



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD**

Trabajo final:

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.

Autor: Lic. Prof. Eduardo Iván Zaffaroni

Directora: Dra. Natalia Yavich

Rosario, Santa Fe

Julio 2019

RESUMEN

Introducción: las transformaciones suscitadas en las últimas décadas dieron lugar a una transición epidemiológica de escala mundial marcada por el aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Los resultados de acciones de vigilancia epidemiológica son suficientes para señalar a las ECNT y a la inactividad física como desafíos de salud pública.

Objetivo: analizar los atributos de las políticas públicas de promoción de la actividad física vinculadas a la prevención y control de las ECNT en la ciudad de Rosario entre los años 2003 y 2017.

Metodología: estudio descriptivo, transversal, no experimental. Se emplearon fuentes secundarias de sitios web oficiales de la provincia de Santa Fe y el municipio Rosario.

Resultados: 35 intervenciones fueron incluidas (18 correspondieron al nivel municipal, 14 al provincial y 3 al nacional). La mayoría de las intervenciones estuvieron destinadas a la población general. Nueve intervenciones se propusieron explícitamente la prevención/control de las ECNT, ocho de ellas iniciadas en el período 2011-2017.

Conclusiones: el incremento del número de intervenciones evidenciado a lo largo del periodo de análisis apunta una creciente atención política respecto de la promoción de la AF. Las intervenciones con referencia a las ECNT evidenciaron un bajo direccionamiento hacia las poblaciones socioeconómicamente vulnerables.

Palabras clave:

Política Pública - Actividad Motora - Promoción de la Salud - Prevención de Enfermedades - Enfermedades no Transmisibles (fuente: DeCS).

ABSTRACT

Introduction: the transformations provoked in the last decades gave rise to a worldwide epidemiological transition marked by the increase of Noncommunicable Diseases (NCDs). The results of epidemiological surveillance actions are sufficient to point to NCDs and physical inactivity as public health challenges.

Objective: to analyze the attributes of public policies for the promotion of physical activity linked to the prevention and control of NCDs in the city of Rosario between 2003 and 2017.

Methodology: descriptive, cross-sectional, non-experimental study. Secondary sources of official websites of the province of Santa Fe and the municipality of Rosario were used.

Results: 35 interventions were included (18 corresponded to the municipal level, 14 to the provincial level and 3 to the national level). Most interventions were aimed at the general population. Nine interventions explicitly proposed the prevention/control of NCDs, eight of them initiated in the 2011-2017 period.

Conclusions: the increase in the number of interventions evidenced throughout the analysis period points to increasing political attention regarding the promotion of physical activity. Interventions with reference to NCDs showed a low direction towards socioeconomically vulnerable populations.

Key words:

Public Policy - Motor Activity - Health Promotion - Disease Prevention - Noncommunicable Diseases (source: DeCS).

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	PROBLEMÁTICA	5
2.1.	ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: EL FLAGELO DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI.	5
2.2.	ACTIVIDAD FÍSICA: UN HÁBITO QUE SE NECESITA RECUPERAR.....	12
2.3.	LA SITUACIÓN DE LAS ECNT Y LA INACTIVIDAD FÍSICA EN ARGENTINA.	15
III.	OBJETIVOS.....	23
3.1.	OBJETIVO GENERAL	23
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
IV.	MARCO CONCEPTUAL	24
4.1	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.....	24
4.2	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	29
4.3	ESTILOS DE VIDA.....	38
4.4	ACTIVIDAD FÍSICA.....	48
4.5	POLÍTICAS E INTERVENCIONES.....	57
V.	METODOLOGÍA	66
5.1.	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	66
5.2.	FENÓMENO BAJO ESTUDIO	67
5.3.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	68
5.4.	ANÁLISIS DE DATOS	71
5.5.	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	72
VI.	RESULTADOS.....	83
6.1.	IDENTIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	83
6.2.	DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	88
VII.	DISCUSIÓN	95
VIII.	CONCLUSIONES	98
IX.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	103
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
XI.	ANEXOS	118

I. INTRODUCCIÓN

¿Por qué tantas personas no practican los niveles mínimos de actividad física (AF) recomendados para el cuidado de su salud, aun cuando conocen la importancia de la misma?

Entendida su importancia para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las cuales representan la principal causa de muerte a nivel nacional y mundial ¿Cómo es abordada esta problemática desde la política pública?

Estas y otras preguntas fueron disparadores del presente trabajo que ha sido desarrollado como un subproducto de la investigación *“Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”* cuyo propósito fue la emergencia y gestión de iniciativas intersectoriales destinadas a influir en la equidad en salud de la población Argentina y de América Latina¹.

La vasta evidencia científica producida y los resultados de acciones de vigilancia epidemiológica desarrolladas hasta el momento, son elementos 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.

Con este problema bien consolidado, resultan necesarios trabajos más direccionados hacia el ¿cómo hacer? que hacia el ¿qué hacer? Es decir, son necesarios estudios que profundicen el conocimiento acerca de los posibles abordajes de la promoción de la AF desde y como política pública.

En línea con ello, este trabajo se preguntó respecto de los atributos de la/s política/s pública/s de promoción de la AF para la prevención y/o control de las ECNT en la ciudad de Rosario entre los años 2003 y 2017; con el

¹ 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. Más Información disponible en: <http://capacitasalud.com/intervenciones-intersectoriales/>

propósito de generar aportes que pudieran resultar insumos relevantes para la elaboración de estrategias y acciones por parte de gestores y decisores políticos.

Para responder a esta pregunta, se desarrolló, a nivel provincial y municipal, una identificación de intervenciones destinadas a la promoción de la AF a partir de normativas disponibles y otros contenidos presentados en los sitios web oficiales. Seguidamente, las intervenciones fueron caracterizadas y analizadas para desentrañar los atributos de la política pública para la promoción y fomento de la AF.

La elección del municipio Rosario como delimitación para este trabajo se explica no solamente por el peso de su población en la provincia de Santa Fe, sino también por la factibilidad de realizar este estudio (posibilidad de acceder a su digesto de normativa a través de su sitio web oficial) y su participación en la iniciativa “Municipios Saludables” de la OMS/OPS desde febrero de 2001.

En el siguiente *Capítulo II (Problemática)*, se desarrollan algunos de los aspectos considerados de mayor importancia respecto de la situación problema; comenzando por el abordaje de las ECNT (su evolución, impacto y proyecciones), seguido del relevamiento de algunas de las experiencias de intervención más reconocidas, y continuando con nociones relativas a la AF y sedentarismo, para finalizar con una descripción de la situación de esta problemática en Argentina y la provincia de Santa Fe de acuerdo a la información oficial aportada por el ministerio de salud a través de las Estadísticas Vitales y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR).

El *capítulo III (Objetivos)* no amerita comentarios específicos dado que únicamente contiene la mención de estos últimos.

En el *Capítulo IV (Marco conceptual)*, se presentan los lineamientos teórico-conceptuales más relevantes para el abordaje holístico de la problemática planteada. En principio se incluyeron referencias relativas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (definiciones, clasificaciones y modelos), seguidas de un desarrollo adecuado del paradigma de la

determinación social de la salud y los estilos de vida; para finalizar el capítulo con la exposición de consideraciones significativas respecto de la AF (efectos, alusiones epidemiológicas y clasificaciones) y las políticas e intervenciones para su promoción y fomento.

Durante el *Capítulo V (Metodología)* se describen las decisiones metodológicas establecidas para el desarrollo de este trabajo, tales como el tipo y diseño del estudio, se justifica la elección del abordaje cualitativo y se detalla la estrategia de búsqueda de fuentes secundarias ejecutada en los sitios oficiales de la provincia de Santa Fe y el municipio Rosario en el mes de noviembre de 2018. El capítulo, finaliza con la descripción del proceso de análisis de datos a través de la técnica de análisis de contenido, y una descripción de las categorías de análisis con sus respectivas definiciones operacionales.

El *Capítulo VI (Resultados)* se presenta en dos bloques: la primera parte aborda el proceso de identificación de intervenciones con una descripción que comprende los resultados parciales de cada una de las etapas de búsqueda hasta llegar a la identificación de las 35 intervenciones que fueron incluidas de forma definitiva; mientras que la segunda parte está dedicada a la caracterización de las mismas con base en las categorías de análisis y otros hallazgos.

Por último, en capítulos independientes, son expuestas la *Discusión* de los resultados (*Capítulo VII*), las *Conclusiones* elaboradas (*Capítulo VIII*), y la enunciación de las *Limitaciones y recomendaciones* (*Capítulo IX*). A través de estos apartados se ofrecen las reflexiones y consideraciones finales del trabajo.

II. PROBLEMÁTICA

2.1. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: EL FLAGELO DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI.

Las transformaciones suscitadas en las últimas décadas en el orden social, económico, demográfico y tecnológico junto a cambios culturales y conductuales, han dado lugar a la actual transición epidemiológica de escala mundial marcada por el aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Aun en los países no desarrollados donde conviven los viejos y nuevos desafíos de salud pública y para los cuales es más apropiado el concepto de “mosaico epidemiológico” (Spinelli, 2010) dada la coexistencia de estas enfermedades emergentes con las aún preocupantes enfermedades infecciosas; el vertiginoso crecimiento de las ECNT amerita una clara alarma debido a un aumento en los niveles de riesgo que presagia una carga devastadora de estas enfermedades en el futuro (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005).

Escobar et al. (2000) exponen claramente este fenómeno al remarcar que en la región de América Latina y el Caribe, mientras que en el año 1985, por cada 10 fallecimientos causados por enfermedades transmisibles se producían 15 debido a ECNT, el número correspondiente a estas últimas ascendió a 34 para la misma relación en el año 2000.

De esta forma, las ECNT (enfermedades cardiovasculares [I00-I99]², procesos cancerígenos [C00-D48], Diabetes Mellitus [E10-E14] y enfermedades pulmonares crónicas [J40-J47]) se han posicionado como una insoslayable prioridad en el ámbito de la salud pública (Grupo ad hoc de Vigilancia de ENT, Comisión de vigilancia en salud & MERCOSUR, 2011).

Según la OMS (2014), las ECNT fueron responsables de aproximadamente 38 millones de muertes en el año 2012 (equivalente al 68% del total de

² Códigos según CIE 10.

defunciones), por lo que constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial.

Este perfil epidemiológico llamado por algunos autores "enfermedades de la civilización" por encontrar su explicación causal íntimamente asociada a la forma-estilo de vida actual, resulta ser también la principal causa de morbilidad con un alto impacto negativo en la calidad de vida de las personas (Airasca, 2011).

Desde el punto de vista del derecho a la salud, no puede dejar de mencionarse que, si bien estas enfermedades afectan tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo, y a la población de altos, medianos y bajos ingresos; la morbi-mortalidad por ECNT es más alta entre los grupos más desfavorecidos de la sociedad, siendo el riesgo de fallecer a causa de una de estas tres veces superior en las categorías ocupacionales inferiores respecto de las superiores (Escobar et al., 2000).

En documentos oficiales son frecuentes afirmaciones como, por ejemplo, que "el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de ingresos bajos y medios" (OMS, 2005, p. 4). No obstante este tipo de enunciados tenga la dificultad de expresar números o porcentajes absolutos; es cierto que en esos países la población adulta es especialmente vulnerable a las ECNT porque suelen sufrirlas a edades más tempranas y durante períodos más prolongados, alcanzando la muerte antes que en los países de ingresos altos.

Existió hace algunas décadas la falacia que proclamaba que las ECNT eran sólo un problema serio para los países desarrollados y/o las poblaciones de ingresos económicos altos. Esta incorrecta construcción, actualmente superada, tiene una estrecha vinculación con la situación de transición/mosaico epidemiológico descripta anteriormente.

Aun cuando la mortalidad por ECNT en los países desarrollados sea menor que la de los países en desarrollo; la razón entre muertes por ECNT y muertes por enfermedades transmisibles (ECNT/ET) es mayor en países desarrollados debido a que la mortalidad por causas infecciosas y materno-

infantiles en estos países es todavía mucho menor que la de los países en desarrollo (Escobar et al., 2000).

Desde una perspectiva económica, las ECNT imponen una doble carga: por un lado, disminuyen la productividad de los individuos y su aptitud para generar ingresos (esto es particularmente importante atentos a que estas enfermedades a menudo provocan morbilidad/mortalidad prematura); y, por otro lado, ocasionan un mayor consumo asociado a la necesidad de atención de salud en forma crónica y por un periodo de tiempo prologado.

Esta doble carga económica influye tanto a nivel de los Estados como a nivel de las familias. La división de dicha carga, y la medida en que su impacto recae mayormente en un nivel o en otro, depende fuertemente de las condiciones y características de los sistemas y servicios sociales y de salud propios de cada Estado.

Aquellos Estados que se proponen asistir ampliamente a través de políticas sociales y garantizar el acceso universal a los servicios de salud, pueden enfrentar limitaciones de recursos que dificulten seriamente la sustentabilidad de dicha asistencia.

Los crecientes costos impuestos por las ECNT pueden ser entendidos como una importante dificultad para el desarrollo de los países en vía de ello. Este podría ser el caso de los países latinoamericanos dado que las ECNT representan la principal causa de muerte prematura en esta región (en torno al 44 % de las defunciones en hombres y mujeres menores de 70 años de edad) (OPS, 2003).

Ya a nivel individual/familiar, los gastos relativos al cuidado/atención de salud asociados a la disminución de los ingresos, a menudo puede empujar a las familias hacia una condición de pobreza o impedirle salir de ella; en especial en aquellos sistemas de salud cuya cobertura depende fuertemente del gasto de bolsillo de los usuarios.

En este sentido, las inversiones destinadas a prevenir/controlar las ECNT pueden ser entendidas como un mecanismo de alivio de la pobreza y promoción del desarrollo (Ferrante et al., 2011).

Además, la mayoría de las proyecciones acuerdan que, de no mediar intervenciones efectivas, la prevalencia de las ECNT aumentará (fundamentalmente en los países más pobres), y con ello crecerá simultáneamente la demanda sobre los sistemas de salud, las pérdidas de productividad que ocasionan, traduciéndose esto en un incremento de los costos económicos que estas representan amenazando aún más la pretendida cobertura universal y equidad en salud (OMS, 2014; Puska, 2008).

En consecuencia, se debe considerar la inversión en intervenciones preventivas de dichas enfermedades, siendo que estas son al menos 20 veces más costo-efectivas que las intervenciones clínicas (Escobar et al., 2000).

En esta línea vale la pena detenerse a describir el Proyecto de Karelia del Norte (PKN) por ser el pionero en el abordaje de la problemática de las ECNT y por haber obtenido excelentes resultados tanto a nivel de tasas de mortalidad como de prevalencia de Factores de Riesgo (FR) para ECNT.

Hacia finales de la década del 60', Finlandia contaba con la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria más alta del mundo. En particular, la peor situación era presentada por la provincia con menor nivel socioeconómico: Karelia del Norte. En consecuencia, en 1971, los representantes de dicha provincia pidieron ayuda a las autoridades nacionales quienes, junto a expertos de la OMS, lanzaron al año siguiente el PKN con la intención de desarrollar y evaluar la intervención preventiva allí durante un período de 5 años (1972-1977), como piloto de actividades en todo el país (Puska, 2002; Puska, 2008).

