ello se debe, en parte, a la pobre articulación entre el diseño de las mismas y los aspectos que interesan a la gestión. La exploración exhaustiva de las intervenciones creadas por gobiernos locales de tres grandes ciudades latinoamericanas en un período de 15 años realizada en este trabajo, aporta una caracterización de las mismas en torno a atributos inherentes a la gestión, tales como las acciones propuestas, la población destinataria y los sectores participantes.

La descripción de las intervenciones a partir de la información recuperada y los perfiles de las políticas construidos en base a ella, asociado a la discusión teórica-conceptual de los contenidos de mayor relevancia para la temática, pueden constituir un material de apoyo para los gestores, decisores y actores claves que entienden en la formulación y gestión de políticas de promoción de la AF y de control de las ECNT.

A diferencia de otros estudios destinados a analizar políticas públicas, esta investigación construyó los perfiles de las políticas en cuestión con una metodología propia que incluyó documentos oficiales de diferente naturaleza, en lugar de estructurarse solo en base a materiales publicados en el marco de las políticas bajo análisis. De esta manera, este trabajo no solo ofrece puntos de referencia para el establecimiento de comparaciones con políticas públicas de promoción de la AF de otros municipios; aporta además una metodología original capaz de ser utilizada (con los ajustes pertinentes al caso) para el estudio de políticas públicas en general, independientemente del área a la que correspondan.

El empleo de únicamente fuentes secundarias, limitó la profundidad del conocimiento alcanzado en este trabajo respecto de las relaciones establecidas en la gestión de las intervenciones entre los diferentes sectores de gobierno, y de este con de la sociedad civil. Nuevos estudios que incorporen fuentes primarias de información podrían resultar de mucha

utilidad para ahondar la comprensión de dichas relaciones, e incluso incorporar el análisis de los vínculos establecidos entre el gobierno local y los niveles provincial, regional y/o nacional.

Por razones de factibilidad, la exploración del proceso de implementación y los resultados de las intervenciones no formaron parte de esta investigación. No obstante, este estudio podría representar un valioso punto de partida para futuras investigaciones que se propongan indagar esos aspectos.

Las ECNT y la inactividad física representan uno de los mayores desafíos para la salud pública a nivel mundial, con la complejidad de no poder ser abordados de forma adecuada únicamente desde el propio sector. Políticas públicas cuyo objetivo es conseguir transformaciones profundas en el comportamiento individual y social de la población, requieren también transformaciones profundas y relaciones intensas entre los sectores que participan de su diseño y gestión.

Nuevas investigaciones que aporten conocimientos y herramientas para repensar las políticas públicas de promoción de la AF son necesarias para mejorar la capacidad de las mismas para aumentar los niveles de AF de la población y reducir el impacto de las ECNT.

## Capítulo 7. REFERENCIAS

- ACES Europa. (s. f.). *Cali, American Capital of Sport 2019*. <http://aceseurope.eu/cali-american-capital-sport-2019/>
- Airasca, D. (2011). La actividad física, antídoto de las enfermedades de la civilización. *Boletín electrónico Red Nacional de Actividad Física y Desarrollo Humano*, 1(8).
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012-2015 «CaliDa, una ciudad para todos»*. [https://issuu.com/natucreativa/docs/plan\\_de\\_desarrollo\\_municipal\\_cali](https://issuu.com/natucreativa/docs/plan_de_desarrollo_municipal_cali)
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2017). *Caracterización de recursos y capacidades del sector deporte de Santiago de Cali*. <https://www.cali.gov.co/deportes/publicaciones/130338/ODRAF/>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2019). *Política pública del deporte, la recreación y la actividad física de Santiago de Cali*. <https://www.cali.gov.co/deportes/publicaciones/146349/politica-publica-del-deporte/>
- Alessandro, L. (2002). *Municipios saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina*. Buenos Aires: OPS.
- Alleyne, G. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe: consideraciones relativas al programa de políticas. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 157-164). Washington, D.C.: OPS.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 905-925.
- Almeida C., & Báscolo E. (2006). Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literatura. *Cad. Saúde Pública* 22(Suppl), S7-S19.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Álvarez, L. S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95-101.

- Andrade De Souza, C., Fermino, R. C., Rodriguez Añez, C. R., & Siqueira Reis, R. (2014). Perfil dos frequentadores e padrão de uso das academias ao ar livre em bairros de baixa e alta renda de Curitiba-PR. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 19(1), 86-97.
- Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina*, 72(5), 414-418.
- Argentina. (s. f.). *Área Metropolitana de Rosario*. Consultado el 16 de marzo de 2020 <https://www.argentina.gob.ar/dami/noreste/metropolitana-de-rosario>
- Ariza, M., & Gandini, L. (2012). El análisis comparativo cualitativo como estrategia metodológica. En M. Ariza & L. Velazco (Eds.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre migración internacional* (pp. 497-537). México D.F.: UNAM.
- Ase, I., & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47.
- Bacchieri, G., Petrucci Gigante, D., & Assunção, M. C. (2005). Determinantes e padrões de utilização da bicicleta e acidentes de trânsito sofridos por ciclistas trabalhadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1499-1508.
- Banco Mundial. (2005). *Brazil addressing the Challenger of non-communicable disease in Brazil. Document of the World Bank; Report 32576-BR*. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/8334/325760BR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Banco Mundial. (s. f.). *Esperanza de vida al nacer, total (años) 2016*. Consultado el 06 de noviembre de 2018. [https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?name\\_desc=false&view=map](https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?name_desc=false&view=map)
- Barengo, N. C. (2015). Áreas demostrativas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Desafíos*, 9(1), 7-9.
- Báscolo, E. (2011). Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2763-2772.
- Báscolo, E. P. (2010). La interacción entre investigación y los procesos de implementación de las políticas de salud en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(19), 12-19.

- Báscolo, E., Yavich, N., & Ponce, N. (2011). Vínculos entre la investigación y la toma de decisiones: análisis de las relaciones en el marco de cinco proyectos de investigación. En A. Hernández Bello, & C. Rico de Sotelo (Eds.), *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: Investigación y políticas* (pp. 369-389). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Batista Madeira, F., Almeida Filgueira, D., Magalhães Bosi, M. L., & Devidé Nogueira, J. A. (2018). Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 106-115.
- Batista Munhoz, D., Lacerda de Jesus, J. A., Abrahão Costa, M., & de Souza, E. M. (2009). Neoliberalismo e Estado mínimo: repercussões na atenção à saúde no Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 20(3), 271-276.
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).
- Bermúdez Garcell, A. J., Serrano Gámez, N. B., & Leyva Montero, M. D. L. Á. (2019). La importancia del ejercicio físico para disminuir la obesidad y su riesgo cardiovascular. *Correo Científico Médico*, 23(1), 275-280.
- Bielemann, R. M., Knuth, A. G., & Hallal, P. C. (2010). Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 15(1), 9-14.
- Blanco, A., Jacoby, E., Monteiro, M., Caixeta, R., Smith, B., Grajeda, B., & Santos-Burgoa, C. (2017). Factores de riesgo en las Américas: orígenes de la carga. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 25-33). Washington, D.C.: OPS.
- Branco Fraga, A. (2016). El sedentarismo es... *Saúde e Sociedade*, 25(3), 716-720.
- Breilh, J. (2007). *La actividad física y el deporte como determinantes de la salud: introducción*. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3573>
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. P. Nogueira (Ed.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 87-125). Rio de Janeiro: CEBES.
- Breilh, J. (2013a). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.

