

Políticas públicas de promoción de la actividad física para prevenir enfermedades no transmisibles: estudio comparativo

Public policies to promote physical activity to prevent non-communicable diseases: comparative study

Eduardo Iván Zaffaroni
eduardoi_zaffaroni@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-5467-3791

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas,
Argentina

Natalia Yavich
nyavich@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4100-7562
Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Guillermo Luján Rodríguez
guille@fceia.unr.edu.ar
ORCID: 0000-0001-7112-5116

Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina

Ernesto Pablo Báscolo
ebascolo@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4654-5810
Universidad Nacional de Rosario, Argentina

RESUMEN

Objetivo: Analizar los atributos de las políticas públicas de promoción de la actividad física para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en los municipios Cali, Curitiba y Rosario entre los años 2003 y 2018. **Métodos:** Se desarrolló un estudio comparativo sincrónico de base cualitativa y naturaleza descriptiva. Se analizaron intervenciones públicas creadas por los gobiernos locales mediante análisis documental de instrumentos normativos y contenidos publicados en los sitios web oficiales. **Resultados:** El estudio comprendió 59 intervenciones. Su distribución en el período de estudio fue irregular tanto a nivel general como de cada caso, pero con cierta constancia de acuerdo con los diferentes ciclos de gobierno. Se observó un fuerte predominio de las intervenciones dirigidas a la población general y el deporte fue el tipo de actividad física mayormente fomentado. Nueve intervenciones se propusieron explícitamente la prevención/control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. **Conclusiones:** La presencia de la promoción de la actividad física en la agenda de las políticas públicas locales estuvo intensamente condicionada por las voluntades de las autoridades de turno. La generación de intervenciones instrumentadas que tributen coordinadamente a políticas explícitas es un desafío vigente para que la promoción de la actividad física para la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles gestionada por las administraciones locales sea capaz de trascender las convicciones de las autoridades en curso.

Palabras claves: Política pública; promoción de la salud; actividad motora; ejercicio físico; enfermedades no transmisibles.

ABSTRACT

Objective: To analyze the attributes of public policies for the promotion of physical activity for the prevention and control of non-communicable diseases in the municipalities of Cali, Curitiba and Rosario, between 2003 and 2018. **Methods:** A Comparative Synchronous Study of qualitative base and descriptive nature was developed. Public interventions created by local governments were analyzed through documentary analysis of normative instruments and content published on official websites. **Results:** The study included 59 interventions. Its distribution in the study period was irregular both at a general level and each case, but with some proof according to the different government cycles. A strong predominance of interventions aimed at the general population was observed and sport was the type of physical activity mostly encouraged. Nine interventions were explicitly proposed for the prevention/control of non-communicable diseases. **Conclusions:** The presence of the promotion of physical activity on the agenda of local public policies was intensely conditioned by the wills of the authorities on duty. The generation of instrumented interventions that coordinate taxation to explicit policies is a current challenge so that the promotion of physical activity for the prevention of non-communicable diseases managed by local administrations is capable of transcending the convictions of the current authorities.

Keywords: Public policy; health promotion; motor activity; exercise; noncommunicable diseases.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de transición epidemiológica hacia las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) iniciado a mediados del siglo pasado (1), ubica actualmente a estas enfermedades como una indiscutible prioridad en términos de salud pública (2). En las Américas, estas enfermedades producen el 35 % de las muertes prematuras (personas menores de 70 años) (3) y estimaciones prevén que la situación empeorará (con énfasis en los países en desarrollo), causando estas una carga de morbilidad alarmante y un 10 % más de las muertes a nivel mundial (creciendo del 59 % al 69 % entre 2002 y 2030) (4,5).

Los países con ingresos medianos y bajos poseen las mayores proporciones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) debido a ECNT (4). En ellos las personas sufren estas enfermedades a edades más tempranas, las padecen por períodos más prolongados y/o mueren producto de ellas antes que en los países de ingresos altos (5). Las ECNT originan y/o profundizan las inequidades en salud entre las poblaciones más y menos favorecidas de un país y también entre estos (6), puesto que implican una doble carga económica al disminuir la aptitud de las personas para generar ingresos y aumentar el consumo de recursos asociados a la atención de su salud de forma crónica y por tiempo prolongado.

El aumento de la demanda de servicios de salud producido por las ECNT consume progresivamente mayores proporciones de los presupuestos del sector sanitario, significando una amenaza para la cobertura y equidad de los servicios públicos de salud (7,8). Las ECNT deterioran las economías de familias y sociedades, propician inequidades en salud y obstruyen el desarrollo sostenible (9), por lo que acciones dirigidas a prevenirlas/controlarlas representan un mecanismo de alivio de la pobreza y promoción del desarrollo (10).