La intervención se basó en el desarrollo de actividades integrales con énfasis en la participación de la comunidad lo cual implicó la participación de diversos sectores de la sociedad como organizaciones comunitarias, servicios de salud, escuelas, ONG, industria alimentaria, entre otros. Algunas de las estrategias desarrolladas comprendieron campañas y actividades de comunicación, participación sistemática de la atención

primaria de salud, transformaciones a nivel ambiental (físico y social), y modificación/elaboración de políticas.

Por ejemplo, la detección de la hipertensión se integró a las consultas de rutina en los centros de salud y se desarrollaron programas para la detección en masa en ferias y centros. Luego se creó 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 en conjunto una asociación local de amas de casa ("Martha") con el objetivo de generar cambios en la dieta familiar. Los participantes se reunían para aprender nuevas habilidades de cocina y preparación de alimentos más saludables (McAlister et al., 1982).

Desde el proyecto se aprovechó la particular voluntad del responsable de una fábrica local de embutidos, y cooperando lograron crear un nuevo tipo de salchicha reemplazando algunas porciones de carne y grasa por hongos. Una cooperación similar se produjo con los productores locales para la promoción del consumo de lácteos bajos en grasas (McAlister et al., 1982).

Mientras tanto, durante todo el periodo, la campaña comunicacional en favor de los hábitos saludables fue fuertemente intensificada en periódicos, radios, y con la impresión de carteles boletines, folletos y calcomanías. Jornadas de educación para la salud fueron realizadas en lugares de trabajo, comercios, escuelas y clubes (McAlister et al., 1982).

A partir de estas y otras medidas 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. Además, se observaron cambios significativos en la prevalencia de FR como el tabaquismo, y los niveles de colesterol sérico y tensión arterial. Estos y otros logros del proyecto, son atribuidos principalmente a las características integrales del proyecto (plasmadas a través de acciones que estuvieron basadas en la comunidad e incluyeron un amplio número de organizaciones, incluyendo ONG, el sector privado y

decisores políticos) y al enfoque preventivo/comunitario dirigido a modificar los estilos de vida poco saludables por medio de la transformación del entorno físico y social (Puska, 2008).

Además del éxito propio del PKN, este sirvió como disparador de otras intervenciones poblacionales. Por ejemplo, en Estados Unidos se iniciaron a finales de la década del 70´ tres importantes intervenciones: el Proyecto de Cinco Ciudades de Stanford [SFCP]³ (1978-1998), el Programa de Salud Cardíaca de Pawtucket [PHHP]⁴ (1980-1991) y el Programa de Salud Cardíaca de Minesota [MHHP]⁵ (1980-1993).

Dichos proyectos tuvieron como objetivo común educar a la comunidad y mejorar los comportamientos sanitarios de la población para la prevención de los FR de enfermedad cardiovascular (ECV) y accidentes cerebrovasculares (ACV). Entre ellos, los niveles altos de colesterol y tensión arterial, el consumo de tabaco, la obesidad y la falta de actividad física (OPS, 2003).

Como estrategia de 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 a partir 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. Como parte del mismo 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).

³ Stanford Five City Project.

⁴ Pawtucket Heart Health Program.

⁵ Minnesota Heart Health Program.

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).

Retomando la idea anterior, las proyecciones globales en torno a la situación de las ECNT son negativas, dado que mientras que la OMS previó un incremento del 17 % de la mortalidad en 10 años (con mayor impacto en los países en desarrollo); otras estimaciones indican que, en 2030, las ECNT serán responsables del 69 % de la carga de enfermedad en el mundo. En sentido contrario, lo positivo es que se calcula también que más del 80% de las afecciones cardíacas isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes, podrían ser evitadas si se consigue controlar/modificar los hábitos de riesgo tales como el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y los niveles elevados de consumo de alcohol (Grupo ad hoc de Vigilancia de ENT et al., 2011).

Existe evidencia señalando que políticas públicas de control de las ECNT que implementen intervenciones de promoción, prevención y tratamiento son costo-efectivas, en particular cuando son dirigidas al abordaje de comportamientos de riesgo, ya sea por medio del control del tabaquismo o del fomento de una alimentación saludable y vida activa. Previamente, debe entenderse que la problemática de las ECNT es de toda la sociedad, y por ende involucra determinaciones ajenas al sector salud que exigen la cooperación de actores de diferentes sectores tanto de gobierno como civiles, tanto públicos como privados (Ministerio de Salud de la Nación [MSN] & Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2006; Ferrante et al., 2011).

De esta manera, de no mediar intervenciones efectivas, la magnitud del problema podrá agravarse, empeorando ampliamente las condiciones de salud de las poblaciones tanto por las limitaciones de recursos humanos y financieros que experimentarían los servicios de salud garantizados por los

estados, poniendo en peligro la cobertura, continuidad y accesibilidad a los mismos; como por las repercusiones económicas, a nivel del estado y de cada familia, producto de la morbi/mortalidad prematura que las ECNT provocan en la población económicamente activa.

En respuesta a esta situación, se encuentran vigentes a nivel mundial, regional y local, estrategias y planes de acción que pretenden alterar el curso actual de las ECNT, aunque no siempre contemplando todas las complejas dificultades que dicha problemática propone.

2.2. ACTIVIDAD FÍSICA: UN HÁBITO QUE SE NECESITA RECUPERAR.

El origen de las ECNT es de naturaleza multigénica, es decir, obedece a múltiples factores. Estos pueden ser clasificados en factores metabólicos/fisiológicos, como la hipertensión arterial, el sobrepeso/obesidad, la hiperglucemia e hiperlipidemia; y factores comportamentales, tales como el sedentarismo, 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 actividad física (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 comportamental más asociado a la mortalidad por ECNT, luego del consumo de tabaco (9 %). Ello explica el creciente interés del área de la salud pública por esta temática, traducido en un importante incremento de investigaciones y publicaciones científicas que tienen a la AF como

variable central o explicativa (Ferreira da Costa, Tótaró García & Vinicius Nahas, 2011).

Estadísticas de la OMS en 2002 (p. 65) señalaban que “esa 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 indican 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).

De esta manera, la inactividad física representa el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial causando aproximadamente un 6 % de defunciones de todo el mundo (OMS, 2010a).

Diferentes investigaciones afirman que a nivel mundial aproximadamente el 60 % de la población tienen un comportamiento sedentario (Flores Martínez & Ramírez Elías, 2012). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica en relación a la población de las Américas, que casi tres cuartas partes de la misma lleva adelante un estilo de vida sedentario, agregando que la inactividad física aumenta con la edad y se presenta más en mujeres y poblaciones de bajos ingresos (OPS, 2002).

En este contexto, el abordaje de la actividad física vinculado a la promoción de la salud y la prevención de estas enfermedades ha ganado mucha consideración. El creciente interés por esta perspectiva se viene traduciendo en una mayor preocupación por el relevamiento de la situación a través de numerosos estudios y acciones de vigilancia epidemiológica, y explica el consecuente incremento de la inversión de recursos para el diseño e implementación de estrategias y acciones dirigidas al tratamiento de la misma.

Irwin (2004) en una revisión sistemática de 19 estudios que involucraron un total de 35.747 estudiantes de 27 países, analizó la implicación de estudiantes universitarios en niveles de AF mínimos para alcanzar beneficios para su salud. Dicho estudio concluyó que el nivel de AF encontrado entre

los estudiantes se hallaba por debajo del mínimo recomendable. Según esta investigación, 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.

En otro estudio, Prentice & Jebb (1995) establecieron relaciones entre algunos de los factores de riesgo y, a partir de ello, concluyeron que en Gran Bretaña, 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 en 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.

Desarrollada 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).

A partir de la cuantiosa evidencia científica acumulada hasta el momento, puede afirmarse que debe comprenderse a la AF de forma integral, entendiéndola como una necesidad clave que debe estar presente en las estrategias de salud pública, de manera que sea capaz de ayudar a lograr un cambio importante en relación a la incidencia de las enfermedades producidas por los estilos de vida poco saludables (Vidarte Claros et al, 2011).

2.3. LA SITUACIÓN DE LAS ECNT Y LA INACTIVIDAD FÍSICA EN ARGENTINA.

El análisis de las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) entre 2001 y 2015 indica que las ECNT han sido sostenidamente responsables de más de la mitad del total de las defunciones a nivel país, oscilando en dicho período entre el 52,3 % (2014) y el 57,3 % (2001). Específicamente en la prov. de Santa Fe estos valores extremos fueron 49,5% (2013) y 59,2 % (2005), pudiendo observarse una tendencia a la baja más vertiginosa que a nivel del total país (Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2002-2016) (Figura 2.1).

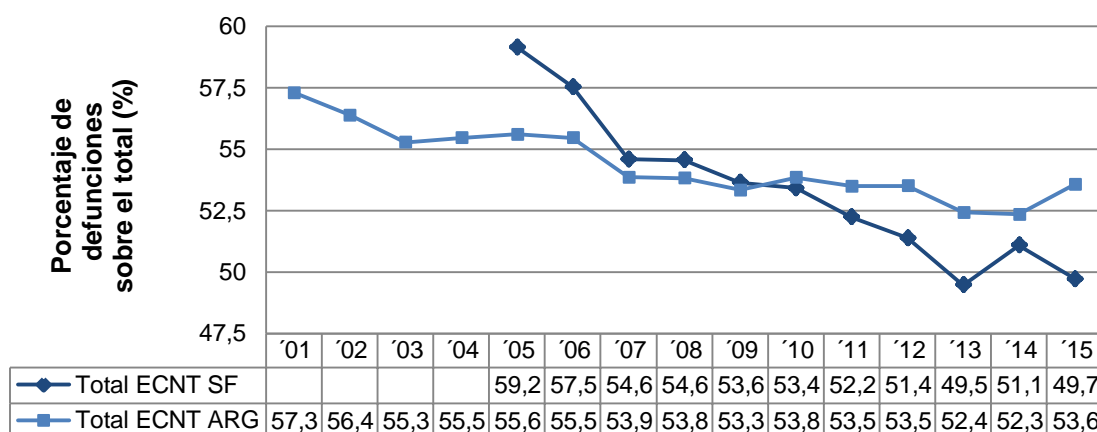


Figura 2.1. Porcentaje de defunciones por ECNT según DEIS. Total país y prov. de Santa Fe. Años 2001-2015.

Nota. Los datos a nivel provincial para el período 2001-2004 no estuvieron disponibles al momento de la elaboración de esta figura.

Fuente: elaboración propia.

Al interior de este grupo, el promedio del período analizado a nivel nacional, las enfermedades del sistema circulatorio [I00-I98] representan aproximadamente, el 56 % de las defunciones, seguidas de los tumores [C00-D48], la Diabetes Mellitus [E10-E14] y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores [J40-J47] con el 36 %, 5 % y 3 %, respectivamente⁶ (Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2002-2016).

⁶ A nivel provincial, 51 %, 39 %, 6 % y 4 %, respectivamente.

Analizadas las causas individualmente a lo largo del periodo, puede resaltarse un decremento acumulado del 4 % y 6,4 % en las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio a nivel del total país y la prov. de Santa Fe, respectivamente. En particular, a nivel nacional se observa el único de los indicadores que evidenció un empeoramiento de sus valores (enfermedades crónicas de las vías respiratorias); mientras que a nivel provincial se destaca una reducción de más de un tercio de las defunciones por diabetes mellitus (DEIS, 2002-2016) (Figura 2.2).

Según el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe (2013) en 2012 la tasa de mortalidad por ECNT a nivel provincial y del departamento Rosario fue del 43,4 % y 43,3 % respectivamente. En el departamento Rosario, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, procesos tumorales y diabetes fueron del 22,8 %, 19,5 % y 2,1 % respectivamente.

Las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo⁷ (ENFR 2005; ENFR 2009 y ENFR 2013) exponen para cada FR la prevalencia por grupos de edad, sexo, nivel de educación e ingreso por cada jurisdicción. De acuerdo con las mismas, los indicadores de peso según el Índice de Masa Corporal (IMC), muestran un aumento de la prevalencia de sobrepeso a nivel nacional mientras que no se observan variaciones significativas en la provincia de Santa Fe.

En lo que refiere a la prevalencia de obesidad, a nivel nacional se observaron incrementos del 3,4 y 2,8 %, y del 3,4 y 4,3 % en la provincia de Santa Fe (para los periodos 2005-2009 y 2009-2013, respectivamente) (MSN & INDEC, 2015) (Figura 2.3).

⁷ La ENFR es un estudio de prevalencia que forma parte del sistema de vigilancia epidemiológica y recolecta sistemática y periódicamente (cada cuatro años) información de interés para determinar prioridades en el diseño y evaluación de intervenciones en salud pública para la promoción de la salud y prevención de FR y ENT. Además, por contar con la validación de la OPS, este monitoreo puede ser utilizado para la comparación situacional respecto de otros países de la región. Se trata de una encuesta domiciliaria con la modalidad de autorreporte, aplicada con representatividad provincial en localidades de más de 5.000 habitantes, incluyendo únicamente personas de 18 años o más. A través de la misma se pretende no solo establecer el grado de asociación entre los diferentes FR y el daño a la salud, sino también establecer su frecuencia (magnitud), gravedad (complicaciones y letalidad) y posibilidad ser prevenido (vulnerabilidad) (MSN & INDEC, 2006).

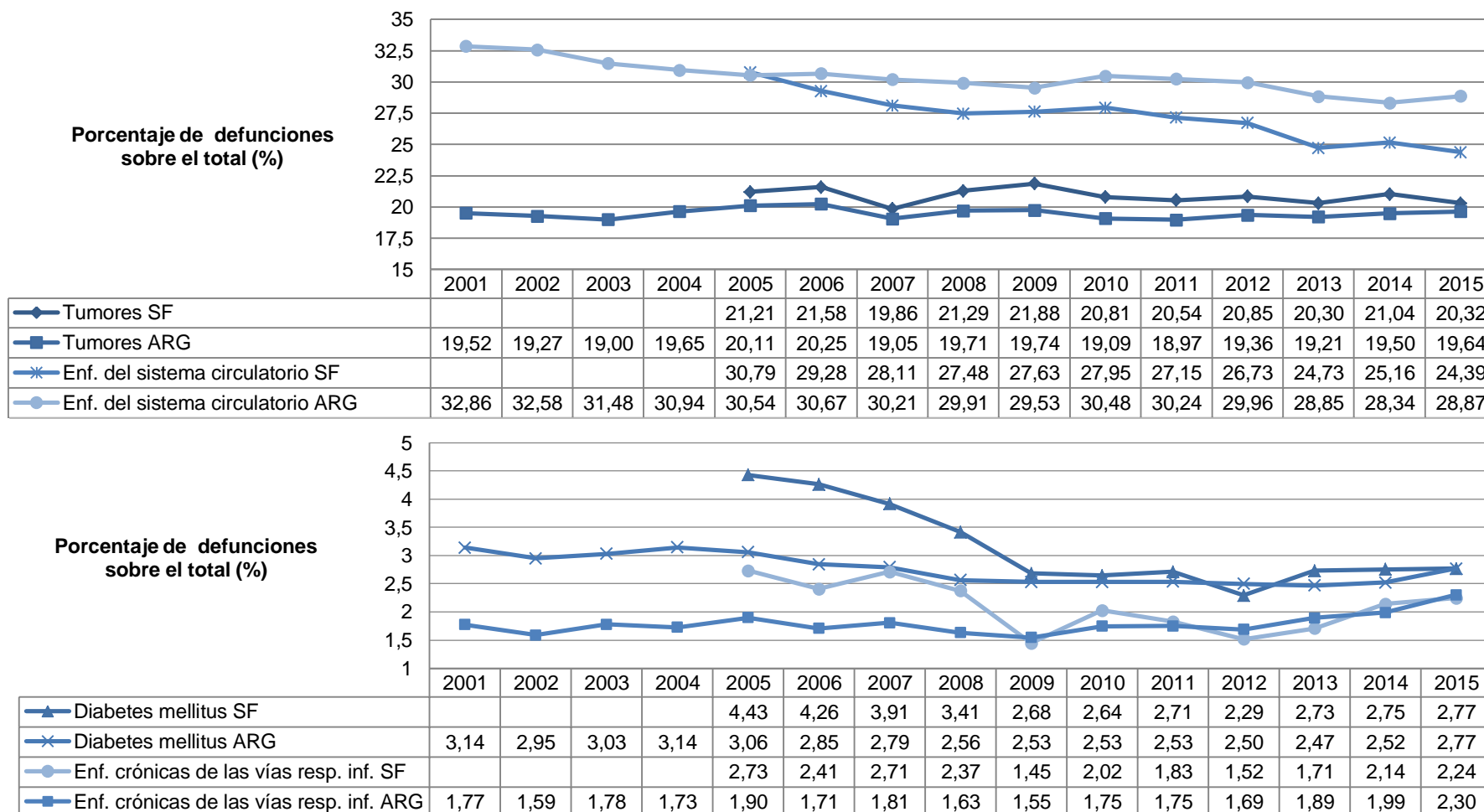


Figura 2.2. Porcentaje de defunciones por ECNT según DEIS. Total país y prov. de Santa Fe. Años 2001-2015.