- Breilh, J. (2013b). *La negación del deporte como lógica de la vida y la salud: mega-espectáculos; cara visible y contradictoria del carácter predatorio y malsano del deporte-negocio* [ponencia]. IX Jornadas Bolivarianas, Instituto de Estudios Latinoamericanos, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3351/1/Breilh%2c%20J-CON-095-La%20negacion.pdf>
- Cabarcas Montes, F. E., & Agudelo Calderón, C. A. (2003). Indicadores de evaluación de la estrategia de municipios saludables por la paz en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 180-197.
- Cabrera, G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista facultad nacional de salud pública*, 18(2).
- Cabrera, G., Gómez, L., & Mateus, J. C. (2004). Actividad física y etapas de cambio comportamental en Bogotá. *Colombia médica*, 35(2), 82-86.
- Camacho Dias, P., Henriques, P. Dos Anjos, L. A., & Burlandy, L. (2017). Obesidade e políticas públicas. Concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), 1-12.
- Campos, A. C., Robledo-Martínez, R., Arango-Soler, J. M., & Agudelo-Calderón, C. A. (2012). Evaluación de la política pública de escuela saludable en Colombia: fase de formulación (1999-2006). *Revista de salud pública*, 14, 744-754.
- Cansino, K., & Gálvez, H. (2014). Determinantes de la participación en actividades físicas en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 151-155.
- Carrasco, F. N., & Galgani, J. F. (2012). Etiopatogenia de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 129-135.
- Carvalho Dumith, S., Neres dos Santos, M., Ortiz Teixeira, L., Coelho Cazeiro, C., Ito Mazza, S. E., & Almeida Cesar, J. (2016). Prática de atividade física entre jovens em município do semiárido no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 21, 1083-1093.
- Castiel, L. D., & Álvarez-Dardet Díaz, C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Chávez Gutiérrez, M. R. (2011). Los referentes conceptuales del desarrollo social. *Revista Universitaria de Desarrollo Social*, 1(1), 39-84.
- Chávez, B. M. (2009). Limitantes de la estrategia de Municipios Saludables como política pública en Antioquia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 264-270.

- Chávez, B. M., & Arbeláez, M. P. (2008). La estrategia de municipios saludables como política pública, Antioquia, Colombia, 2007. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(1), 40-49.
- Cockerham, W. C. (2014). The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1031-1039.
- Coelho-Ravagnani, C. F., Lemos Melo, F. C., Ravagnani, F. C. P., Paganini Burini, F. H., & Burini, R. C. (2013). Estimativa do equivalente metabólico (MET) de um protocolo de exercícios físicos baseada na calorimetria indireta. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 19(2), 134-138.
- Collier, D. (1993). Método comparativo. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 5, 21-46.
- Concha-Eastman, A., & Guerrero, R. (1999). Vigilancia epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(4/5), 322-331.
- Cornejo-Barrera, J., Llanas-Rodríguez, J. D., & Alcázar-Castañeda, C. (2008). Acciones, programas, proyectos y políticas para disminuir el sedentarismo y promover el ejercicio en los niños. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 616-625.
- Correa Bautista, J. E. (2010). *Documento marco que sustenta la relación del grupo de investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano con los currículos de los programas de pregrado de Rehabilitación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Cuadrado, C., Palacios, A., Miller, T. & Legetic, B. (2017). Indicadores para el monitoreo de la dimensión socioeconómica de las enfermedades no transmisibles: estudio piloto en Chile. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 41-54). Washington, D.C.: OPS.
- Cuadri Fernández, J., Tornero Quiñones, I., Sierra Robles, Á., & Sáez Padilla, J. (2018). Revisión sistemática sobre los estudios de intervención de actividad física para el tratamiento de la obesidad. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (33), 261-266.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 23(1), 5-46.

- Cunill-Grau, N., Repetto, F., & Bronzo, C. (2015). Coordinación intersectorial pro integralidad de las instituciones de protección social. En S. Cecchini *et al.*, (Eds.), *Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización* (pp. 407-444). Santiago de Chile: ONU.
- De la Torre-Ugarte-Guanilo, M., & Oyola-García, A. (2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-6.
- de Salazar, L., Díaz, C., & Magaña, A. (2002). *Municipios y comunidades saludables. El reto de la evaluación. Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, CEDETES*. Universidad del Valle, Santiago de Cali.
- de Salazar, L. & Díaz Grajales, C. (2004). La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 545-555.
- de Souza Minayo, M. C. S. (2016). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud* (9ª ed.). Buenos Aires: Lugar.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia. (2019). *Información capital*. <https://www.dane.gov.co/files/varios/informacion-capital-DANE-2019.pdf>
- Díaz del Castillo, A., Sarmiento, O. L., Reis, R. S., & Brownson, R. C. (2011). Translating evidence to policy: urban interventions and physical activity promotion in Bogotá, Colombia and Curitiba, Brazil. *Translational behavioral medicine*, 1(2), 350-60.
- Domínguez-Berjón, M. F., Borrell, C., Nebot, M., & Plasencia, A. (1998). La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. *Gaceta sanitaria*, 12(3), 100-109.
- Economist Intelligence Unit. (2010). *Índice de ciudades verdes de América Latina. Una evaluación comparativa del impacto ecológico de las principales ciudades de América Latina*. Múnich: Siemens AG.
- Escamilla-Cejudo, J. A., Sanhueza, A., & Legetic, B. (2017). La carga de enfermedades no transmisibles en las Américas y los determinantes sociales de la salud. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 13-23). Washington, D.C.: OPS.