La etiología de las ECNT es compleja, dado que responde simultáneamente a diferentes factores. La mayoría de los factores metabólicos/fisiológicos son estrechamente condicionados por factores comportamentales característicos del estilo de vida de las personas, y estos, a su vez, determinados por las condiciones socioeconómicas, políticas y ambientales en las que viven. Entre los factores de riesgo comportamentales (en principio modificables), la actividad física (AF) insuficiente es uno de los más prevalentes y fuertemente asociado a las ECNT y a la obesidad, por lo que sigue siendo indicada como un gran problema de salud pública (4,11-13).

Los elevados niveles de inactividad física determinan una fuerte carga económica y de morbimortalidad. Por ello, la implementación de estrategias de salud pública destinadas a reducirlos debería representar una prioridad (14), al igual que el desarrollo de investigaciones capaces de mejorar y fortalecer las políticas públicas con ese objetivo (15).

Intervenciones destinadas a prevenir las ECNT a través de la promoción de la AF requieren la acción cooperativa de múltiples actores (gobierno, sector privado y sociedad civil). Un desafío de esta magnitud excede por mucho el alcance del sector salud, por lo que exige un trabajo intersectorial entre los diferentes niveles y sectores de gobierno, con un enfoque que comprenda la participación de toda la sociedad (16-18).

METODOLOGÍA

Estudio de tipo comparativo sincrónico de base cualitativa, con diseño de naturaleza descriptiva, transversal, no experimental. La selección de los casos de estudio estuvo condicionada por la necesidad de acceder libremente a sus digestos, es decir que, solo fueron elegibles aquellos municipios que ofrecieron una forma efectiva de acceder a estos. La elección de los municipios Santiago de Cali (Colombia), Curitiba (Brasil) y Rosario (Argentina) se fundamentó en la trayectoria de estos como «Municipios saludables», en el reconocimiento nacional o internacional obtenido por la implementación de iniciativas en esa dirección y en las similitudes sociodemográficas, políticas y económicas existentes entre ellos.

Esta investigación se propuso incluir todas las intervenciones públicas creadas por los gobiernos locales de las ciudades Santiago de Cali (en adelante, Cali), Curitiba y Rosario, entre los años 2003 y 2018, con la finalidad de promover la AF en su población. Esta delimitación temporal correspondió a la duración equivalente a cuatro ciclos de gobierno (16 años), aunque este período no coincidió concretamente con los ciclos de gobierno de ninguno de los casos.

Cada una de las intervenciones identificadas fue tratada como objeto de estudio. Se entendió por intervención a las acciones formales y organizadas que representan la expresión 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” (19, p112-3).

Para ser parte de este estudio las intervenciones debieron: tener explícito entre sus objetivos, directa o indirectamente, la promoción o fomento de la AF; estar dirigidas al marco geográfico de la ciudad de Cali, Curitiba o Rosario, y haber sido establecidas entre los años 2003-2018; y, ofrecer acceso a al menos un instrumento normativo que la instituya

(criterios de inclusión). Este trabajo no incluyó en su análisis aquellas intervenciones creadas antes del año 2003, aun cuando estas se mantuvieran vigentes durante el periodo de estudio comprendido por la investigación.

El abordaje de las intervenciones se desarrolló a través de un análisis documental, considerado como el estudio sistemático del contenido de documentos pertinentes a los fines de la investigación (20), entendiendo por documento al material que, por informar respecto de un hecho o fenómeno, permite su estudio, y cuya existencia trasciende al investigador (21).

Se utilizaron para este estudio únicamente documentos institucionales oficiales de carácter público (instrumentos normativos y publicaciones parlamentarias, administrativas o del ejecutivo) y contenidos de interés publicados en los sitios web oficiales de la Alcaldía de Santiago de Cali, la Prefeitura Municipal de Curitiba y la Municipalidad de Rosario (fuentes secundarias). La estrategia elaborada para la recolección de datos fue ejecutada en el período comprendido entre julio y octubre de 2019, y se estructuró en dos componentes:

Componente 1. Búsqueda en digestos

Búsqueda sistemática para la identificación de intervenciones a través de los instrumentos de valor normativo que las establecieron (leyes, decretos, resoluciones, disposiciones, ordenanzas, entre otras). La selección inicial de normativas de interés se desarrolló a través de la herramienta de búsqueda ofrecida por cada digesto, utilizando las siguientes palabras clave: actividad física, deporte, ejercicio físico, prevención de enfermedades, promoción de la salud, sedentarismo, enfermedades crónicas, enfermedades no transmisibles, enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer, obesidad, sobrepeso e hipertensión. Ajustes específicos fueron implementados en cada digesto según sus características y estructura («Sistema de información normativo, jurisprudencial y de conceptos JurisDOC», «Portal da Transparência» y «Buscador de Normativa», de Cali, Curitiba y Rosario, respectivamente).