Nota. Los datos a nivel provincial para el período 2001-2004 no estuvieron disponibles al momento de la elaboración de esta figura.

Fuente: elaboración propia.

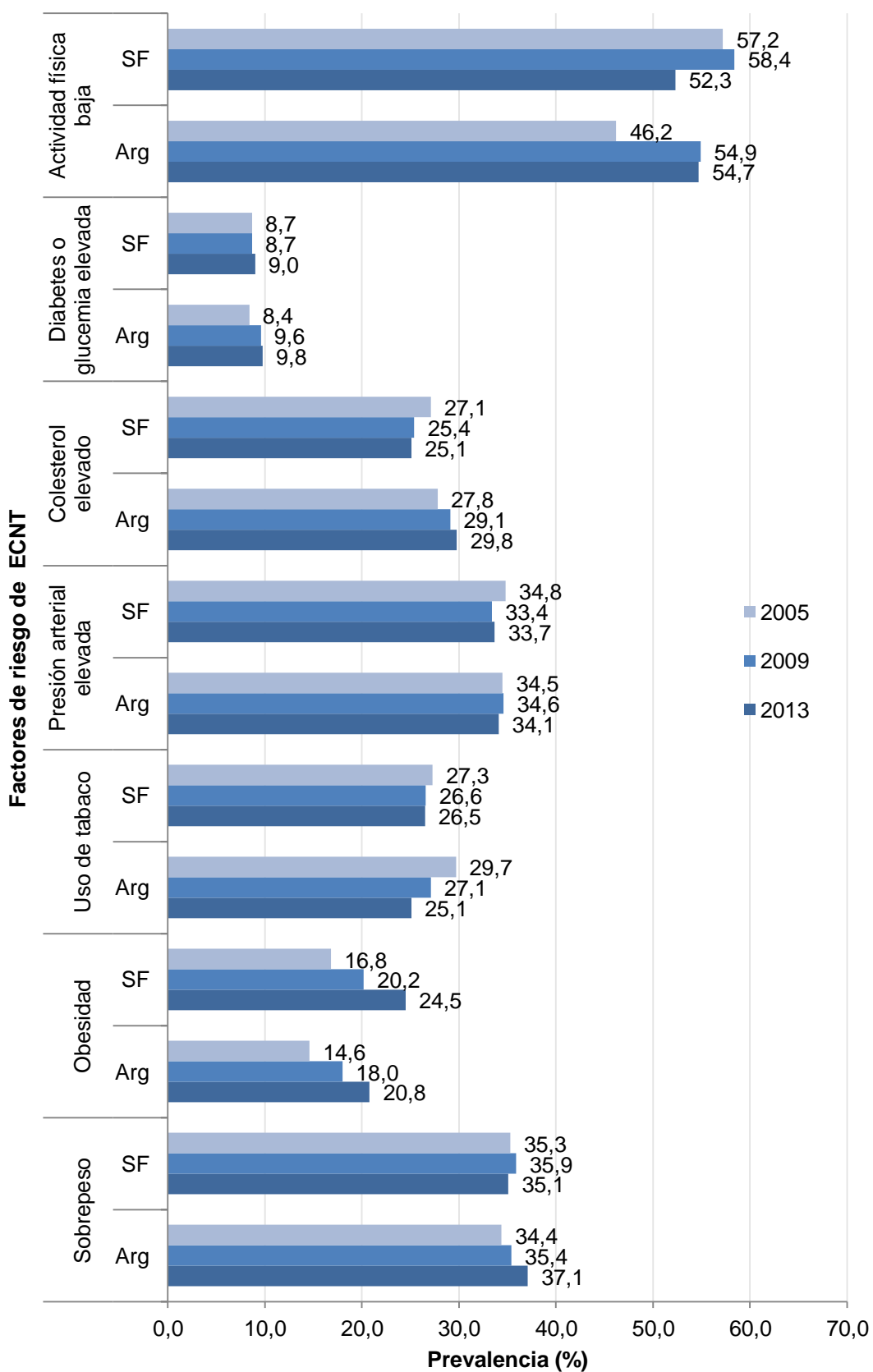


Figura 2.3. Prevalencia de factores de riesgo de ECNT según ENFR. Total país y prov. de Santa Fe. Años 2005, 2009 y 2013. Fuente: elaboración propia.

La prevalencia de AF baja en la provincia de Santa Fe mostró una disminución del 6,1 % entre 2009 y 2013, cayendo por debajo de la media a nivel nacional, que se ha mantenido estable durante ese periodo. Las subcategorías (que en la última edición no presentan valores discriminados por provincias) de mujeres, personas de 65 años y más y personas con primario incompleto presentaron a nivel nacional una mayor prevalencia de AF baja (MSN & INDEC, 2015) (Figura 2.4).

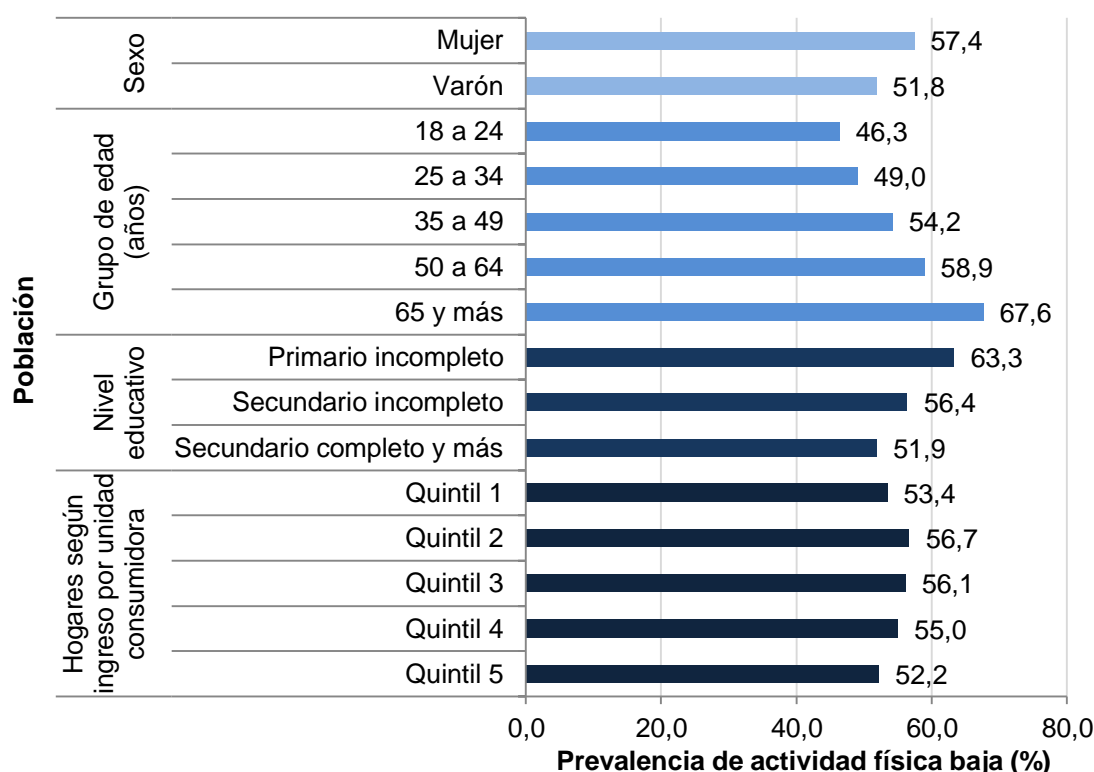


Figura 2.4. Prevalencia de actividad física baja por sexo, grupo de edad, nivel educativo y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora, según ENFR. Total país. Año 2013.

Fuente: elaboración propia.

El motivo más frecuentemente indicado como responsable de no haber realizado ningún tipo de AF fue la falta de tiempo (38,7 %), seguido de razones de salud y falta de voluntad (26,8 % y 14,2 %, respectivamente) (MSN & INDEC, 2015).

Acorde a lo que vienen exhibiendo estadísticas sanitarias de diversos orígenes y alcances, aun siendo variables los índices observados en diferentes poblaciones así como también las consecuencias generadas sobre estas últimas; puede afirmarse que el problemático aumento de la incidencia de ECNT y de los insuficientes niveles de actividad física no se limitan a poblaciones definidas en torno a variables socioeconómicas, demográficas, ni tampoco geográficas.

No obstante, reconocido este alcance general de la problemática, resultó necesario establecer un recorte temporal y territorial que se ajustara a los recursos disponibles para esta investigación. En consecuencia, se definió como población bajo estudio a las intervenciones públicas destinadas a promover/fomentar la AF desarrolladas en la ciudad de Rosario, independientemente de que estas fueran de origen nacional, provincial o municipal.

La elección de este municipio respondió fundamentalmente a dos motivos. En primer lugar, tanto la Provincia de Santa Fe como la municipalidad de Rosario, cuentan con sitios web oficiales que ofrecen acceso a las normativas sancionadas en cada nivel, condición fundamental para disponer de las fuentes secundarias a través de las cuales se llevó a cabo la identificación de las intervenciones congruentes al objeto de estudio. En relación a esto quedaron configuradas las limitaciones principales de este trabajo (ver Capítulo IX).

En segundo lugar, según datos oficiales correspondientes al Censo del año 2010, Rosario es la ciudad con mayor población en la Provincia de Santa Fe (948.312 habitantes), con más del doble de población que la capital provincial, Santa Fe de la Vera Cruz, que contaba en ese mismo año con 391.231 habitantes (Gobierno de Santa Fe, s/f) Por tal motivo, el municipio Rosario fue delimitado dentro de la provincia, como marco geográfico para realización del presente trabajo.

Cabe indicar que este estudio estuvo limitado a incluir únicamente intervenciones relevadas a través de documentos oficiales, con lo cual no puede descartarse la existencia de otras intervenciones que no hayan

resultado identificadas por no disponer de un documento propio accesible a través de la búsqueda llevada a cabo en los sitios web oficiales. A su vez, la revisión de instrumentos normativos no permite ofrecer información respecto de la implementación y los resultados de las intervenciones identificadas. Aun con estas limitaciones, este trabajo ofrece un interesante relevamiento específico de intervenciones públicas destinadas a fomentar la AF en la población en los últimos años 15 años; y un análisis particular de las mismas en relación a la preocupante situación epidemiológica de las ECNT.

Por otra parte, es importante destacar que dicho municipio, a través de la Secretaria de Salud Pública de la ciudad, ha decidido sumarse a la iniciativa “Municipios Saludables” de la OMS/OPS, iniciando dicho proyecto en febrero de 2001 (Alessandro, 2002). Esta condición aumenta la pertinencia y agrega un interés particular a la elección de este territorio.

Lo mencionado hasta aquí explica la relevancia de esta localidad como territorio/población, no solo por su representatividad (a nivel provincial) en términos de cantidad de habitantes; sino también por la complejidad de diseño y gestión requerida por parte de las intervenciones que pretendan ser desarrolladas en dicho municipio.

En resumen, a pesar de la amplia producción de conocimiento científico respecto de las ECNT, las intervenciones desarrolladas para luchar contra estas no han conseguido resultados positivos suficientes (Ferrante et al., 2011). En línea con ello, García & González-Jurado (2017), tras concluir que la inactividad física representa una importante carga económica y de mortalidad para la población de Argentina, recomiendan desarrollar líneas de investigación destinadas a indagar sobre los factores que afectan a la práctica de AF y fortalecer el desarrollo de políticas públicas dirigidas a reducir el sedentarismo en Argentina.

En este marco y considerando al municipio de Rosario como delimitación geográfica, este trabajo pretende explorar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los atributos de la/s política/s pública/s de promoción de la actividad física para la prevención y/o control de las

Enfermedades Crónicas No Transmisibles, desarrollada/s en la ciudad de Rosario entre los años 2003 y 2017?

Con esa pregunta como guía, esta investigación se propone generar aportes capaces de optimizar la planificación, gestión y desarrollo de intervenciones destinadas a promover la actividad física como elemento de prevención y control de las ECNT en la Ciudad de Rosario.

Se pretende que los aportes generados sean insumos útiles para la labor de los decisores y actores claves, de forma tal que posicionen a estos últimos en mejores condiciones para diseñar e implementar intervenciones oportunas y sensibles a las necesidades de la población por medio de las cuales esta pueda mejorar sus condiciones de salud en relación a las ECNT y sus factores de riesgo.

Entendemos que la pregunta central, en acuerdo con Puska (2002, p. 5, traducción propia) “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”.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los atributos de las políticas públicas de promoción de la actividad física vinculadas a la prevención y control de las ECNT, a través de las intervenciones creadas para su implementación en la ciudad de Rosario entre los años 2003 y 2017.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las intervenciones públicas para la promoción de la AF creadas a nivel provincial o municipal para su implementación en la ciudad de Rosario entre los años 2003 y 2017.
- Caracterizar las intervenciones según su tipo, jurisdicción de creación, año de inicio, acción propuesta, abordaje conceptual de prevención, participación sectorial y población destinataria.
- Reconocer el perfil de política pública de promoción de la AF para la prevención y/o control de las ECNT a partir de las características de las intervenciones creadas para su implementación a nivel municipal.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 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 niveles⁸ (Vignolo et al., 2011):

- 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

⁸ 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 provocado por la intervención médica” (Gérvás Camacho, Gavilán Moral & Jiménez de Gracia, 2012, p. 312).

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 población para que estas puedan aumentar el control sobre los factores que determinan su salud y puedan 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, Vélez Álvarez, Sandoval Cuellar & Alfonso Mora, 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, Castiel & Almeida Cardoso (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).

4.2 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 las élites urbanas 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"⁹ ("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, 1996).