- Escobar, M. C., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives M., & Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42(1), 56-64.
- Etienne, C. F. (2013). Los determinantes sociales de la salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(6), 377-378.
- Fermino, R. C., Reis, R. S., & Cassou, A. C. (2012). Fatores individuais e ambientais associados ao uso de parques e praças por adultos de Curitiba-PR, Brasil. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 14(4), 377-389.
- Fernández Arroyo, N., & Schejtman, L. (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF.
- Ferrante D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M., & Laspiur, S. (2011). Encuesta nacional de factores de riesgo 2009. Evolución de la epidemia de ECNT en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.
- Ferreira da Costa, F., Tótaró García, L. M., & Vinicius Nahas, M. (2011). A Educação Física no Brasil em transição: perspectivas para a promoção da atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 17(1), 14-21.
- Ferreira Hino, A. A., Rech, C. R., Bezerra Gonçalves, P., Hallal, P. C., & Siqueira Reis, R. (2012). Projeto ESPAÇOS de Curitiba, Brasil: aplicabilidade de métodos mistos de pesquisa e informações georreferenciadas em estudos sobre atividade física e ambiente construído. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(3), 226-233.
- Ferreira, M. S., Castiel, L. D., & Almeida Cardoso, M. H. C. (2011). Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 865-872.
- Flores Martínez, M. E., & Ramírez Elías, A. (2012). Intervenciones dirigidas a disminuir/evitar el Sedentarismo en los Escolares. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 9(4), 45-56.
- Fortune, K., Salgado de Snyder, N., Cassanha Galvão, L. A., & Murphy, M. (2017). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 35-39). Washington, D.C.: OPS.

- Galaviz, K. I., Harden, S. M., Smith, E., Blackman, K. C. A., Berrey, L. M., Mama, S. K., Almeida, F. A., Lee, R. E., & Estabrooks, P. A. (2014). Physical activity promotion in Latin American populations: a systematic review on issues of internal and external validity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 1-13.
- García, B., & Mangiaterra Ventura, R. (2018). Sala de situación de salud local: una herramienta para el fortalecimiento de gestión de municipios y comunidades saludables. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(34), 40-43.
- García, C. M., & González-Jurado, J. A. (2017). Impacto de la inactividad física en la mortalidad y los costos económicos por defunciones cardiovasculares: evidencia desde Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41(e92), 1-9.
- García-Guerrero, J., Leal-López, R. C., & González-Alanís, F. (2013). Las señales de direccionamiento para promover la actividad física por medio del uso de la escalera: revisión de la literatura. *Medicina Universitaria*, 15(61), 182-187.
- Gérvás Camacho, J., Gavilán Moral, E., & Jiménez de Gracia, L. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Actualización en Medicina de Familia*, 8(6), 312-317.
- Girotti Sperandio, A. M., Gonzalez Machín, D., & Barbosa Fortunato, M. A. (2010). *Políticas Integradas em Rede e a Construção de Espaços Saudáveis: boas práticas para a Iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares*. Brasília: OPS.
- Gobierno de Santa Fe. (s. f.). *Total de Población y Variación Intercensal Absoluta y Relativa. Años 2001 y 2010*. Consultado el 15 de diciembre de 2019. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/165376>
- Gobierno del Estado de México. (2008). *Guía Técnica para Elaborar Estudios comparativos a procesos, trámites o servicios de la administración pública estatal*. [http://edomex.gob.mx/sis/newweb/pdf/Estudios\\_Comparativos.pdf](http://edomex.gob.mx/sis/newweb/pdf/Estudios_Comparativos.pdf)
- Gómez, L. F., Espinosa, G., Duperly, J., Gutiérrez Jaramillo, J., Cabrera, G., & Gómez, O. L. (2002). Revisión sistemática de intervenciones comunitarias sobre actividad física en grupos específicos. *Colombia Médica*, 33(4), 162-170.

- Gómez Rodríguez, O. E., Camelo Sánchez, F., Sanabria, I. D., Vargas, A. D., Salas, A. P. & Mendoza Pulido, F. (2011). *Un punto de partida para el análisis de política pública sobre pobreza en Colombia: sus enfoques de análisis, representaciones sociales y estudios críticos del discurso*. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-093/155.pdf>
- Gomez, D. E. (2013). Síndrome metabólico. Componentes genéticos y moleculares. En I. De La Parra & A. J. Giurgiovich (Eds.), *Síndrome metabólico. Etiología, diagnóstico y tratamiento en las distintas etapas de la vida* (pp. 59-71). Bernal (Argentina): Universidad Nacional de Quilmes.
- Goodrick, D. (2014). *Estudios de caso comparativos. Síntesis metodológicas: evaluación de impacto n.º 9*. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB9ES.pdf>
- Grupo ad hoc de Vigilancia de enfermedades no transmisibles, Comisión de vigilancia en salud, & MERCOSUR. (2011). *Primer reporte de vigilancia de enfermedades no trasmisibles*. Buenos Aires: OPS.
- Guerrero Montoya, L. R., & León Salazar, A. R. (2010a). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. Antecedentes. *Educere*, 14(48), 13-19.
- Guerrero Montoya, L. R., & León Salazar, A. R. (2010b). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. Antecedentes. *Educere*, 14(49), 287-295.
- Gutiérrez, A. M., & Gómez, O. L. (2007). Evaluación de proceso de la estrategia escuelas saludables en la zona urbana del municipio de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 386-394.
- Guzmán Urrea, M. P. (2009). Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(1), 84-92.
- Hallal, P. C., Reis, R. S., Hino, A. A. F., Santos, M. S., Grande, D., Krempel, M. C., Carvalho, Y. M., Cruz, D. K. A., & Malta, D. C. (2009). Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 14(2), 104-114.
- Harris, M. (1997). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial.

- Hennis, A. (2017). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 3-10). Washington, D.C.: OPS.
- Herazo Beltrán, Y., Hernández Escolar, J., & Domínguez Anaya, R. (2012). Etapas de cambio y niveles de actividad física en estudiantes universitarios de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(2), 298-307.
- Hernández-Ávila, M., Vieitez, I., Bernal, A., Charvel, S., Santos-Burgoa, C., Reynales-Shigematsu, L. M., Magaña, L., Hernández, J. E., Palacio, L. S., Aguilar Salinas, C., & Calderón Pinzón, L. V. (2017). Marco de la política para desarrollar y mejorar las acciones gubernamentales destinadas a la prevención y el control de las ENTs. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 127-146). Washington, D.C.: OPS.
- Hosseini Shokouh, S. M., Arab, M., Emamgholipour, S., Rashidian, A., Montazeri, A., & Zaboli, R. (2017). Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, 46(4), 435-446.
- Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (2019). *Plano de estrutura cicloviária*.  
[https://ippuc.org.br/visualizar.php?doc=https://admsite2013.ippuc.org.br/arquivos/documentos/D327/D327\\_029\\_BR.pdf](https://ippuc.org.br/visualizar.php?doc=https://admsite2013.ippuc.org.br/arquivos/documentos/D327/D327_029_BR.pdf)
- Instituto Distrital de Recreación y Deporte. (s. f.). *Reseña histórica*. Consultado el 28 de octubre de 2020. <https://www.idrd.gov.co/resena-historica-0>
- Instituto Municipal de Turismo de Curitiba. (s. f.). *Destacques e Prêmios*. Consultado el 07 de noviembre de 2020. <https://turismo.curitiba.pr.gov.br/conteudo/destacques-e-premios/1763>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019). *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. Buenos Aires: Secretaría de Salud de la Nación.
- International Physical Activity Questionnaire. (s. f.) Consultado el 15 de enero de 2020. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/>
- Irwin, J. D. (2004). Prevalence of university students' sufficient physical activity: A systematic review. *Perceptual and Motor Skills*, 98(3), 927-943.

- Jaramillo Mejía, M. C., & Vera Llanos, R. (2011). *Salud de los niños y niñas. Pasado, presente y futuro en Santiago de Cali*. Santiago de Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.
- Johannsen, D. L., & Ravussin, E. (2008). Spontaneous physical activity: relationship between fidgeting and body weight control. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity*, 15(5), 409-415.
- Kim, S. H. (2017). Max Weber. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/win2017/entries/weber/>
- Krempel, M. C., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2004). Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. En A. M. Girotti Sperandio (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis* (pp. 79-92). Campinas, São Paulo: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade.
- Lama More, R. A., Alonso Franch, A., Gil-Campos, M., Leis Trabazo, R., Martínez Suárez, V., Moráis López, A., Moreno Villares, J. M., & Pedrón Giner, M. C. (2006). Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. *Papel del pediatra. Anales de pediatría (Barcelona)*, 65(6), 607-615.
- Lasso López, R. A. (2016). Iniquidad y desigualdad: Las reformas de la salud en los estados plurinacionales de nuestra América. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(3), 35-43.
- Latapí López, J. (2015). *Ciudades saludables en el contexto internacional*. México D.F.: Academia Nacional de Medicina.
- Lavin, J., Bruzzone, F., Mamondi, V., González, E., & Berra, S. (2015). Actividad física y comportamientos sedentarios de escolares de Córdoba en su tiempo libre y en clase de educación física. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(24), 15-21.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- López Guarín, L. Y. (2010). *Fortalecimiento de la gestión ambiental municipal, bajo un enfoque integral y participativo entre los sectores salud, ambiente y educación: estudio de caso municipio de Soracá-Boyacá* [tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional - Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/715/eam34.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mahecha Matsudo, S., & Rodrigues Matsudo, V. (2006). Agita São Paulo: Promoción de una vida activa como forma de vida en el Brasil. En W. B. Freire (Ed.), *Nutrición y vida activa: del conocimiento a la acción* (pp. 155-175). Washington, D.C.: OPS.
- Makón, A. (2004). *Métodos comparativos en ciencias sociales: algunas reflexiones en relación a sus ventajas y limitaciones* [sesión de conferencia]. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <http://www.aacademica.org/000-045/665>
- Mantilla Toloza, S., & Gómez-Conesa, A. (2007). El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10(1), 48-52.
- Márquez Rosa, S., Rodríguez Ordax, J., & de Abajo Olea, S., S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Apunts. Educación física y deportes*, (83), 12-24.
- Márquez, J. J. A., García, V. V., & Ardila, R. C. (2012). Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(5), 401-406.
- Marshall, A. L., Bauman, A. E., Patch, C., Wilson, J., & Chen, J. (2002). Can motivational signs prompt increases in incidental physical activity in an Australian health-care facility? *Health Education Research*, 17(6), 743-749.
- Martin, A., Panter, J., Suhrcke, M., & Ogilvie, D. (2015). Impact of changes in mode of travel to work on changes in body mass index: evidence from the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(8), 753-761.
- Martin, A., Suhrcke, M., & Ogilvie, D. (2012). Financial incentives to promote active travel: an evidence review and economic framework. *American journal of preventive medicine*, 43(6), e45-e57.
- Martínez Baena, A. C., Chillón, P., Martín-Matillas, M., Pérez López, I., Castillo, R., Zapatera, B., Vicente-Rodríguez, G., Casajús, J. A., Álvarez-Granda, L., & Delgado-Fernández, M. (2012). Actitudes hacia la práctica de actividad físico-deportiva orientada a la salud en adolescentes españoles: Estudio AVENA. *RETOS. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (22), 43-48.
- Martínez, E., Saldarriaga, J. F., & Sepúlveda, F. É. (2008). Actividad física en Medellín: desafío para la promoción de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(2), 117-123.

- Matsudo, S., Matsudo, V., Araujo, T., Andrade, D., Oliveira, L., Santos, M., & Silva, L. (2008). Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 13(3), 178-184.
- Matsudo, V. K. R., & Lambert, E. V. (2017). Bright spots, physical activity investments that work: Agita Mundo global network. *British journal of sports medicine*, 51(19), 1382-1383.
- Matsudo, V., Guedes, J., Matsudo, S., Andrade, D., Araujo, T., Oliveira, L., Andrade, E., & Ribeiro, M. (2005). Políticas de intervenção: a experiência do agita São Paulo na utilização da gestão móvel do modelo ecológico na promoção da atividade física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 13(3), 99-108.
- Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Alberta: Qual Institute Press.
- Mayer-Foulkes, D., & Mayer-Hirshfeld, I. (2017). Macroeconomía y factores de riesgo de las ENT: un programa de políticas. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 57-67). Washington, D.C.: OPS.
- McAlister, A., Puska, P., Salonen, J. T., Tuomilehto, J., & Koskela, K. (1982). Theory and action for health promotion illustrations from the North Karelia Project. *American journal of public health*, 72(1), 43-50.
- Medici, A. (2017). La repercusión de las enfermedades no transmisibles en la equidad en salud en América Latina. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 69-93). Washington, D.C.: OPS.
- Meijers, E., & Stead, D. (2004). *Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review* [sesión de conferencia]. Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies-Interlinkages and Policy Integration, Berlin. [http://userpage.fu-berlin.de/ffu/akumwelt/bc2004/download/meijers\\_stead\\_f.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/ffu/akumwelt/bc2004/download/meijers_stead_f.pdf)
- Mena-Bejarano, B. (2006). Análisis de Experiencias en la Promoción de Actividad Física. *Revista de Salud pública*, 8(2), 42-56.