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 perspectiva se deterioró durante las décadas del 80' y 90' con la llegada de políticas neoliberales que desplazaron la atención puesta en la OMS para otras organizaciones más afines a ese ideal como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Desde esa óptica se minimizó el valor otorgado a los bienes comunes y se procedió a la revisión de los presupuestos asignados a la salud pública para controlar las finanzas del Estado (Berlinguer, 2007).

Este proceso redirigió la atención sanitaria hacia los cuidados médicos individuales en detrimento de la conformación de sistemas de salud

⁹ Cuyo nombre formal fue: "A new perspective on the health of Canadians" (en español, "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses").

integrales y del desarrollo de estrategias multisectoriales para el cuidado de la salud (Almeida, 2002).

Desde esa perspectiva, 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 medioambientales¹⁰. 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, 2018). 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 13 años entre los grupos poblacionales de mayores y menores ingresos (OPS, 2014).

¹⁰ Aunque en los 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).

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 & Irwin (2010) desarrollaron un marco conceptual y de trabajo que sintetiza muchos elementos de modelos anteriores, y particularmente en el 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 & 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 (Álvarez Castaño, 2009).

Este modelo de Solar & Irwin (2010) se compone de tres elementos clave: el contexto socioeconómico y político, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios (Figura 4.1).

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.

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*.

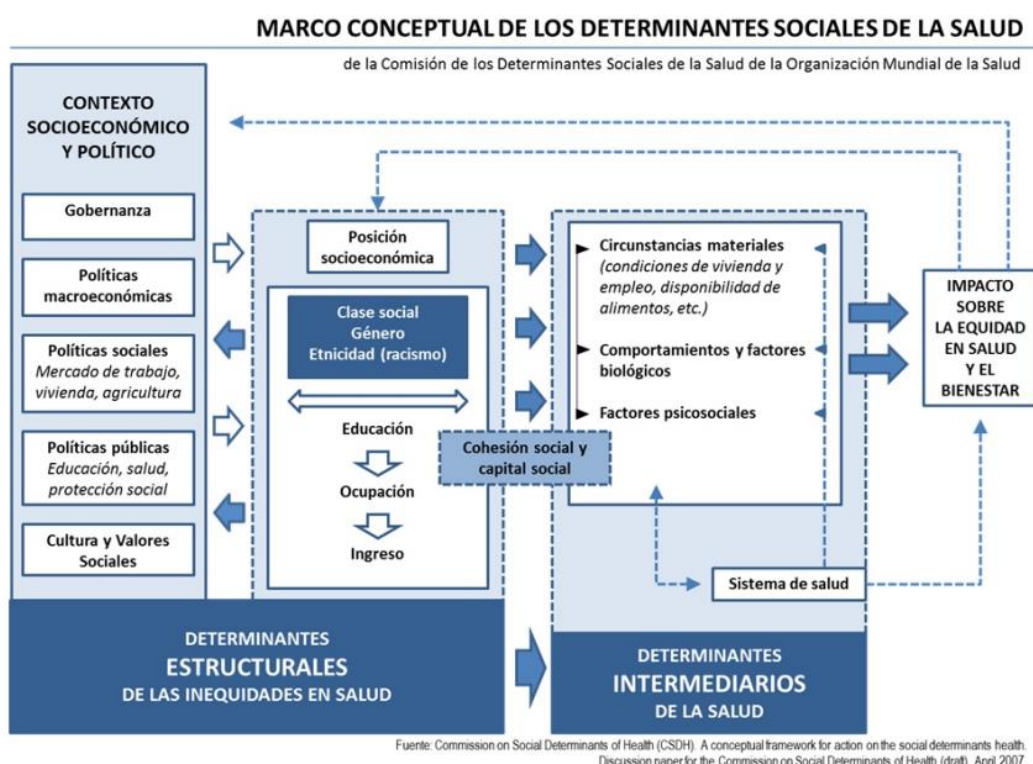


Figura 4.1. Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

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).

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 4.2).

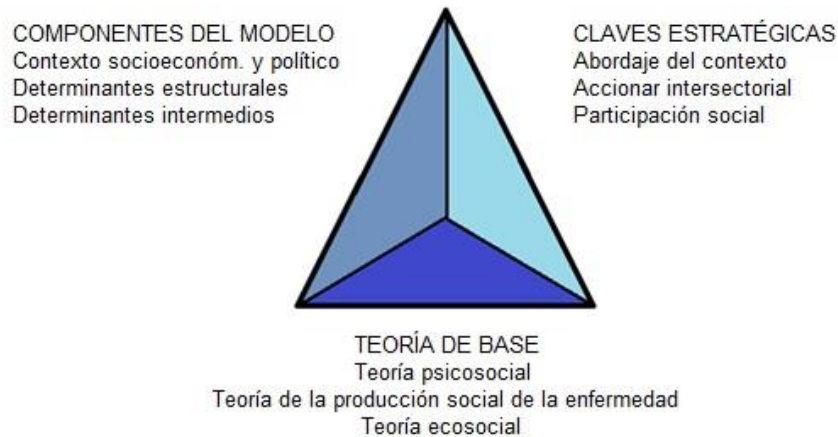


Figura 4.2. Tríada de conceptos clave del marco conceptual para la acción sobre de los DSS de Solar & Irwin.
 Fuente: elaboración propia.

Como destaca Breilh (2013), 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).

4.3 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 posibilidad 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 desestima 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.

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; Weber¹¹ sostenía que la estructura social se

¹¹ 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

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 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).

desarrollada en su obras póstuma llamada “Economía y Sociedad”, publicada en 1922) (Kim, 2017).

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 4.3) (Cockerham, 2014).

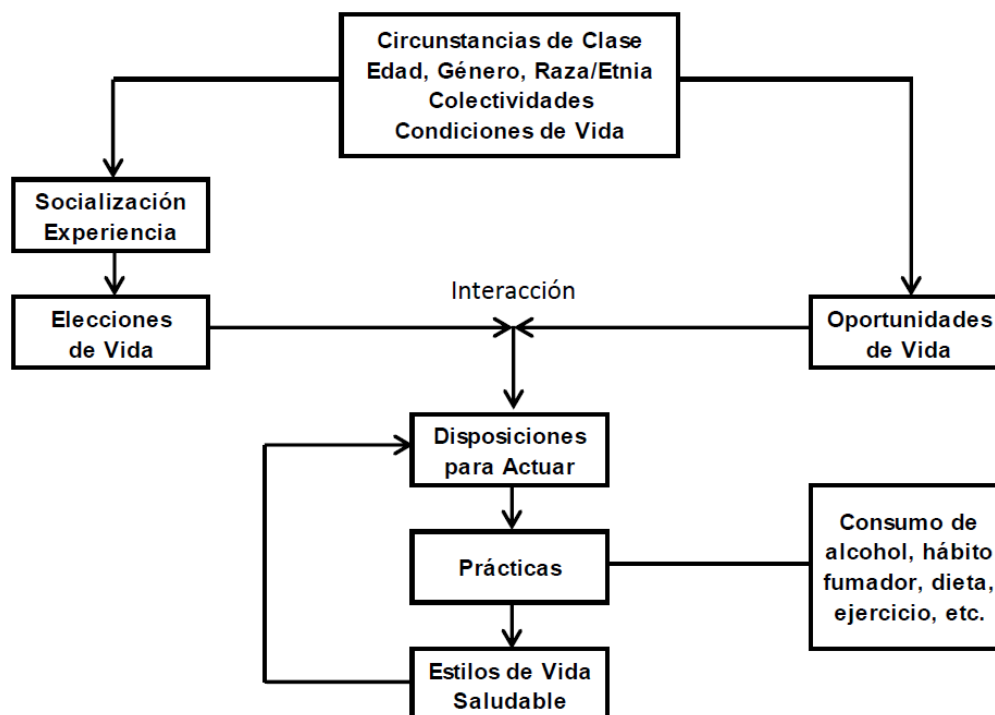


Figura 4.3. Estilos de vida saludable

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).

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 actúe 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).

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 simples por parte de la población tales como el lavado de las manos para la prevención del contagio de algunas enfermedades transmisibles. 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. 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.

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 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, Rodríguez, & De Abajo, 2006)

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 endoculturación¹² 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).

La introyección de las conductas (posiblemente luego transformadas en hábitos) en las primeras etapas de la vida 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).

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 (Nuviala Nuviala et al., 2009; Martínez Baena, et al., 2012; Flores Martínez & Ramírez Elías, 2012).

Teniendo en cuenta esto, y que el ambiente en que los niños y jóvenes cursan su desarrollo influencia la adopción de la práctica de AF como hábito de vida (Flores Martínez & Ramírez Elías, 2012); el dispositivo escolar adquiere mucha importancia en la determinación (o no) de un estilo de vida activo, por ser la única institución que recibe a casi la totalidad de la población durante esas etapas de la vida (Airasca, 2011).

¹² 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.

4.4 ACTIVIDAD FÍSICA

Durante las últimas décadas se ha producido una amplia evidencia científica acerca de los beneficios que la práctica regular de actividad física (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).

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 lipoproteínas de baja densidad (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). Realizada durante 30 minutos al menos tres veces por semana, la AF reduce la incidencia de hipertensión arterial, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares (Vidarte Claros et al., 2011).

Un estudio que incluyó 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).

Por otra parte, 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).

Según Thune & 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 e 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 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 definida de diversas maneras, pudiendo ser considerada desde una perspectiva biologicista 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 que la defina 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; variando 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.

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).

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).

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 hacer nada” (Pérez Samaniego & Devis Devis, 2003; Vidarte Claros et al., 2011).

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 por último, 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.

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”. 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”¹³ (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 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

¹³ Texto original: “desire to have fun, pursue interests, be stimulated”.

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 incluyó 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 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*, dónde 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 valoración que la persona hace de este último, 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 competiciones, 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).

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, 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 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. Irwin (2004) encontró en universidades de China, EE.UU, Canadá y varios países europeos que más de la mitad de los estudiantes no eran suficientemente activos, mientras que Vidarte 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.

4.5 POLÍTICAS E INTERVENCIONES

La gravedad de la problemática en torno a las ECNT es actualmente bien conocida y genera preocupación a nivel mundial. Ejemplo de ello es la inclusión de las mismas como una meta específica (3.4) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OSD) que propone, para el año 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura provocada por estas enfermedades (OMS, 2017).

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).

En este marco, los gobiernos entienden necesaria la inversión de recursos en intervenciones de amplio impacto que busquen disminuir la carga de ECNT. La evidencia indica que la mejor relación costo-efectividad para la inversión de esos recursos la tienen las intervenciones preventivas por sobre las terapéuticas.

Por lo anterior, y fundamentalmente dada 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 [MSN], 2009).

En respuesta a esta situación, se encuentran vigentes a nivel mundial, regional y local, múltiples estrategias y planes de acción específicos que pretenden alterar el curso actual de esta problemática.

A nivel 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*, 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 *Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*.

En consonancia, la OPS (oficina regional de la OMS para las Américas) 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 CINDI¹⁴, 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).

En Argentina, el MSN creó en 2009 la *Dirección de Promoción de la salud y control de las ECNT* la cual presentó ese mismo año la *Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles*, que reúne diversos programas y tiene como finalidad reducir la prevalencia de factores de riesgo (FR) y mortalidad por ECNT, y mejorar el acceso y calidad de atención a personas con enfermedad crónica (MSN, 2009).

Esta estrategia comprende tres ejes de acción: promoción de la salud y control de los FR a nivel poblacional, reorientación de los servicios de salud hacia la prevención y abordaje integrado de las ECNT (elaboración de guías clínicas), e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica para estas enfermedades y sus FR (MSN, 2013a).

La misma ambiciona alcanzar la intersectorialidad fomentando la participación de la sociedad civil (integración de comisiones existentes e instituciones científico-académicas), la participación entre sectores y la participación intergubernamental (internacional, regional -MERCOSUR- y federal -por acuerdo con las provincias-) (MSN, 2009).

¹⁴ 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 en la actualidad con la participación de 27 países y se ha convertido en un modelo para la elaboración de otros programas regionales de la OMS.

Acorde a ello, se fundó la *Comisión Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles*, creada en el ámbito del Ministerio de Salud pero con invitaciones extendidas para ser integrada por funcionarios de otros ministerios (como Educación, Desarrollo Social, Economía y Finanzas), y otras instituciones (como el INSSJP¹⁵, la Superintendencia de Salud, universidades, entre otras); y cuyo objetivo inicial fue asesorar a las autoridades sobre acciones intersectoriales para la prevención y control de las ECNT y sus FR (MSN, 2009).

El MSN (2013a) estableció también el *Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables*, atento al desarrollo de acciones de prevención y promoción a nivel nacional y provincial, pero entendiendo que los municipios constituyen un ámbito fundamental para ejercer el control efectivo de las ECNT por considerar a los gobiernos locales los más próximos de la población¹⁶.

El Programa considera que estos niveles de gobierno cuentan con mejores condiciones para introducir cambios en el entorno local que faciliten a sus habitantes la adopción de mejores decisiones para su salud. La propuesta es abordar integralmente los determinantes de la salud desde las particularidades locales, promoviendo acuerdos con los diferentes sectores de gobierno y desarrollando capacidades institucionales a nivel local para el desarrollo de políticas, programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (MSN, 2013a).

En este contexto, el empoderamiento y la participación social y comunitaria en el nivel local resulta elemental para la adecuación de las acciones a las necesidades de la población; mientras que la capacitación, el monitoreo y la

¹⁵ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

¹⁶ Vigente desde 2008, este programa tuvo su origen en 2001 con la creación de la estrategia de Municipios Saludables a través de los gobiernos locales que conformaron la Red Interinstitucional de Municipios, la cual, a partir del fuerte compromiso demostrado hacia el desarrollo de políticas públicas saludables, fue institucionalizada por medio de la Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables del MSN. Finalmente, el desarrollo y crecimiento evidenciado por la red dio lugar al programa nacional dentro de la estructura ministerial con el objetivo de otorgarle a la misma una mayor sustentabilidad institucional (Nieto, 2016).

evaluación institucional asisten al diseño y la implementación de las políticas (MSN, 2013a).

Este Programa está inspirado en el modelo de gestión por resultados en el cual la implementación de un sistema de acreditación continuo supone una herramienta de estímulo al desarrollo de políticas locales para promover condiciones y modos de vida saludables. Son *Municipios Saludables* aquellos que abordan de forma integral los factores que condicionan negativamente la salud con políticas públicas adecuadas, definidas participativa e intersectorialmente para reducir las inequidades existentes en sus territorios (MSN, 2013a).

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). 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.

No obstante, destacan que el éxito depende 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 (Cunill-Grau et al., 2015).

Al respecto, el MSN (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.

Por su parte, dirigentes de gobiernos y organizaciones de las Naciones Unidas refrendaron la Declaración de Shanghái en la 9^a 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.

El manual de “*Acciones municipales de promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco*” 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 (MSN, 2013a).

Puntualmente para el fomento de la AF 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 los fines de semana y la ampliación del espacio entre las paradas del transporte público (MSN, 2013a).

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).

También específicamente sobre la promoción de la AF se han elaborado múltiples 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.

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 (MSN, 2013b).

A nivel nacional, se destaca la creación del *Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo*, sancionada en 2013 en el ámbito del MSN. En el contexto del mismo fueron elaborados el proyecto *Tu pausa Activa* y el *Manual director de Actividad Física y Salud de la República Argentina*.