- Mendes, R. (2000). *Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió*. [tesis de doctorado, Universidade de São Paulo (USP)]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06112004-211843/publico/mendes2000.pdf>
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 48(1), 37-67.
- Ministerio de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2006). *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Buenos Aires: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Resolución N° 1083-2009*. Buenos Aires: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013a). *Manual director de actividad física y salud de la República Argentina*. Buenos Aires: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013b). *Acciones municipales de promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco: Plan Nacional Argentina Saludable*. Buenos Aires: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación. (s. f.). *Mesa de Trabajo Intersectorial Una herramienta para la gestión de Políticas Públicas*. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001053cnt-2014-01\\_mesa-trabajo-intersectorial.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001053cnt-2014-01_mesa-trabajo-intersectorial.pdf)
- Mittelmark, M. B., Hunt, M. K., Heath, G. W., & Schmid, T. L. (1993). Realistic Outcomes. Lessons from Community-Based Research and Demonstration Programs for the Prevention of Cardiovascular Diseases. *Journal of Public Health Policy*, 14(4), 437-462.
- Monteiro de Andrade, L. O. & Cunha Barreto, I. C. H. (2002). Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. En M. C. de Souza Minayo & A. Carvalho de Miranda (Org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós* (pp. 151-171). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Montes, F., Sarmiento, O. L., Zarama, R., Pratt, M., Wang, G., Jacoby, E., Schmid, T. L., Ramos, M., Ruiz, O., Vargas, O., Michel, G., Zieff, S. G., Valdivia, J. A., Cavill, N., & Kahlmeier, S. (2012). Do health benefits outweigh the costs of mass recreational programs? An economic analysis of four Ciclovía programs. *Journal of Urban Health*, 89(1), 153-170.

- Moscoso Sánchez, D., Serrano del Rosal, R., Biedma Velázquez, L., & Martín Rodríguez, M. (2013). Ciudadanía sedentaria versus ciudadanía activa. Un nuevo canon social en el acceso a la salud y el bienestar. *Methaodos.revista de ciencias sociales*, 1(1), 123-140.
- Muller, P. (2006). *Las políticas públicas* (2ª Ed.). Bogotá: Universidad del Externado de Colombia.
- Municipalidad de Rosario. (2012). *Ordenanza N° 8960*. <https://www.rosario.gob.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=87367>
- Municipalidad de Rosario. (2015). *Ordenanza N° 9460*. <https://www.rosario.gob.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=111388>
- Municipalidad de Rosario. (s. f.). *Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2018*. [https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/anuario\\_2018.pdf](https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/anuario_2018.pdf)
- Netto, G. F., Fenner, R., & Góes Junior, C. D. (2014). Notas sobre Iniciativas e Redes Brasileiras de Comunidades, Municípios e Cidades Saudáveis e Sustentáveis: modelos, estratégias, resultados e parceiros. En C. B. Silveira, T. M. Fernandes & B. Pellegrini (Org.) *Cidades saudáveis? Alguns olhares sobre o tema* (pp. 303-330). Manguinhos, Rio de Janeiro: SciELO – Editora FIOCRUZ.
- Nieto, R. A. (2016). Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables [editorial]. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(29), 6.
- Nohlen, D. (2008). *Conceptos y contexto. En torno al desarrollo de la comparación en Ciencia Política*. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Nuviala Nuviala, A., Grao Cruces, A., Fernández Martínez, A., Alda Schönemann, O., Burges Abad, J. A., & Jaume Pons, A. (2009). Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 9(36), 414-430.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma Ata. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HE\\_P\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=670C16B4EF6B7B4CD3B9169E1E6DD0AB?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HE_P_98.1_spa.pdf;jsessionid=670C16B4EF6B7B4CD3B9169E1E6DD0AB?sequence=1)

- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de la enfermedades crónicas: una inversión vital: panorama general*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010a). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010b). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Adelaida, Australia: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011a). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011b). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro, Brasil: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Shanghái, China: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Hoja de ruta de Montevideo 2018-2030 sobre las enfermedades no transmisibles. Conferencia Mundial de la OMS sobre las ENT*. Montevideo, Uruguay: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - 10a. revisión*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1996a). *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1996b). *Municipios saludables en America Latina: indicadores de salud y bienestar. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 120(2), 155-161*.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Alimentación y Nutrición/División de Promoción y Protección de la Salud. (2002). *La inactividad física: Un factor principal de riesgo para la salud en las Américas*.

<https://professorricardopace.files.wordpress.com/2015/02/informativo-3-opsoms.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *CARMEN: Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción sobre la Salud en Todas las Políticas. (CD53/10, Rev. 1)*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Hoja de Ruta para el Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPS.
- Oszlak, O., & O'donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2(4), 99-128.
- Pereira, E. A. (2014). *O movimento cidades saudáveis e seu desenvolvimento no Brasil* [tesis de maestría, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. Repositorio Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22868>
- Pérez Samaniego, V., & Devis Devis, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3(10), 69-74.
- Prentice, A. M., & Jebb, S. A. (1995). Obesity in Britain: gluttony or sloth? *British Medical Journal*, 311(1), 437-439.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.
- Pucher, J., Dill, J., & Handy, S. (2010). Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: an international review. *Preventive medicine*, 50, S106-S125.
- Puska, P. (2002). Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine*, 4(1), 5-7.
- Puska, P. (2008). The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice*, 53(1), 26-29.

- Rechia, S., Tschoke, A., Cardoso Machado, G., & Joukoski, S. (2016). O lazer sobre duas rodas: uma questão de espaço, tempo e ação em Curitiba-PR. *Pensar a Prática, Goiânia, 19(3)*, 568-578.
- Restrepo, H. E. (2002). Experiencia del municipio de Versalles, departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 20(1)*, 135-144.
- Ribeiro de Castro, I. R. (2017). Obesidad: urge que avancen las políticas públicas para su prevención y control. *Cadernos de saúde pública, 33(7)*, e00100017.
- Ribeiro, I. C., Torres, A., Parra, D. C., Reis, R., Hoehner, C., Schmid, T. L., Pratt, M., Ramos, L. R., Simões, R. C., & Brownson, R. C. (2010). Using logic models as iterative tools for planning and evaluating physical activity promotion programs in Curitiba, Brazil. *Journal of Physical Activity and Health, 7(s2)*, S155-S162.
- Rivas Mira, F. A., & Garcianava Requena, D. R. (2004). El método del análisis comparativo y su aplicación en los casos de la actividad turística de México y Nueva Zelanda 2000-2003. *APORTES, revista mexicana de estudios sobre la Cuenca del Pacífico, 3(7)*, 23-41.
- Rivera, R. D. E., Málaga, H., & Agudelo, C. C. (2000). La responsabilidad social en la estrategia de municipios saludables por la paz estudio de caso. *Revista de Salud Pública, 2(3)*, 251-260.
- Rodrigues Matsudo, V., Mahecha Matsudo, S., Araujo, T. L., Andrade, D., Andrade, E., de Oliveira, L., & Glauca Braggion, E. (2006). Agita São Paulo—Agita Brasil. En L. Dacosta (Org.), *Atlas do Esporte no Brasil*. Rio de Janeiro: CONFEEF.
- Rodríguez Ibagué, L. F. & Díaz Muñoz, M. F. (2009). *Políticas públicas y entornos saludables*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rodríguez Ibagué, L. F. (2007). *La viabilidad de la estrategia de municipios saludables*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rodríguez-León, D. L., & Garzón-Molina, N. M. (2013). Comparación de las intervenciones en actividad física en Brasil y Colombia, desde la promoción de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina, 61(4)*, 449-458.
- Rodríguez-Romo, G., Cordente, C. A., Mayorga, J. I., Garrido-Muñoz, M., Macías, R., Lucía, A., & Ruiz, J. R. (2011). Influencia de determinantes socio-demográficos en la adherencia a las recomendaciones de actividad física en personas de entre 15 y 74 años de Madrid. *Revista Española de Salud Pública, 85(4)*, 351-362.

- Romo Pérez, V., García Soidán, J. L., García Núñez, F. J., & Chinchilla Miguét, J. L. (2010). Los parques biosaludables en Galicia. Mapa geográfico. *Revista de Investigación en educación*, 88(1), 55-61.
- Romo-Pérez, V., García-Soidán, J. L., & Chinchilla Minguet, J. L. (2012). Circuitos biosaludables y cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física para mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12(47), 445-458
- Rosales Estrada, E. M., Julián Agüero, M. V., & Quiróz Cuenca, S. (2013). Ciudades saludables: una perspectiva de la Organización Mundial de la Salud y redes internacionales. *Revista Legado de Arquitectura y Diseño*, 8(13), 47-57.
- Rose, G. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32-38.
- Ross, R., & McGuire, K. A. (2011). Incidental physical activity is positively associated with cardiorespiratory fitness. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(11), 2189-2194.
- Rotta Bonfim, M., Riani Costa, J. L., & Monteiro, H. L. (2012). Ações de educação física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 17(3), 167-173.
- Roth Deubel, A. N. (2002). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Auroras.
- Ryan, R. M., Frederick, C. M., Lepes, D., Rubio, N., & Sheldon, K. M. (1997). Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28(4), 335-354.
- Sá, T. H., Totaro Garcia, L. M., & Andrade, D. R. (2017). Reflexões sobre os benefícios da integração dos programas Ruas de Lazer e Ciclofaixas de Lazer em São Paulo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 22(1), 5-12.
- Salazar Vargas, C. (2009). La evaluación y el análisis de políticas públicas. *Revista Opera*, (9), 23-51.
- Salinas, J., Cancino A., Pezoa S., Salamanca F., & Soto M. (2007). Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2/3), 136-144.
- Salinas, J., & Vio, F. (2003). Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(4), 281-288.

- Sánchez, J. C. (2009). Aprendizaje social e intenciones emprendedoras: un estudio comparativo entre México, España y Portugal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 109-119.
- Santos, T. I., Guerra, P. H., Andrade, D. R., & Florindo, A. A. (2015). Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 20(2), 165-173.
- Seabra, A. F., Mendonça, D. M., Thomis, M. A., Anjos, L. A., & Maia, J. A. (2008). Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cadernos de saúde pública*, 24(4), 721-736.
- Silveira Freire, R., de Oliveira Lélis, F. L., da Fonseca Filho, J. A., Oliveira Nepomuceno, M., & Fagundes Silveira, M. (2014). Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 20(5), 345-349.
- Siqueira Reis, R., Ferreira Hino, A. A., Rech, C. R., Kerr, J., & Hallal, P. C. (2013). Walkability and physical activity: findings from Curitiba, Brazil. *American journal of preventive medicine*, 45(3), 269-275.
- Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., & Hallal, P. C. (2008). Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 39-54.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. Ginebra: OMS.
- Souza Cavalcanti de Albuquerque, G., & Souza e Silva, M. J. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 38(103), 953-965.
- Spinelli, H. (2010). La dimensión del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Tarducci, G., Barengo, N., Morea, G., Gárgano, S., Gandini, A., Paganini, A., & Bardach, A. (2016). Relación entre el nivel de escolaridad y el patrón de actividad física en Balcarce, Argentina. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 89-98.
- Terraza, H., Pons Ginés, B., Soulier, M. & Juan, A. (2015). *Gestión urbana, asociaciones público-privadas y captación de plusvalías: el caso de la recuperación del frente costero del río Paraná en la Ciudad de Rosario, Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/bid.pdf>

- The Lancet. (2018). NCD Countdown 2030: Strengthening Accountability. *The Lancet*, 392(10152), 986.
- Theodore, K., Lalta, S., La Foucade, A., Cumberbatch, A., & Laptiste, C. (2017). La lucha contra las enfermedades no transmisibles en condiciones de limitaciones económicas graves: vínculos con la atención universal de salud en el Caribe. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 147-154). Washington, D.C.: OPS.
- Thune, I., & Furberg, A.S. (2001). Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6) Suppl S530-550; discussion S609-610.
- Tonon, G. (2011). La utilización del método comparativo en estudios cualitativos en ciencia política y ciencias sociales: diseño y desarrollo de una tesis doctoral. *Kairos. Revista de temas sociales*, 15(27).
- Torres-Melo, J., & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas: conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Bogotá: IEMP Ediciones.
- Universidad del Valle & Alcaldía de Santiago de Cali. (2017). *Encuesta municipal del deporte, la recreación y la actividad física de Santiago de Cali 2017*. <https://www.cali.gov.co/documentos/1767/Observatorio/>
- Universidad del Valle & Alcaldía de Santiago de Cali. (2017). *Gobernanza y políticas públicas para el desarrollo deportivo de Santiago de Cali*. [https://www.cali.gov.co/documentos/buscar/?as\\_oq=arrendador+escenarios+delegado+defunci%C3%B3n+residenc&genPag=200](https://www.cali.gov.co/documentos/buscar/?as_oq=arrendador+escenarios+delegado+defunci%C3%B3n+residenc&genPag=200)
- Vargas Cruz, S. L., & Castro, M. L. (2002). La Vega, Colombia: municipio saludable. Estudio de caso. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 158-169.
- Vidarte Claros, J. A., Vélez Álvarez, C., Sandoval Cuellar, C., & Alfonso Mora, M. L. (2011). Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 23(1), 11-14.
- Villaseñor Chávez, D. A., & Guzmán Esquivel, J. (2015). Prevención cuaternaria. *Revista Mexicana de Urología*, 75(3), 123-125.

Watkins, D., Poggio, R., Augustovski, F., Brouwer, E., Pichon Riviere, A., Rubinstein, A., & Nugent, R. (2017). La costo-efectividad de las intervenciones y políticas para el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en América Latina y el Caribe: revisión sistemática. En B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne & A. Hennis (Eds.), *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp. 95-116). Washington, D.C.: OPS.

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington D.C.: OPS.

Yavich, N., Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública México*, 52(1), 39-45.