Tu pausa Activa es un proyecto que tiene por objetivo la adopción de hábitos saludables en el ámbito laboral. Consta de un software que al ser instalado en la computadora laboral, ejecuta automáticamente un programa que brinda indicaciones para la realización de ejercicios de estiramiento, fortalecimiento, para la disminución de la fatiga visual, entre otros. Se tratan de consejos fáciles y seguros adaptados al trabajador a partir de una serie de preguntas iniciales de configuración (MSN, 2013b).

El Manual director de Actividad Física y Salud pretende ser una herramienta para facilitar la implementación de intervenciones para el fomento de AF. Destinado tanto a profesionales de la salud (prioritariamente a los del primer nivel de atención) como a decisores políticos, expone situaciones específicas e información actualizada sobre la situación Argentina con el objetivo de sensibilizar a los profesionales y decisores respecto de la problemática y aportar acciones claras para hacer frente a ella (MSN, 2013b).

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 (MSN, 2013b). Diferentes investigaciones epidemiológicas o experimentales han concluido

que la AF es actualmente una de las mejores inversiones en términos de salud pública (Márquez et al., 2006)

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).

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 participación 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 & 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).

A pesar de los vastos datos recolectados y las reflexiones alcanzadas por las investigaciones desarrolladas, a menudo puede observarse una escasa capacidad de estas para influir en la agenda política (dada la pobre articulación existente entre el diseño de las investigaciones y los aspectos esenciales para la gestión) y, un muy limitado uso de la evidencia científica existente para la construcción de las políticas de salud (Báscolo, Yavich, & Ponce, 2011).

V. METODOLOGÍA

5.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Este estudio corresponde a un diseño de naturaleza descriptiva, transversal, no experimental, según su objetivo, temporalidad e intervención del investigador, respectivamente.

La necesidad de técnicas flexibles que permitieran estudiar las intervenciones de manera contextualizada y desde diferentes perspectivas para la descripción del perfil de la política pública, tanto como la preferencia de técnicas integradoras que favorecieran el análisis interpretativo del perfil reconocido justificaron la elección del método cualitativo como abordaje metodológico para el desarrollo de este estudio.

Esta investigación pretendió conocer y entender lo que sucede, para luego analizarlo e interpretarlo de forma profunda, sin pretensiones de cuantificación ni generalización lineal de los resultados obtenidos (Pineda, Alvarado & Canales, 1994).

En este aspecto, resultó indeseable limitar de antemano la interpretación del fenómeno a un número estrictamente predeterminado de categorías de estudio, prefiriendo un abordaje más dinámico que permitiera un análisis sensible a lo emergente y al contexto para la interpretación de los hallazgos. No obstante, se presentan más adelante las categorías de análisis establecidas inicialmente como punto de partida de este trabajo.

5.2. FENÓMENO BAJO ESTUDIO

Esta investigación tuvo como universo al conjunto de intervenciones¹⁷ públicas creadas por el gobierno provincial o municipal, entre los años 2003 y 2017, con la finalidad de promover y fomentar la AF entre la población residente en la ciudad de Rosario. 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.

De esta manera, este trabajo tuvo como objeto de estudio a cada una de las intervenciones identificadas, mientras que las unidades de recolección fueron los instrumentos normativos (leyes, decretos, resoluciones, disposiciones u ordenanzas) referentes a las mismas y otros contenidos de interés (textos, audios y/o videos) publicados en el sitio web oficial de la provincia de Santa Fe y del municipio Rosario. Por lo tanto, para el desarrollo de este estudio se emplearon únicamente fuentes secundarias.

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 y sancionada entre los años 2003-2017;
- Disponer de acceso a al menos un instrumento normativo que la reglamente.

¹⁷ Se entendió por intervención 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).

5.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia elaborada para la recolección de datos comprendió el desarrollo de tres etapas (Figura 5.1):

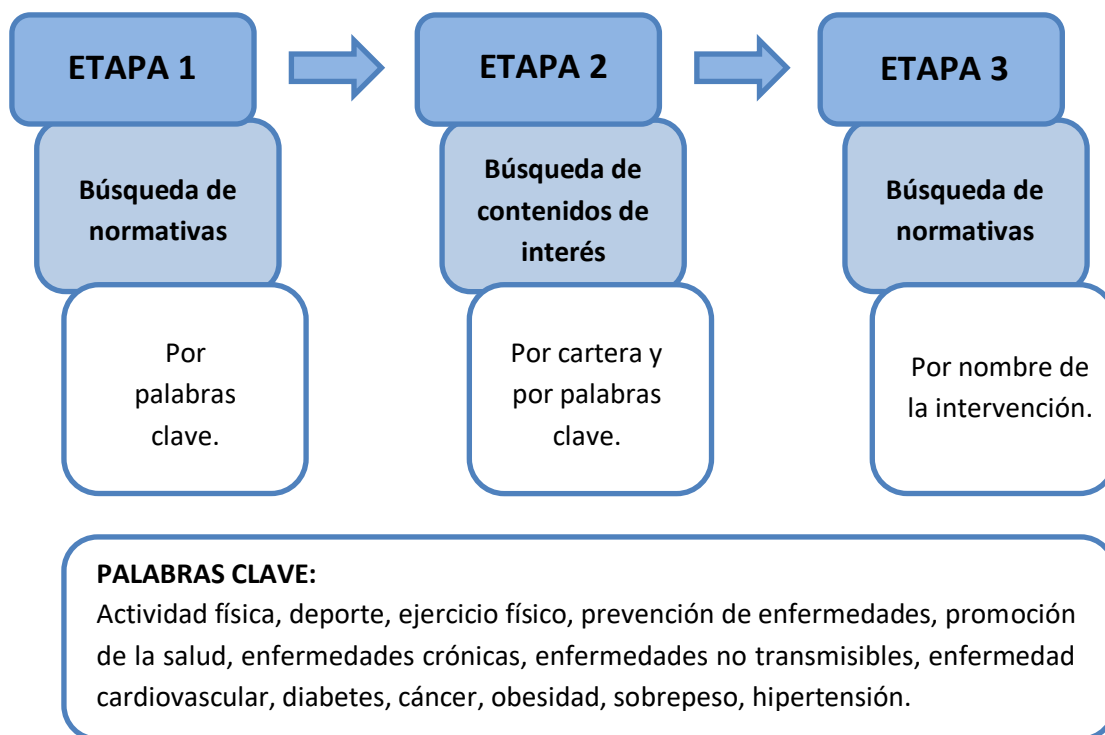


Figura 5.1. Estrategia de búsqueda.

Fuente: elaboración propia.

➤ ETAPA 1

Para la identificación de intervenciones se desarrolló inicialmente una búsqueda sistemática de instrumentos de valor normativo (leyes, decretos, resoluciones, disposiciones u ordenanzas) que reglamentaran las mismas.

La indagación a nivel provincial fue llevada a cabo en el sitio web oficial de la Provincia de Santa Fe a partir del *Sistema de Información de Normativa -SIN-* (<https://www.santafe.gov.ar/normativa/>). La búsqueda se desarrolló utilizando las siguientes palabras clave: actividad física, deporte, ejercicio físico, prevención de enfermedades, promoción de la

salud, enfermedades crónicas, enfermedades no transmisibles, enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer, obesidad, sobrepeso e hipertensión.

De acuerdo a las propiedades del formulario de búsqueda de la página web, la indagación debió realizarse secuencialmente por *tipo de norma* (leyes, decretos, disposiciones, resoluciones y dictámenes), sin seleccionar *tema* ni *iniciador*, con delimitación temporal *desde* 01-01-2003 *hasta* 31-12-2017, y colocando las palabras claves como *texto* de búsqueda con la selección de *coincidencia* de tipo frase exacta.

Atentos a esta última selección y para evitar cualquier posible sesgo de búsqueda por este motivo; las palabras clave fueron dispuestas, cuando necesario, tanto en singular como en plural (ej: enfermedad crónica y enfermedades crónicas), como de forma truncada (ej: deporte y deport).

Por su parte, la búsqueda a nivel municipal se efectuó en el sitio web oficial de la Municipalidad de Rosario por medio de la herramienta *Buscador de Normativa* (<http://www.rosario.gov.ar/normativa/visualExterna/normativas.jsp>) utilizando las palabras clave antes mencionadas.

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 *Nº de norma* y *año de norma* se mantuvieron vacíos). Dado que la página no ofreció la posibilidad de limitar la búsqueda a un determinado periodo de tiempo, la limitación debió ser efectuada recién sobre los resultados.

En este caso, las palabras clave (en singular y plural) fueron colocadas entre comillas siguiendo la recomendación ofrecida por la página para el desarrollo de búsquedas exactas.

Para finalizar esta primera etapa se procedió a la lectura completa de las normativas a fin de revelar los nombres de las intervenciones a las

que pudiera hacer referencia, e identificar otras normativas vinculadas a ellas, cuya búsqueda y lectura fue desarrollada seguidamente como parte de esta etapa.

➤ ETAPA 2

En esta etapa se desarrolló una exploración general de los sitios web oficiales de la Provincia de Santa Fe (<https://www.santafe.gov.ar/>) y de la Municipalidad de Rosario (<https://www.rosario.gov.ar/web/>). En primer lugar, la exploración se realizó por carteras siguiendo la estructura de árbol, y a continuación utilizando las palabras clave en los buscadores generales.

La finalidad de esta etapa fue recuperar contenidos de interés (textos, audios y/o videos) para profundizar el conocimiento de las intervenciones más allá del texto de sus normativas, e identificar intervenciones que no hubieran sido captadas en la etapa anterior.

➤ ETAPA 3

Finalmente, se volvió a las fuentes señaladas en la etapa 1 para configurar una nueva búsqueda pero ahora empleando los nombres de las intervenciones. En el caso de las intervenciones halladas en la etapa 1 esta acción tuvo por objetivo buscar otras normativas que pudieran aportar más información respecto de las mismas; mientras que en relación a aquellas intervenciones que no habían sido encontradas inicialmente (hallazgos de la etapa 2) el objetivo fue recuperar el/los instrumentos normativos que la reglamentaban (criterio de inclusión) y así poder incluirlas como objeto de estudio.

Por medio de esta técnica flexible se pretendió captar el máximo de intervenciones posibles a través de indicios que fueron apareciendo durante la búsqueda. Esta última fue ejecutada durante el mes de noviembre de 2018.

5.4. ANÁLISIS DE DATOS

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 construidos 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.

5.5. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Al delimitar los objetivos de esta investigación fueron definidas las categorías de relevancia directa para el estudio.

Se explicitan a continuación las categorías y subcategorías con sus respectivas definiciones operacionales; entendidas estas como el conjunto de indicaciones que permitieron adjudicar valores nominales a cada categoría a partir de la información recolectada (Tabla 5.1).

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 5.1
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
	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 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 los derechos de los menos favorecidos y equilibrarlos en relación a los que están en una mejor posición (Chávez Gutiérrez, 2011). De esta manera, el área de desarrollo social planifica/ejecuta acciones públicas encaminadas a garantizar los derechos y fomentar la movilidad social de las personas y colectivos en condiciones sociales, económicas y/o geográficas de precario reconocimiento de sus derechos, como la pobreza y la exclusión social.

También fueron incluidos en esta categoría 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 (aunque no exclusivamente¹⁸) a garantizar atención a la población que carece de cobertura proveniente de algún tipo de seguro social o privado (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

¹⁸ El 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 (PNUD, 2011).

características específicas en común (grupo) que las diferenciaba del resto de la población (siempre que no fueran relativas a condiciones de vulnerabilidad descritas 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 socioeconómica 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 65 años.
- **Adultos mayores:** mayores de 65 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 & 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-) u otras que no pueden ser incluidas en ninguna de las categorías anteriores.

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 gubernamental¹⁹.

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).

¹⁹ 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 nacional, provincial y municipal, y son expuestos de acuerdo a estas últimas.

Se consideraron sectores participantes todos aquellos que no siendo responsables de la intervención fueron parte de la misma. 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 mismas fueron clasificadas también en relación al «**tipo de intervención**», «**jurisdicción**» y «**año de inicio**» (Tabla 5.2).

Tabla 5.2
Clasificación de las intervenciones.

INTERVENCIONES	
Tipo	- Programa - Acción específica - Norma jurídica
Jurisdicción	- Nacional - Provincial - Municipal
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).
- **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, reglamentando derechos y/u obligaciones (leyes, regímenes, órdenes ministeriales, decretos, etc.).

En lo que concierne a la jurisdicción, las intervenciones fueron clasificadas según el nivel de gobierno responsable de su creación: **nacional, provincial o municipal.**

Debe aclararse que dentro de la clase nacional, fueron incluidas únicamente aquellas intervenciones a las cuales la provincia de Santa Fe adhirió por normativa, motivo por el cual fueron captadas ya que la estrategia de búsqueda desarrollada no se propuso la identificación de intervenciones creadas a nivel nacional.

Es necesario señalar que al no tener este trabajo por objetivo la inclusión de intervenciones de alcance nacional, las fuentes consultadas no fueron específicas ni adecuadas para tal fin, por lo que resulta evidente que la identificación de intervenciones a este nivel no ha sido exhaustiva.

Respecto a las intervenciones del nivel provincial, debe considerarse que fueron excluidas aquellas que no comprendieron al municipio Rosario (por ejemplo, por estar destinada solo a comunas o por circunscribirse a un área geográfica diferente).

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 intervención²⁰. En aquellos casos en que esta última no pudo ser localizada,

²⁰ Independientemente de su coincidencia o no con el año de inicio de la implementación de la misma.

se asignó como año de inicio el año en que comenzó a implementarse según las fuentes oficiales consultadas²¹.

²¹ En el caso de intervenciones provinciales en las que el año de implementación a nivel provincial fue diferente (anterior) al año de implementación a nivel del municipio Rosario, fue considerado este último como año de inicio.

VI. RESULTADOS

6.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

La búsqueda conducida en el *Sistema de Información de Normativa -SIN-* de la Provincia de Santa Fe arrojó inicialmente un total de 931 normativas.

A partir de la revisión de títulos y fragmentos del texto que incluyeron alguna de las palabras clave fueron eliminadas 865 normativas (Tabla 6.1). Luego de la extracción de duplicados se obtuvo un total de 42 normativas (11 leyes, 5 decretos, 2 disposiciones y 24 resoluciones).

Tabla 6.1

Normativas encontradas (E) e incluidas (I) a partir de la revisión de los resultados de la búsqueda en el Sistema de Información de Normativa de la Provincia de Santa Fe según palabras clave y tipo de normativa.

Palabra clave	Leyes		Decretos		Disposiciones		Resoluciones		TOTAL	
	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I
Actividad física	1	1	4	1	9	2	14	0	28	4
Deporte	35	7	30	4	0	0	513	23	578	34
Ejercicio físico	1	1	0	0	0	0	24	0	25	1
Prevención de enfermedad	2	1	3	0	1	1	9	0	15	2
Promoción de la salud	5	3	9	1	3	1	26	1	43	6
Sedentarismo	0	0	0	0	1	1	2	1	3	2
Enfermedad crónica	1	0	1	0	8	1	11	1	21	2
Enfermedad no transmisible	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Enfermedad cardiovascular	0	0	1	0	6	1	2	0	9	1
Diabetes	2	2	4	0	4	2	20	0	30	4
Cáncer	3	0	5	0	18	1	13	0	39	1
Obesidad	2	2	1	0	20	2	4	0	27	4
Sobrepeso	1	1	0	0	3	1	1	0	5	2
Hipertensión	0	0	0	0	106	2	1	0	107	2
TOTAL	53	18	58	6	180	16	640	26	931	66

Nota. Los valores totales contienen las normativas duplicadas.