## **Capítulo 8. ANEXOS**

**Anexo 1. Caracterización de las intervenciones según tipo de intervención y año de inicio.**

Tabla A  
**Caso Rosario.**

INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	AÑO DE INICIO
	Programa (P) / Acción específica (A) / Norma jurídica (N)	Año de la normativa de creación <sup>a</sup>
¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa.	P	2012
Círculo aeróbico.	A	2015
Círculo de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz).	A	2009
Círculo de Mountain Bike.	A	2015
Círculo Municipal (Parque Alem).	A	2009
Círculo para Práctica Deportiva Recreativa en el Parque Urquiza.	A	2018
Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra.	N	2007
Día Municipal de la Bicicleta.	N	2018
Día Municipal del Deporte por la Diversidad Sexual.	N	2018
Estaciones Saludables.	P	2015
Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).	A	2015
Mi Bici, Tu Bici (MBTB).	P	2012
Parques para Personas Mayores.	A	2008
Plan de Desarrollo Deportivo Local.	P	2004
Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos.	P	2008
Plan Integral de Movilidad.	P	2010
Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.	P	2006
Registro Único de Bicicletas.	A	2015
Rosario Juega Rugby.	P	2015
Rosario Previene.	P	2012
Rosario se mueve, movete con Rosario.	P	2012

**Nota.** <sup>a</sup> Cuando la normativa de creación no pudo ser localizada, se asignó como año de inicio el año en que comenzó a implementarse. Fuente: Elaboración propia.

Tabla B  
**Caso Curitiba.**

INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	AÑO DE INICIO
	Programa (P) / Acción específica (A) / Norma jurídica (N)	Año de la normativa de creación <sup>a</sup>
Academias ao Ar Livre.	A	2008
Amigo Curitibano.	P	2005
Baile da Melhor Idade.	P	2016
Circuito Ciclístico Ciclolazer.	P	2013
Comunidade Escola.	P	2005
Empresa Amiga da Bicicleta.	N	2015
Escola + Esporte = 10 (EE10).	P	2017
Esporte e Lazer.	P	2006
Lei da Bicicleta.	N	2015
Plano estratégico de calçadas (Plan Cal).	P	2014
Plano Cicloviário (Plan Ciclo).	P	2013
Política Municipal de Atenção ao Idoso.	P	2005
Portal do Futuro.	P	2013
Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes.	P	2004
Semana Municipal da Capoeira.	N	2015
Semana Municipal de Skate.	N	2014
Sistema público de empréstimo de bicicletas.	P	2016
Vale Transporte Esportivo (VTE).	N	2016

**Nota.** <sup>a</sup> Cuando la normativa de creación no pudo ser localizada, se asignó como año de inicio el año en que comenzó a implementarse. Fuente: Elaboración propia.

Tabla C  
**Caso Santiago de Cali.**

INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	AÑO DE INICIO
	Programa (P) / Acción específica (A) / Norma jurídica (N)	Año de la normativa de creación <sup>a</sup>
Banco de implementos deportivos.	P	2008
BiciMIO.	P	2012
Calendario deportivo anual.	P	2005
Cali en forma.	P	2012
Cali Incluye.	P	2012
Carreras y Caminatas.	P	2016
Corredor Verde.	A	2018
Deporte Asociado y de Alto rendimiento.	P	2013
Deporte comunitario.	P	2016
Día de la bici y el aire limpio.	A	2018
Estímulo económico a deportistas.	N	2013
InCali.	P	2008
Más Recreo.	P	2008
Más Vitales.	P	2018
Plan integral de movilidad urbana (PIMU).	P	2008
Plan Maestro de Ciclorrutas (PLAMACIR).	P	2004
Premios Farallones.	P	2005
Semana del ciclista.	N	2008
Semilleros deportivos.	P	2008
Vértigo.	P	2008

**Nota.** <sup>a</sup> Cuando la normativa de creación no pudo ser localizada, se asignó como año de inicio el año en que comenzó a implementarse. Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 2. Caracterización de las intervenciones según población destinataria.**

Tabla D  
**Caso Rosario.**

INTERVENCIÓN	CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA	GRUPO ETARIO	SEXO
	Población Vulnerable (V) / Población Específica (E) / Población General (G)	Infantes (I) / Niños (N) / Adolescentes (D) / Jóvenes (J) / Adultos (A) / mayores (M) / Población General (G)	Solo mujeres (M) / Solo hombres (H) / Ambos sexos (A)
¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa.	G	G	A
Circuito aeróbico.	G	G	A
Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz).	G	G	A
Circuito de Mountain Bike.	G	G	A
Circuito Municipal (Parque Alem).	G	G	A
Circuito para Práctica Deportiva Recreativa en el Parque Urquiza.	G	G	A
Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra.	G	G	A
Día Municipal de la Bicicleta.	G	G	A
Día Municipal del Deporte por la Diversidad Sexual.	G	G	A
Estaciones Saludables.	G	G	A
Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).	G	D - J - A - M	A
Mi Bici, Tu Bici (MBTB).	G	D - J - A - M	A
Parques para Personas Mayores.	G	M	A
Plan de Desarrollo Deportivo Local.	G	N - D - J	A
Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos.	G	G	A
Plan Integral de Movilidad.	G	G	A
Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.	G	G	A
Registro Único de Bicicletas.	G	G	A
Rosario Juega Rugby.	V	N - D	A
Rosario Previene.	V	G	A
Rosario se mueve, movete con Rosario.	G	G	A

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

Tabla E  
**Caso Curitiba.**

INTERVENCIÓN	CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA	GRUPO ETARIO	SEXO
	Población Vulnerable (V) / Población Específica (E) / Población General (G)	Infantes (I) / Niños (N) / Adolescentes (D) / Jóvenes (J) / Adultos (A) / mayores (M) / Población General (G)	Solo mujeres (M) / Solo hombres (H) / Ambos sexos (A)
Academias ao Ar Livre.	G	D - J - A - M	A
Amigo Curitibano.	V	D - J	A
Baile da Melhor Idade.	G	M	A
Circuito Ciclístico Ciclolazer.	G	G	A
Comunidade Escola.	G	G	A
Empresa Amiga da Bicicleta.	G	G	A
Escola + Esporte = 10 (EE10).	G	N - D	A
Esporte e Lazer.	G	G	A
Lei da Bicicleta.	G	G	A
Plano estratégico de calçadas (Plan Cal).	G	G	A
Plano Cicloviário (Plan Ciclo).	G	G	A
Política Municipal de Atención ao Idoso.	G	M	A
Portal do Futuro.	G	D - J	A
Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes.	G	I - N - D	A
Semana Municipal da Capoeira.	G	G	A
Semana Municipal de Skate.	G	G	A
Sistema público de empréstimo de bicicletas.	G	G	A
Vale Transporte Esportivo (VTE).	G	D	A

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

Tabla F  
Caso Santiago de Cali.