Fuente: Elaboración propia.

A partir de estas normativas fueron identificadas 26 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 10 intervenciones: cuatro de ellas²² representaron acuerdos institucionales, proyectos o estrategias que no pudieron ser consideradas intervenciones en sí mismas ni condujeron a intervenciones concretas; otras cuatro²³ no correspondieron al periodo temporal de análisis de este trabajo; y, dos²⁴ intervenciones más que no explicitaron la intención u objetivo de promover la AF.

La exploración general desarrollada durante la etapa 2 sobre el sitio web oficial de la Provincia de Santa Fe permitió identificar tres intervenciones que no habían sido captadas en la etapa anterior aunque solo una de ellas pudo ser incluida (el «Programa de fomento de clubes en barrios del Plan ABRE»)²⁵.

Finalizada la etapa 3 (que no derivó en la inclusión de nuevas intervenciones) fue completada la estrategia de búsqueda sobre las fuentes secundarias correspondientes a la provincia de Santa Fe con el resultado de 17 intervenciones incluidas como objetos de estudio.

²² Plan Estratégico Nacional 2016-2021 "Argentina Enseña y Aprende" - Proyecto de Protección de la Población Vulnerable Contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles - Convenio de acuerdo para el desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria de la salud - Convenio Marco de Cooperación entre la Confederación Argentina de Atletismo, el CRD de la IAAF (Asociación Internacional de Federaciones Atléticas), y el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe.

²³ Programa Social y Deportivo "Juegos Nacionales Evita" - Programa de Escuelas de Formación Deportiva - Programa becas deportivas - Juegos Mayores (implementados por la provincia de Santa Fe a partir del año 2008 pero iniciados en Rosario en el año 1996).

²⁴ Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas - Jornadas de convivencia, limpieza y deportes en los espacios públicos en los barrios del Plan ABRE (fueron mencionadas en dos resoluciones que expresaron una asignación presupuestaria pero no se encontró más información respecto de ellas).

²⁵ El «Programa de Aportes Provinciales para Infraestructura Deportiva» no correspondió al intervalo temporal de análisis de este trabajo (iniciado en el año 1990); mientras que para la intervención «Parada Saludable» fue excluida durante la etapa 3 por no haber sido localizada ninguna normativa que la reglamentara (criterio de inclusión).

Por su parte, la búsqueda a nivel municipal desarrollada a través del *Buscador de Normativa* de la municipalidad de Rosario devolvió inicialmente 329 normativas de las cuales, 34 normativas fueron seleccionadas tras la lectura de sus títulos, asuntos y fragmentos del texto que incluyeron alguna de las palabras clave²⁶ (Tabla 6.2).

Tabla 6.2

Normativas encontradas (E) e incluidas (I) a partir de la revisión de los resultados 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	I	E	I	E	I	E	I	E	I
Actividad física	9	7	0	0	13	3	0	0	22	10
Deporte	29	6	26	0	141	4	4	0	200	10
Ejercicio físico	3	2	0	0	3	0	0	0	6	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	2	0	0	0	4	1
Enfermedad crónica	4	2	0	0	0	0	0	0	4	2
Enfermedad no transmisible	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Enfermedad cardiovascular	2	1	0	0	4	0	0	0	6	1
Diabetes	5	1	1	0	4	0	0	0	10	1
Cáncer	10	1	4	0	15	0	0	0	29	1
Obesidad	6	1	0	0	6	0	0	0	12	1
Sobrepeso	1	1	0	0	1	0	0	0	2	1
Hipertensión	4	0	0	0	1	0	0	0	5	0
TOTAL	89	27	37	0	199	7	4	0	329	34

Nota. Los valores totales contienen las normativas duplicadas.

Fuente: Elaboración propia.

La eliminación de normativas duplicadas redujo el número a 19: 14 ordenanzas y 5 decretos del Consejo Municipal. En este caso, dado que cada normativa refirió a una intervención diferente, el número de

²⁶ Aquellas normativas cuyo título indicaban la declaración de "interés municipal" o la distinción de personas ("deportista distinguido", "médico distinguido", etc.) fueron descartadas sin proceder a la lectura de las mismas.

intervenciones identificadas fue igual al número de normativas (19 intervenciones).

La aplicación de los criterios de inclusión posterior a la lectura completa de las normativas condujo a la exclusión de 5 intervenciones: dos²⁷ por no corresponder a la delimitación temporal establecida para este estudio; y, otras tres²⁸ 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 Departamento Ejecutivo Municipal).

Durante la etapa 2 ejecutada sobre el sitio web oficial de la municipalidad de Rosario se identificaron 5 intervenciones que no habían sido captadas hasta ese momento, cuatro²⁹ de las cuales alcanzaron la inclusión en este trabajo y la restante («Programa Todos Juegan - Circuitos deportivos») fue descartada durante la etapa 3 por no hallarse ninguna normativa que la reglamentara (criterio de inclusión).

Nuevamente la etapa 3 no propició la inclusión de nuevas intervenciones. Concluida la misma, y de esa manera también la indagación en fuentes secundarias de la municipalidad de Rosario; 18 intervenciones resultaron incluidas como objetos de estudio.

En resumen, la estrategia de búsqueda desarrollada obtuvo como resultado la identificación de 35 intervenciones que fueron incluidas de forma definitiva como unidades de análisis de este trabajo (Figura 6.1).

²⁷ Programa Prevención de la Obesidad - Fondo para el apoyo de la actividad deportiva amateur.

²⁸ 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.

²⁹ Circuito de Mountain Bike - Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario" - Rosario Juega Rugby - Plan Integral de Movilidad.

		Fuentes provinciales	Fuentes municipales	TOTAL	
ETAPA 1	Extracción de duplicados	NORMATIVAS ENCONTRADAS	931	329	1260
		NORMATIVAS SELECCIONADAS	66	34	100
	Criterios de inclusión	NORMATIVAS RESULTANTES	42	19	61
		INTERVENCIONES SELECCIONADAS	26	19	45
ETAPA 2		INTERVENCIONES INCLUIDAS	16	14	30
		INTERVENCIONES AGREGADAS	1	4	5
		INTERVENCIONES FINALES	17	18	35

Figura 6.1. Descripción de los resultados parciales y finales obtenidos a través de la estrategia de búsqueda.
Fuente: elaboración propia.

6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

En relación a la jurisdicción de creación de las intervenciones incluidas en este trabajo, de las 35 intervenciones 18 correspondieron al nivel municipal, 14 al provincial y las 3 restantes al nivel nacional (Tabla 6.3).

Pudo observarse un crecimiento pronunciado del número de intervenciones a partir del año 2009, ya que hasta ese momento solo se habían encontrado 6 intervenciones (2003-2008); es decir, una media de una intervención por año.

No se hallaron intervenciones de origen provincial en los primeros años de análisis (2003-2008) en tanto que se encontró un número elevado de estas (n=4) en el último año de análisis (2017). A nivel municipal se destaca el inicio de 6 intervenciones durante el año 2015³⁰.

Respecto a la participación de más de un nivel de gobierno (nacional, provincial y municipal) fueron encontradas 9 intervenciones; de las cuales, 4³¹ expusieron vinculación entre el nivel municipal y el provincial, y otras 3³² entre el provincial y el nacional; mientras que las 2³³ intervenciones restantes platearon la articulación de los tres niveles de gobierno.

³⁰ Se recuerda que el año de inicio de la intervención fue configurado en concordancia con el año de sanción o promulgación de la normativa de creación de la intervención.

³¹ Prog. de Fortalecimiento a las Políticas de Juventudes Locales – Prog. Verano joven (Plan ABRE) - Encuentros en tu plaza - Prog. de fomento de clubes en barrios (Plan ABRE).

³² Prog. Prov. Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios - Prog. de Escuelas de Iniciación Deportiva 2001 - Régimen de Promoción de los Clubes de Barrio y de Pueblo.

³³ Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos - Plan Integral de Movilidad.

Tabla 6.3
Listado de intervenciones incluidas según jurisdicción.

Jurisdicción	Nombre de la intervención
Nacional	Programa de Escuelas de Iniciación Deportiva 2001. Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios. Régimen de Promoción de los Clubes de Barrio y de Pueblo.
Provincial	Encuentros en tu plaza. Juegos Región Centro. Programa "Santa Fe más Deporte". Programa de fomento de clubes en barrios (Plan ABRE). Programa de Fortalecimiento a las Políticas de Juventudes Locales. Programa de Fortalecimiento de Iniciativas y Políticas Sociales Comunitarias Territoriales Buenas Prácticas. Programa de Fortalecimiento de las Prácticas y Condiciones de Alojamiento en los ámbitos de cuidados alternativos. Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares del IAPOS. Programa Deporte para la reinserción. Programa Santa Fe Juega. Programa Único de Atención Integral de la Obesidad: "Hacelo por vos". Programa Verano joven (Plan ABRE). Promoción de la alimentación saludable de la población por medio de la educación alimentaria y nutricional. Régimen o tratamiento tarifario especial para servicios de energía eléctrica y de agua potable.
Municipal	¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa. Circuito aeróbico. Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz). Circuito de Mountain Bike. Circuito Municipal (Parque Alem). Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra. Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA). Mi Bici, Tu Bici (MTB). Plan de Desarrollo Deportivo Local. Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos. Plan Integral de Movilidad. Programa Rosario Previene. Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario". Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales. Programa Estaciones Saludables. Programa Parques para Personas Mayores. Registro Único de Bicicletas. Rosario Juega Rugby.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

La distribución de las intervenciones según sectores de gobierno a cargo o responsables de las mismas evidenció un predominio claro del sector de Desarrollo Social. Este hallazgo se confirmó tanto a nivel de la jurisdicción provincial (8 de 14) como de la jurisdicción municipal (9 de 18). En ambos casos, el sector de Desarrollo Social de cada nivel (o sea, el ministerio y la secretaría a nivel provincial y municipal, respectivamente) fue el sector responsable a cargo de la mitad o más de las intervenciones.

Sobre la participación de los diferentes sectores de gobierno en las intervenciones, sin distinción de sus roles como responsables o participantes, se mantuvo la observación de una presencia mayoritaria de la cartera de Desarrollo Social (presente en 23 de las 35 intervenciones), seguida de la cartera de Salud (presente en 10 de las 35 intervenciones).

A nivel municipal ninguna intervención refirió la participación de más de un sector de ese nivel de gobierno (secretarías) y solo una hizo referencia a la participación de los niveles de gobierno nacional y provincial («Plan Integral de Movilidad»).

En relación a la participación de sectores no gubernamentales, 8³⁴ intervenciones estuvieron destinadas a la asistencia de clubes y otras 4³⁵ intervenciones contemplaron la participación de instituciones educativas tales como escuelas, institutos y/o universidades.

En lo que refiere al tipo de intervención, los programas fueron el tipo de intervención más frecuente (n=24) mostrando un crecimiento importante en su número a partir del año 2012 (15 en 6 años).

A nivel provincial se observó una marcada tendencia hacia el fomento de la AF por medio de este tipo de intervenciones más que a través de acciones

³⁴ Régimen de Promoción de los Clubes de Barrio y de Pueblo – Prog. de Fortalecimiento de Iniciativas y Políticas Sociales Comunitarias Territoriales Buenas Prácticas - Régimen o tratamiento tarifario especial para servicios de energía eléctrica y de agua potable - Programa de fomento de clubes en barrios (Plan ABRE) - Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos - Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales - Plan de Desarrollo Deportivo Local - Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra.

³⁵ Encuentros en tu plaza - Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales - Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario" - Plan Integral de Movilidad.

específicas³⁶ o normas jurídicas (12 de las 14 intervenciones provinciales fueron programas). En este mismo sentido pero a nivel municipal, no se observó una preferencia respecto de uno u otro tipo de intervención.

A propósito de las normas jurídicas, 3 de las 4 encontradas fueron sancionadas en los últimos 2 años de análisis (2016-2017); y, al igual que las acciones específicas, tuvieron en todos los casos a la población general como destinataria (según caracterización socioeconómica).

En relación a la población destinataria caracterizada según condición socioeconómica, 3 de cada 4 intervenciones estuvieron dirigidas hacia la población general.

La población vulnerable fue la destinataria en 7 de las 35 intervenciones. A partir del año 2012 pudo observarse un aumento pronunciado en la frecuencia de inicio de estas intervenciones (6 de las 7 intervenciones halladas fueron iniciadas durante los últimos 6 años de análisis de este trabajo, 2012-2017).

Según jurisdicción, a nivel provincial se encontraron intervenciones destinadas a la asistencia de la población vulnerable con una mayor frecuencia (1 de cada 3 intervenciones), que a nivel municipal (1 cada 10 intervenciones) donde primaron fuertemente las intervenciones destinadas a la población general (9 de cada 10).

La mayoría de las intervenciones destinadas a la población vulnerable fomentaron la AF con un propósito predominantemente social (n=5).

Las dos intervenciones³⁷ que estuvieron destinadas a una población específica (afiliados de una obra social) fueron creadas por el IAPOS (Instituto Autárquico Provincial de Obra Social) y estuvieron dirigidas a promover el ejercicio físico como un medio para la prevención/control de la obesidad y las enfermedades cardiovasculares.

³⁶ A nivel provincial no se registraron acciones específicas.

³⁷ Programa Único de Atención Integral de la Obesidad: "Hacelo por vos" - Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares del IAPOS.

En cuanto a la caracterización de la población destinataria por grupos etarios, en general fue la población adolescente la incluida como destinataria de las intervenciones con mayor frecuencia (n=32), seguida por la población joven (n=28). Esta observación corresponde fundamentalmente a nivel de las intervenciones provinciales en tanto que en las municipales fueron menores las diferencias entre grupos etarios (Tabla 6.4).

Esto último se debe a que las intervenciones municipales estuvieron mayormente dirigidas a la población general (13 de 18). Contrariamente, las intervenciones de estas características fueron bastante menos frecuentes a nivel provincial (5 de 14).

Tabla 6.4
Cantidad de intervenciones según jurisdicción y grupo etario de la población destinataria.

Grupo etario	Jurisdicción			TOTAL
	Municipal	Provincial	Nacional	
Infantes	13	7	2	22
Niños	15	8	3	26
Adolescentes	17	12	3	32
Jóvenes	16	10	2	28
Adultos	15	8	2	25
Adultos mayores	16	6	2	24
Población general	13	5	2	20
TOTAL	18	14	3	35

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Completando la caracterización según aspectos demográficos, no se encontraron intervenciones que estuvieran dirigidas exclusivamente a hombres o mujeres.

De acuerdo a la caracterización según su propósito, predominaron las intervenciones que se propusieron fomentar la AF con objetivos principalmente sociales (n=18), seguidas de las intervenciones con propósito sociosanitario (n=11) y por aquellas con propósito primordialmente sanitario (n=6).

A nivel provincial fueron mayoría las intervenciones de promoción de la AF con propósito social (10 de 14), mientras que a nivel municipal lo fueron las intervenciones con propósito sociosanitario (10 de 18) que representaron casi la totalidad de las intervenciones encontradas con este propósito.

En lo que refiere específicamente a la prevención/control de las ECNT fueron encontradas 9 intervenciones que se propusieron explícitamente este objetivo. Se observó una relación similar entre el total de intervenciones y las que se propusieron explícitamente la prevención/control de las ECNT tanto a nivel municipal como provincial.

No se encontraron intervenciones de estas características iniciadas en los primeros años de análisis (2003-2007), en tanto que 8 de las 9 intervenciones halladas fueron iniciadas en el período 2011-2017.

Se destaca el inicio de 4 intervenciones con referencia explícita a la prevención/control de las ECNT durante el año 2012, las cuales representan casi la mitad del total de las intervenciones relevadas con esa característica (4 de 9). Al respecto, se observó que 3 de ellas fueron programas de jurisdicción municipal («¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa», «Programa Rosario Previene» y «Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario"») que tuvieron diferentes sectores responsables (Secretaría de Gobierno, Secretaría de Salud Pública y Secretaría de Desarrollo Social, respectivamente).

Como contrapunto, resalta la baja proporción de intervenciones con referencia explícita a la prevención/control de las ECNT en relación al total de intervenciones iniciadas durante el año 2015 (1 de 7).

Entre las intervenciones que refirieron explícitamente a la prevención/control de las ECNT solo una estuvo dirigida principalmente a la población vulnerable («Programa Rosario Previene») encontrándose la mayoría dirigidas a la población general (6 de 9).

De acuerdo a la estrategia preventiva propuesta, de las 9 intervenciones que hicieron mención a las ECNT, una intervención tuvo como estrategia principal a la prevención secundaria («Programa de Prevención de

Enfermedades Cardiovasculares del IAPOS»), y otra a la prevención terciaria («Programa Único de Atención Integral de la Obesidad: "Hacelo por vos"»). Ambas intervenciones tuvieron en común el hecho de haber sido creadas por el IAPOS, y por ende, disponer de un alcance provincial pero de uso restrictivo para los afiliados de dicha obra social.

No se encontraron intervenciones que fomentaran la AF para la prevención/control exclusiva de otras condiciones de salud diferente de las propias o vinculadas a las ECNT.

Por último, entre las intervenciones que fomentaron un tipo específico de AF, fueron minoría las intervenciones que fomentaron la AFE (3 de 24). En los 3 casos las intervenciones fueron de jurisdicción municipal, hicieron foco en el uso de la bicicleta como medio de transporte y no se refirieron explícitamente a la prevención/control de las ECNT.

Por su parte, las intervenciones que fomentaron la AF en su modalidad deportiva estuvieron dirigidas prioritariamente (aunque no de forma exclusiva) a la población adolescente (7 de 8), y al igual que las anteriores en ningún caso hicieron referencia explícita a la prevención de las ECNT.

VII. DISCUSIÓN

Airasca (2011) señala que se necesita abordar la AF con un enfoque holístico y globalizador, entendiéndola como una forma/modo de vida más que solamente como el “antídoto” o “medio etiológico” de las ECNT. Esto explica con claridad el motivo por el cual este trabajo no limitó su análisis únicamente a las intervenciones que tuvieron entre sus objetivos la prevención/control de las ECNT.

En otras palabras, se trata de evitar la medicalización³⁸ de la AF, que no es otra cosa que la biologización de algo social, es decir, la simplificación inapropiada de un fenómeno complejo. Por el contrario, es preciso reconocerle a la AF/sedentarismo su simultánea naturaleza sociocultural y biológica, y por ende, la coexistencia de su amplio número de factores condicionantes (Santos Ferreira, Castiel & Almeida Cardoso, 2012).

Asumir esta noción, entendiendo que la inactividad física es también un fenómeno socialmente determinado permitiría, por ejemplo, repensar ciertos abordajes de esta problemática que se limitan casi exclusivamente a la divulgación de los beneficios aportados por la AF.

Resulta interesante repensar la pertinencia de este tipo de intervenciones puesto que el desconocimiento de las bondades e importancia de la AF para la salud no suele ser encontrado entre los argumentos que explican la ausencia de niveles suficientes de AF.

Otra consecuencia que podría señalarse como un producto de esa percepción “medicalizada” de la AF es su interpretación reducida a la forma de ejercicio físico, la cual resta consideración a otras formas de AF no menos importante (incluso a esos efectos) como la AF espontánea.

Diversos estudios señalan que la acumulación diaria de AF espontánea es un componente fundamental de un estilo de vida activo y representa una

³⁸ Entendida como la acción de definir y tratar problemas no médicos como si lo fueran.

alternativa prometedora para la reducción del sedentarismo y el control del peso (Marshall, Bauman, Patch, Wilson & Chen, 2002).

El análisis de una política de promoción de la AF desde la perspectiva de la salud requiere reflexionar más profundamente en torno a las diferencias de construcción, diseño y evaluación de las diferentes intervenciones que la componen, dado que cada una de ellas puede resultar en un aporte favorable, más o menos directo, para el estado de salud de la población destinataria.

Por ejemplo, la implementación de intervenciones que promueven el uso de formas activas de transporte podría aumentar de manera considerable los valores de AF espontánea de los usuarios; aun cuando el objetivo primario de su creación esté relacionado específicamente al aumento de la sustentabilidad de los medios de transporte, al ordenamiento del tránsito, etc.

También las intervenciones destinadas al fomento del deporte, tales como el establecimiento de espacios de iniciación deportiva o la celebración de encuentros o competencias deportivas pueden ser de suma trascendencia en la construcción (en especial si es a edades tempranas) de un hábito permanente de práctica de AF, no obstante este efecto solo pueda ser reconocido a mediano o largo plazo.

A priori, puede ser que intervenciones de este tipo no sean debidamente consideradas desde la perspectiva de la salud por no estar dirigidas fundamentalmente a poblaciones con problemas de salud y/o debido a su impacto más indirecto (pero no menos importante) sobre las condiciones de salud de la población.

En lo que refiere a la elaboración e implementación de estas y otras políticas, las propuestas de descentralización de las acciones reciben tanto valoraciones positivas como negativas.

Castell-Florit Serrate & Gispert Abreu (2009) exponen de acuerdo a la experiencia de Cuba, que el accionar intersectorial mejora sus resultados cuando los procesos son acercados al ámbito local y comunitario a través de

la descentralización, ya que en este nivel los sectores tienen el poder y la libertad de acción que se requiere para identificar los problemas y enfrentarlos de manera integral.

Por otro lado, Laurell (2014) opina que dejar la responsabilidad a los gobiernos locales por medio de acciones de descentralización-desconcentración puede no sólo tornar más difícil el establecimiento de políticas nacionales sino que también hace más compleja la construcción de redes de atención y exige recursos financieros compensatorios; y destaca que Brasil está tomando medidas al respecto y que Venezuela ya se encuentra reconcentrando parte del sistema.

Resulta notable que, en cualquiera de los casos, las acciones requieren la acción cooperativa de los diferentes niveles de gobierno para una ejecución favorable de las políticas propuestas.

VIII. CONCLUSIONES

El incremento del número de intervenciones evidenciado en general a lo largo del periodo de análisis (de 4 intervenciones durante los primeros 5 años a 16 intervenciones durante los últimos 5 años) permite apuntar una creciente atención política respecto de la promoción de la AF.

En particular, esta tendencia auspiciosa se destaca a nivel provincial, en el cual se observó un desarrollo positivo que comenzó el intervalo de análisis con un periodo de 6 años sin intervenciones hasta llegar a la creación de 4 intervenciones solo durante el último año de análisis (2017).

Por su parte, a nivel municipal, se mostró especialmente llamativa la creación de 6 intervenciones durante el año 2015 el cual fue precedido y sucedido por periodos de dos años sin intervenciones. Este último hallazgo resultó inexplicable a partir de los datos obtenidos durante esta investigación.

La participación entre diferentes niveles de gobierno fue observada en aprox. una de cada cuatro intervenciones analizadas. Otras estrategias y abordajes serían necesarias para ahondar en la descripción de dicha participación.

Los resultados referentes a la participación entre diferentes sectores de un mismo nivel de gobierno conllevan interpretaciones disímiles según la jurisdicción que se analice.

A nivel provincial destaca la creación del denominado Gabinete Social³⁹ con el objetivo de elaborar una estrategia integral de gobierno destinada a la

³⁹ El Gabinete Social fue instituido por decreto en el año 2008 ante la necesidad de generar una intervención integral establecida mediante acuerdos sólidos entre los diferentes ministerios para asistir a las personas y familias más vulnerables. Entre sus principales funciones se citan definir estrategias de intervención social para ser asumidas de forma conjunta y fijar criterios de descentralización programática, presupuestaria y de evaluación. Este espacio interministerial comenzó siendo coordinado por el Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado e integrado de forma permanente por los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Educación, Trabajo y Seguridad Social y Cultura e Innovación. A partir del año 2012 (Decreto N° 0673) los Ministerios de Seguridad, Justicia y Derechos Humanos y la Secretaría de Estado de Hábitat pasan a integrar dicho gabinete y el mismo pasa a ser coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social.

asistencia de los más desprotegidos. Este Gabinete, como responsable del Plan ABRE, coordina dos⁴⁰ de los programas analizados en este trabajo.

Además de estas, otras tres intervenciones tuvieron la participación conjunta del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud, entre otras intervenciones en las que participaron más de un ministerio; lo cual permite señalar como frecuente la participación de más de un sector en las intervenciones a cargo de este nivel de gobierno.

En el nivel municipal, destaca la ausencia de intervenciones en la que se expresara la participación de más de un sector de ese mismo nivel de gobierno (secretarías). De corroborarse esta situación expresaría una marcada dificultad en términos de participación intersectorial, por lo que resultaría conveniente la indagación en otras fuentes a los efectos de desestimar un sesgo relativo a la naturaleza de los instrumentos normativos y contenidos web consultados.

A su vez, se encontraron referencias a la participación conjunta con otros niveles y con instituciones educativas (universidades, escuelas e institutos), asociaciones y federaciones deportivas, clubes y ONG. También se encontraron referencias vinculantes entre algunas intervenciones (Programa Estaciones Saludables y Programa Rosario Previene con la Calle Recreativa y los Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto).

Ambos niveles tuvieron intervenciones destinadas a la protección y fomento de clubes por entender que son espacios importantes para el desarrollo social y/o deportivo. Además del compromiso con la asistencia de este tipo de instituciones civiles, compartieron también una consideración especial respecto de los clubes de barrio y la decisión de crear normas de protección económica permanente a partir de exenciones tributarias y subsidios de servicios (3 de las 4 normas jurídicas encontradas tuvieron como objetivo la asistencia a clubes).

En relación al tipo de intervenciones, a nivel provincial se observó una preferencia sólida por la intervención a partir de programas. Está

⁴⁰ Programa Verano joven - Programa de fomento de clubes en barrios.

observación, a priori, no debería implicar valoraciones hasta no disponer de más detalles acerca de los mismos ya que la creación de programas no implica la sostenibilidad de los mismos, lo cual representa un aspecto fundamental que puede estar favorable o desfavorablemente determinado por algunas de sus condiciones de origen.

A nivel municipal no se encontró un tipo de intervención predominante que sugiriera preferencias en ese aspecto. Conviene señalar que solo a este nivel fueron encontradas acciones específicas, y que las mismas fueron casi en su totalidad (6⁴¹ de 7) establecidas con la finalidad de ofrecer espacios y condiciones (circunstancias materiales) propicias para la práctica de AF.

En líneas generales, y considerando que de la mayoría de las intervenciones incluidas estuvieron destinadas a la población general (26 en relación a la caracterización socioeconómica y 20 en relación al grupo etario, además de no haberse encontrado intervenciones dirigidas especialmente a hombres o mujeres) podría afirmarse cierta dominación de la estrategia poblacional sobre la estrategia de alto riesgo.

Si se analizan los resultados por jurisdicción, a nivel municipal se observó un bajo direccionamiento específico de las intervenciones en relación a las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población destinataria dada la preferencia por la intervención sobre la población general; mientras que a nivel provincial se advirtió una mayor tendencia (que a nivel municipal) hacia las acciones sobre la población vulnerable y grupos etarios particulares (adolescentes y jóvenes).

No obstante, el aumento del número de intervenciones destinadas a la población socioeconómicamente vulnerable registrado en los últimos años de análisis podría significar una tendencia creciente a la generación de intervenciones de esta característica.

De forma notoria las intervenciones provinciales estuvieron mayormente asociadas a un propósito social, siendo poco frecuente el hallazgo de

⁴¹ Circuito aeróbico - Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz) - Circuito Municipal (Parque Alem) - Programa Parques para Personas Mayores - Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA) - Circuito de Mountain Bike.

intervenciones con la presencia de referencias concretas ligadas a aspectos sanitarios. Por su parte, en las municipales, la alusión a aspectos sanitarios estuvo presente en dos de cada tres intervenciones.

En general, las ECNT fueron mencionadas de forma explícita en aproximadamente una de cada cuatro intervenciones, no observándose diferencias importantes en esta proporción entre las jurisdicciones. Fue evidente el creciente establecimiento de intervenciones con esta característica en la segunda mitad del periodo de análisis, lo cual evidenció una preocupación en aumento en relación a estas enfermedades.

Al respecto, un fenómeno particular parece haber tenido lugar a nivel municipal durante el año 2012 (3 intervenciones iniciadas por 3 sectores diferentes).

Si bien la información disponible en este trabajo no permitió conocer la explicación de este fenómeno, es posible imaginar que haya existido, a nivel municipal, la fijación de esta problemática como un objetivo transversal, lo cual fundamentaría el hallazgo de dicho abordaje simultáneo por parte de los diferentes sectores.

La observación de las intervenciones con referencia explícita a las ECNT evidenció un bajo direccionamiento específico de las mismas hacia las poblaciones socioeconómicamente vulnerables.

En particular, la obra social de la provincia de Santa Fe (IAPOS) generó dos programas especialmente destinados a la prevención/control de las ECNT que contemplaron el fomento de la AF, lo que expresa el interés otorgado por ese organismo al abordaje de esta problemática.

Por último, respecto al tipo de AF fomentada, se pudo identificar una determinada impronta por la inclusión del grupo adolescente en actividades de tipo deportiva, y una reiterada intención del nivel municipal por el fomento del uso de la bicicleta como medio de transporte.

Las descripciones y reflexiones ofrecidas en este trabajo a partir del análisis de las intervenciones exploradas deberían ser útiles para el desarrollo de nuevas iniciativas, puesto que podrían ser capaces de asistir a los decisores

y actores claves en el complejo proceso de elaboración y gestión de políticas públicas destinadas al fomento de la AF para la prevención y control de las ECNT.

IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio tuvo sus principales limitaciones en relación a las unidades de recolección empleadas (fuentes secundarias). A menudo el contenido de las mismas no ofreció información suficiente para dar cuenta de la implementación, vigencia y/o resultados de las intervenciones.

Respecto del año de creación algunas discrepancias fueron encontradas. Por ejemplo, el programa «Mi Bici, Tu Bici» fue creado por normativa en el año 2012 pero la información relativa al mismo, disponible en la web oficial, señala su implementación a partir del año 2015; en tanto que el programa «¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa» comenzó a ser implementado como proyecto en el año 2010 y fue establecido por normativa a partir de sus buenos resultados en el año 2012.