INTERVENCIÓN	CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA	GRUPO ETARIO	SEXO
	Población Vulnerable (V) / Población Específica (E) / Población General (G)	Infantes (I) / Niños (N) / Adolescentes (D) / Jóvenes (J) / Adultos (A) / mayores (M) / Población General (G)	Solo mujeres (M) / Solo hombres (H) / Ambos sexos (A)
Banco de implementos deportivos.	G	G	A
BiciMIO.	G	G	A
Calendario deportivo anual.	G	G	A
Cali en forma.	G	D - J - A	A
Cali Incluye.	V	G	A
Carreras y Caminatas.	G	G	A
Corredor Verde.	G	G	A
Deporte Asociado y de Alto rendimiento.	G	G	A
Deporte comunitario.	G	J - A	A
Día de la bici y el aire limpio.	G	G	A
Estímulo económico a deportistas.	V	G	A
InCali.	V	G	A
Más Recreo.	G	G	A
Más Vitales.	G	M	A
Plan integral de movilidad urbana (PIMU).	G	G	A
Plan Maestro de Ciclorrutas (PLAMACIR).	G	G	A
Premios Farallones.	G	G	A
Semana del ciclista.	G	G	A
Semilleros deportivos.	G	N - D - J - A	A
Vértigo.	G	G	A

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 3. Caracterización de las intervenciones según acción propuesta y prevención (Prev.) de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).**

Tabla G  
Caso Rosario.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN PROPUESTA		NIVEL DE LA ESTRATEGIA PREVENTIVA PARA LAS ECNT
	PROPÓSITO DEL FOMENTO DE LA AF	TIPO DE AF FOMENTADA	
	Social (SO) / Sanitario (SA) / Socio-sanitario (SS)	Ejercicio físico (EF) / Disfrute (DI) / Deporte (DE) / AF espontánea (AFE) / Indefinida (I)	Promoción (P) / Prev. Prim. (1) / Prev. Sec. (2) / Prev. Ter. (3) / Inexistente (X)
¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa.	SS	DI	P
Circuito aeróbico.	SS	I	X
Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz).	SS	I	X
Circuito de Mountain Bike.	SS	DE	X
Circuito Municipal (Parque Alem).	SO	DE	X
Circuito para Práctica Deportiva Recreativa en el Parque Urquiza.	SS	I	X
Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra.	SO	I	X
Día Municipal de la Bicicleta.	SS	AFE	X
Día Municipal del Deporte por la Diversidad Sexual.	SS	DE	X
Estaciones Saludables.	SA	EF	1
Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).	SS	EF	X
Mi Bici, Tu Bici (MBTB).	SO	AFE	X
Parques para Personas Mayores.	SS	EF	P
Plan de Desarrollo Deportivo Local.	SS	DE	X
Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos.	SS	I	X
Plan Integral de Movilidad.	SS	AFE	X
Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.	SS	I	X
Registro Único de Bicicletas.	SO	AFE	X
Rosario Juega Rugby.	SO	DE	X
Rosario Previene.	SA	EF	1
Rosario se mueve, movete con Rosario.	SS	EF	1

**Nota.** AF = Actividad Física. Fuente: Elaboración propia.

Tabla H  
**Caso Curitiba.**

INTERVENCIÓN	ACCIÓN PROPUESTA		NIVEL DE LA ESTRATEGIA PREVENTIVA PARA LAS ECNT
	PROPÓSITO DEL FOMENTO DE LA AF	TIPO DE AF FOMENTADA	
	Social (SO) / Sanitario (SA) / Socio-sanitario (SS)	Ejercicio físico (EF) / Disfrute (DI) / Deporte (DE) / AF espontánea (AFE) / Indefinida (I)	Promoción (P) / Prev. Prim. (1) / Prev. Sec. (2) / Prev. Ter. (3) / Inexistente (X)
Academias ao Ar Livre.	SA	EF	X
Amigo Curitibano.	SO	DE	X
Baile da Melhor Idade.	SS	DI	X
Circuito Ciclístico Ciclolazer.	SS	DI	X
Comunidade Escola.	SS	DE	X
Empresa Amiga da Bicicleta.	SS	AFE	X
Escola + Esporte = 10 (EE10).	SO	DE	X
Esporte e Lazer.	SS	I	X
Lei da Bicicleta.	SS	AFE	X
Plano estratégico de calçadas (Plan Cal).	SO	AFE	X
Plano Cicloviário (Plan Ciclo).	SS	AFE	X
Política Municipal de Atención ao Idoso.	SS	EF	1
Portal do Futuro.	SO	I	X
Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes.	SA	EF	1
Semana Municipal da Capoeira.	SO	DE	X
Semana Municipal de Skate.	SO	DE	X
Sistema público de empréstito de bicicletas.	SS	AFE	X
Vale Transporte Esportivo (VTE).	SO	DE	X

**Nota.** AF = Actividad Física. Fuente: Elaboración propia.

Tabla I  
Caso Santiago de Cali.

INTERVENCIÓN	ACCIÓN PROPUESTA		NIVEL DE LA ESTRATEGIA PREVENTIVA PARA LAS ECNT
	PROPÓSITO DEL FOMENTO DE LA AF	TIPO DE AF FOMENTADA	
	Social (SO) / Sanitario (SA) / Socio-sanitario (SS)	Ejercicio físico (EF) / Disfrute (DI) / Deporte (DE) / AF espontánea (AFE) / Indefinida (I)	Promoción (P) / Prev. Prim. (1) / Prev. Sec. (2) / Prev. Ter. (3) / Inexistente (X)
Banco de implementos deportivos.	SO	DE	X
BiciMIO.	SS	AFE	X
Calendario deportivo anual.	SO	DE	X
Cali en forma.	SS	EF	X
Cali Incluye.	SS	DI	X
Carreras y Caminatas.	SS	DI	X
Corredor Verde.	SS	I	X
Deporte Asociado y de Alto rendimiento.	SO	DE	X
Deporte comunitario.	SO	DE	X
Día de la bici y el aire limpio.	SS	AFE	P
Estímulo económico a deportistas.	SO	DE	X
InCali.	SS	DE	X
Más Recreo.	SS	DE	X
Más Vitales.	SS	DI	X
Plan integral de movilidad urbana (PIMU).	SS	AFE	X
Plan Maestro de Ciclorrutas (PLAMACIR).	SS	AFE	X
Premios Farallones.	SO	DE	X
Semana del ciclista.	SS	AFE	P
Semilleros deportivos.	SO	DE	X
Vértigo.	SO	DE	X

**Nota.** AF = Actividad Física. Fuente: Elaboración propia.