Particularidades como estas cuyo análisis podría resultar relevante, no pudieron ser abordadas con mayor profundidad producto de las limitaciones impuestas por las fuentes de información consultadas.

Por otra parte, si bien el relevamiento ha sido exhaustivo, conviene recordar que este estudio solo incluyó las intervenciones creadas en el período de 15 años comprendido entre los años 2003 y 2017. Es conocido que otras intervenciones creadas con antelación⁴² han formado y/o continúan formando parte de la política pública de promoción de la AF aunque no hayan sido consideradas por este trabajo.

En adhesión a lo expresado por Cunill-Grau (2014), otras acciones similares a la creación del Gabinete Social a nivel provincial son recomendables en pos de aumentar la integración entre los sectores con el objetivo de facilitar soluciones de tipo integral, y permitir que las diferencias existentes entre estos puedan ser aprovechadas productivamente para la resolución de

⁴² Programa de Aportes Provinciales para Infraestructura Deportiva (1990) - Juegos Mayores (con adherencia del nivel provincial a partir del 2008 pero iniciada en Rosario en 1996) - Programa Prevención de la Obesidad (2000) - Programa de Escuelas de Formación Deportiva (2001) - Programa becas deportivas (2001) - Fondo para el apoyo de la actividad deportiva amateur (2001).

problemas, sabido que: cuanto más tiende un objetivo a promover transformaciones profundas en el comportamiento humano, más requiere de transformaciones profundas en los sectores y relaciones intensas entre estos.

Nuevos estudios que incorporen fuentes primarias de información podrían resultar de mucha utilidad para ahondar en el conocimiento tanto de las relaciones existentes entre niveles y sectores de gobierno (y organizaciones civiles) como del fenómeno en general.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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).
- Alessandro, L. (2002). *Municipios saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud [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.
- 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.
- Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina*, 72(5), 414-418.
- 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.
- Banco Mundial. *Esperanza de vida al nacer, total (años) 2016* [en línea] [consultado el 06 de noviembre de 2018]. Disponible en: 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., 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.
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).
- 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. Recuperado de <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, Brasil: CEBES.
- Breilh, J. (2013). 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.
- 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.
- 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.
- Castell-Florit Serrate, P., & Gispert Abreu, E. A. (2009). La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 1-10.
- Chávez Gutiérrez, M. R. (2011). Los referentes conceptuales del desarrollo social. *Revista Universitaria de Desarrollo Social*, 1(1), 39-84.
- 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.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.
- 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 (Colombia): Universidad del Rosario.
- 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 Souza Minayo, M. C. S. (2016). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud* (9na ed.). Buenos Aires: Lugar.
- 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.
- 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, 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- Gérvas 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.
- Gobierno de Santa Fe. (15 de mayo de 2017). *Total de Población y Variación Intercensal Absoluta y Relativa. Años 2001 y 2010*. Recuperado de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/165376>
- 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.
- 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.

- Harris, M. (1997). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- 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.
- Irwin, J. D. (2004). Prevalence of university students' sufficient physical activity: A systematic review. *Perceptual and Motor Skills*, 98(3), 927-943.
- 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.
- Kendzierski, D., & DeCarlo, K. J. (1991). Physical Activity Enjoyment Scale: Two validation studies. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 13(1), 50-64.
- Kim, S. H. (2017). Max Weber. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado de <https://plato.stanford.edu/archives/win2017/entries/weber/>
- Lama More, R. A., Alonso Franch, A., Gil-Campos, M., Leis Trabazo, R., Martínez Suárez, V., Moráis López, A., (...) 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.
- Laurell, A. C. (2014). Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate*, 38(103), 853-871.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Martínez Baena, A. C., Chillón, P., Martín-Matillas, M., Pérez López, I., Castillo, R., Zapatera, B., (...) 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.
- Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Alberta: Qual Institute Press. Recuperado de <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- 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.
- Mena-Bejarano, B. (2006). Análisis de Experiencias en la Promoción de Actividad Física. *Revista de Salud pública*, 8(2), 42-56.
- 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 [MSN]. (2002-2016). *Estadísticas vitales. Información básica 2001-2015. Argentina*. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>
- 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, Argentina: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013a). *Acciones municipales de promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco: Plan Nacional Argentina Saludable*. Buenos Aires, Argentina: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013b). *Manual director de actividad física y salud de la República Argentina*. Buenos Aires, Argentina: MSN.
- Ministerio de Salud de la Nación & Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires: MSN.
- Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. (2013). *Actualización de Indicadores Priorizados. Provincia de Santa Fe /Octubre de 2013*. Recuperado de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/189990/923928/file/>
- 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.
- Moreno-Murcia, J. A., Cervelló Gimeno, E., Huéscar Hernández, E., & Avilés, A. B. (2016). El disfrute como mediador de la salud en el ejercicio físico. *Universitas Psychologica*, 15(1), 153-164.

- Moreno-Murcia, J. A., Cervelló Gimeno, E., & Martínez Camacho, A. (2007). Validación de la Escala de Medida de los Motivos para la Actividad Física-Revisada en españoles: Diferencias por motivos de participación. *Anales de psicología*, 23(1), 167-176.
- Nieto, R. A. (2016). Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables [editorial]. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(29), 6.
- 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 [OMS]. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_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. (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 [OPS]. (1996). *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C.: OPS.
- 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*. Recuperado de <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.
- Oszlak, O., & O'donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2(4), 99-128.
- Pérez Samaniego, V. y 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.
- Pineda, E. B., Alvarado, E.L., & Canales, F. H. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud (2da ed.)*. Washington, D.C.: OPS.
- 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 [PNUD]. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.
- 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.
- 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.

- 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.
- Ryan, R. M., Frederick, C. M., Lepas, D., Rubio, N., & Sheldon, K. M. (1997). Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28(4), 335-354.
- 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.
- 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.
- Santos Ferreira, M., Castiel, L. D., & Almeida Cardoso, M. H. C. (2012). A patologização do sedentarismo. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 836-847.
- 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), 953-65.
- Spinelli, H. (2010). La dimensión del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- 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.
- 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.
- 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.

XI. ANEXOS

Tabla A
Caracterización de las intervenciones según tipo de intervención, año de inicio y tipo de actividad física fomentada.

INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	AÑO DE INICIO	TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA FOMENTADA
	Programa (P) / Acción específica (A) / Norma jurídica (N)	Año de la normativa de creación ^a	Ejercicio físico (EF) / Disfrute (DI) / Deporte (DE) / Actividad física espontánea (AFE) / Indefinida (I)
¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa.	P	2012	DI
Circuito aeróbico.	A	2015	DI
Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz).	A	2009	DI
Circuito de Mountain Bike.	A	2015	DE
Circuito Municipal (Parque Alem).	A	2009	DI
Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur.	N	2007	I
Encuentros en tu plaza.	P	2012	DI
Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).	A	2015	EF
Juegos Región Centro.	P	2010	DE
Mi Bici, Tu Bici (MBTB).	P	2012	AFE
Plan de Desarrollo Deportivo Local	P	2004	DE
Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos.	P	2008	I
Plan Integral de Movilidad	P	2010	AFE
Programa Rosario Previene.	P	2012	EF
Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario".	P	2012	EF
Programa "Santa Fe más Deporte".	P	2009	DE
Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.	P	2006	I
Programa de Escuelas de Iniciación Deportiva 2001.	P	2003	DE
Programa de fomento de clubes en barrios (Plan ABRE).	P	2015	I
Programa de Fortalecimiento a las Políticas de Juventudes Locales.	P	2017	I

Tabla A (continuación)

Caracterización de las intervenciones según tipo de intervención, año de inicio y tipo de actividad física fomentada.

INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN	AÑO DE INICIO	TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA FOMENTADA
	Programa (P) / Acción específica (A) / Norma jurídica (N)	Año de la normativa de creación ^a	Ejercicio físico (EF) / Disfrute (DI) / Deporte (DE) / Actividad física espontánea (AFE) / Indefinida (I)
Programa de Fortalecimiento de Iniciativas y Políticas Sociales Comunitarias Territoriales Buenas Prácticas.	P	2009	I
Programa de Fortalecimiento de las Prácticas y Condiciones de Alojamiento en los ámbitos de cuidados alternativos.	P	2014	I
Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares del IAPOS.	P	2017	EF
Programa deporte para la reinserción.	P	2017	DE
Programa Estaciones Saludables.	P	2015	EF
Programa Parques para Personas Mayores.	A	2008	EF
Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios.	P	2012	I
Programa Santa Fe Juega.	P	2013	DE
Programa Único de Atención Integral de la Obesidad: "Hacelo por vos".	P	2011	EF
Programa Verano joven (Plan ABRE).	P	2013	DI
Promoción de la alimentación saludable de la población por medio de la educación alimentaria y nutricional.	N	2017	I
Régimen de Promoción de los Clubes de Barrio y de Pueblo.	N	2016	I
Régimen o tratamiento tarifario especial para servicios de energía eléctrica y de agua potable.	N	2016	I
Registro Único de Bicicletas.	A	2015	AFE
Rosario Juega Rugby	P	2015	DE

Nota. ^a Cuando la normativa no pudo ser localizada, se asignó como año de inicio el año en que comenzó a implementarse. Las intervenciones que difirieron respecto al año de implementación a nivel municipal y provincial, fueron caracterizadas de acuerdo al inicio de la implementación en el municipio Rosario. Elaboración propia.

Tabla B
 Caracterización de las intervenciones según población destinataria.

INTERVENCIÓN	DESTINATARIOS: CONDICIÓN SOCIOECONÓ- MICA	DESTINATARIOS: GRUPO ETARIO	DESTINA- TARIOS: SEXO
	Población Vulnerable (V) / Población Específica (E) / Población General (G)	Infantes (I) / Niños (N) / Adolescentes (D) / Jóvenes (J) / Adultos (A) / Adultos mayores (M) / Población General (G)	Solo Varones (V) / Solo Mujeres (M) / 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
Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur.	G	G	A
Encuentros en tu plaza.	G	G	A
Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).	G	D - J - A - M	A
Juegos Región Centro.	G	D	A
Mi Bici, Tu Bici (MBTB).	G	D - J - A - 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 Rosario Previene.	V	G	A
Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario".	G	G	A
Programa "Santa Fe más Deporte".	G	D - J - A	A
Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.	G	G	A
Programa de Escuelas de Iniciación Deportiva 2001.	G	N - D	A
Programa de fomento de clubes en barrios (Plan ABRE).	V	G	A
Programa de Fortalecimiento a las Políticas de Juventudes Locales.	G	D - J	A

Tabla B (continuación)

Caracterización de las intervenciones según población destinataria.

INTERVENCIÓN	DESTINATARIOS: CONDICIÓN SOCIOECONÓ- MICA	DESTINATARIOS: GRUPO ETARIO	DESTINA- TARIOS: SEXO
	Población Vulnerable (V) / Población Específica (E) / Población General (G)	Infantes (I) / Niños (N) / Adolescentes (D) / Jóvenes (J) / Adultos (A) / Adultos mayores (M) / Población General (G)	Solo Varones (V) / Solo Mujeres (M) / Ambos sexos (A)
Programa de Fortalecimiento de Iniciativas y Políticas Sociales Comunitarias Territoriales Buenas Prácticas.	V	G	A
Programa de Fortalecimiento de las Prácticas y Condiciones de Alojamiento en los ámbitos de cuidados alternativos.	V	I - N - D	A
Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares del IAPOS.	E	J - A - M	A
Programa deporte para la reinserción.	V	J - A	A
Programa Estaciones Saludables.	G	G	A
Programa Parques para Personas Mayores.	G	M	A
Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios.	G	G	A
Programa Santa Fe Juega.	G	N - D	A
Programa Único de Atención Integral de la Obesidad: "Hacelo por vos".	E	G	A
Programa Verano joven (Plan ABRE).	V	D - J	A
Promoción de la alimentación saludable de la población por medio de la educación alimentaria y nutricional.	G	I - N - D	A
Régimen de Promoción de los Clubes de Barrio y de Pueblo.	G	G	A
Régimen o tratamiento tarifario especial para servicios de energía eléctrica y de agua potable.	G	G	A
Registro Único de Bicicletas.	G	G	A
Rosario Juega Rugby	V	N - D	A

Nota. Elaboración propia.

Tabla C

Caracterización de las intervenciones según propósito del fomento de la actividad física y la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

INTERVENCIÓN	PROPÓSITO DEL FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	ECNT	
		¿EXPLICITA LA ACCIÓN DE PREVENCIÓN?	NIVEL DE LA ESTRATEGIA PREVENTIVA
	Social (SO) / Sanitario (SA) / Sociosanitario (SS)	Si / No	Promoción (P) / Prev. Prim. (1) / Prev. Sec. (2) / Prev. Ter. (3)
¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa.	SS	Si	P
Circuito aeróbico.	SS	No	-
Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz).	SS	No	-
Circuito de Mountain Bike.	SS	No	-
Circuito Municipal (Parque Alem).	SO	No	-
Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur.	SO	No	-
Encuentros en tu plaza.	SO	No	-
Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).	SS	No	-
Juegos Región Centro.	SO	No	-
Mi Bici, Tu Bici (MBTB).	SO	No	-
Plan de Desarrollo Deportivo Local	SS	No	-
Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos.	SO	No	-
Plan Integral de Movilidad	SS	No	-
Programa Rosario Previene.	SA	Si	1
Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario".	SS	Si	1
Programa "Santa Fe más Deporte".	SO	No	-
Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.	SS	No	-
Programa de Escuelas de Iniciación Deportiva 2001.	SO	No	-
Programa de fomento de clubes en barrios (Plan ABRE).	SO	No	-
Programa de Fortalecimiento a las Políticas de Juventudes Locales.	SO	No	-

Tabla C (continuación)

Caracterización de las intervenciones según propósito del fomento de la actividad física y la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

INTERVENCIÓN	PROPÓSITO DEL FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	ECNT	
		¿EXPLICITA LA ACCIÓN DE PREVENCIÓN?	NIVEL DE LA ESTRATEGIA PREVENTIVA
	Social (SO) / Sanitario (SA) / Sociosanitario (SS)	Si / No	Promoción (P) / Prev. Prim. (1) / Prev. Sec. (2) / Prev. Ter. (3)
Programa de Fortalecimiento de Iniciativas y Políticas Sociales Comunitarias Territoriales Buenas Prácticas.	SO	No	-
Programa de Fortalecimiento de las Prácticas y Condiciones de Alojamiento en los ámbitos de cuidados alternativos.	SS	No	-
Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares del IAPOS.	SA	Si	2
Programa deporte para la reinserción.	SO	No	-
Programa Estaciones Saludables.	SA	Si	1
Programa Parques para Personas Mayores.	SS	Si	P
Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios.	SA	Si	1
Programa Santa Fe Juega.	SO	No	-
Programa Único de Atención Integral de la Obesidad: "Hacelo por vos".	SA	Si	3
Programa Verano joven (Plan ABRE).	SO	No	-
Promoción de la alimentación saludable de la población por medio de la educación alimentaria y nutricional.	SA	SI	P
Régimen de Promoción de los Clubes de Barrio y de Pueblo.	SO	No	-
Régimen o tratamiento tarifario especial para servicios de energía eléctrica y de agua potable.	SO	No	-
Registro Único de Bicicletas.	SO	No	-
Rosario Juega Rugby	SO	No	-

Nota. Elaboración propia.