Componente 2. Búsqueda en sitios web oficiales

Primero, la exploración se desarrolló «por carteras o secretarías» siguiendo la estructura de árbol del sitio web, y luego colocando las palabras clave y nombres de las intervenciones emergentes en el buscador general del sitio. Seguidamente, también los nombres de las intervenciones identificadas en el componente 1 fueron ingresados en el buscador para profundizar el conocimiento de estas más allá del texto de sus normativas. Por último, los nombres de las intervenciones captadas desde los sitios web (hallazgos del componente 2) fueron configurados como ecuación de búsqueda en los buscadores de los digestos empleados en el componente 1, con el objetivo de recuperar algún instrumento normativo que instituyera la intervención y permitiera incluirla como objeto de estudio.

El análisis de datos se desarrolló con un plan de análisis propio, elaborado en base a las propuestas de análisis de contenido latente y de análisis temático (22). Dicho plan de análisis tuvo las siguientes fases:

I. Codificación: Se señalaron las palabras, frases, conceptos e ideas que contenían datos relevantes para la investigación (aun cuando fuera de forma implícita), y se los organizó de manera tal que luego pudieran ser categorizados.

II. Categorización: los datos codificados en la etapa anterior fueron etiquetados y se procedió a su agrupamiento tanto con relación a las categorías inicialmente definidas como a nuevas categorías emergentes que pudieran contribuir al desarrollo del estudio.

III. Integración: los contenidos anteriormente categorizados que correspondieron a una misma intervención se compararon en dos instancias; primero, entre sí, aquellos recolectados a partir de un mismo documento o material informativo, en busca de ambigüedades y/o contradicciones conceptuales; y, luego, todos los disponibles sobre una misma intervención, independientemente de la fuente de la cual fueron recogidos. Así se pretendió visibilizar posibles contrasentidos y destacar las nociones más importantes de cada intervención para construir el perfil individual de cada una de ellas.

IV. Análisis final: se confrontaron los perfiles construidos en la fase anterior, 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 de cada caso y de todos ellos entre sí.

Las dimensiones de comparación fueron planteadas para dar cuenta de la evolución e integralidad de las políticas, de su abordaje preventivo y de los actores que hicieron a su gestión. Para ello fueron definidas diferentes categorías de análisis con sus respectivas subcategorías, clases y definiciones operacionales:

- Definición socioeconómica de la población destinataria: a través de la subcategoría condición de vulnerabilidad se observó la presencia o no, de un interés particular por abordar poblaciones con mayor vulnerabilidad, usando las siguientes clases:

- Población vulnerable: individuos o colectivos en condición de precario reconocimiento de sus derechos asociada a aspectos económicos (pobreza, situación de calle), socioculturales (colectivo LGBTI), étnicos/raciales (población indígena o afrodescendiente), u otros específicos (personas con discapacidad, población carcelaria, víctimas del conflicto armado); beneficiarios de programas sociales (por ser acciones dirigidas a subsanar la desigualdad de oportunidades y capacidades entre diversidades sociales y culturales)(23); y usuarios del subsistema público de salud (por suponer que carecen de otra cobertura y que su acceso a los servicios de salud depende exclusivamente de la oferta de dicho subsistema).
- Población específica: personas con una o más características específicas en común (grupo) que las diferenciaran del resto de la población (no relativas a la clase anterior) y funcionarán como una delimitación concreta para participar en la intervención (por ejemplo, usuarios de una obra social o prepaga).
- Población general: destinatarios que no fueron incluidos en las clases anteriores (población vulnerable o población específica).

- Definición demográfica de la población destinataria: analizada mediante las subcategorías grupo etario y sexo, empleando las clases:

- Infantes: 2 a 6 años.
- Niños: más de 6 y hasta 12 años.
- Adolescentes: más de 12 y hasta 18 años.
- Jóvenes: más de 18 y hasta 29 años.
- Adultos: más de 30 y hasta 60 años.
- Adultos mayores: mayores de 60 años.
- Población general: sin discriminación por edad.
- Solo mujeres
- Solo varones
- Ambos sexos: contuvo intervenciones que no expresaron un direccionamiento en este aspecto.

- Acción propuesta: se analizó la orientación de las diferentes intervenciones para el fomento de la AF definiendo al tipo de AF fomentada como subcategoría, con las siguientes clases:

- Ejercicio físico: tipo de AF desarrollada con una determinada periodización y cuali/cuantificación de las sesiones, previamente diseñadas con base en 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, con una dinámica recreativa o de competencia, pudiendo representar una situación ocupacional.
- AF espontánea: refiere a la AF realizada durante el día como medio para resolver situaciones cotidianas («Actividades de la Vida Diaria»).
- Indefinida: reúne a las intervenciones que no estuvieron direccionadas a promover un tipo específico de AF, o bien, a hacerlo en similar medida a más de una de las clases anteriores.

- Prevención de las ECNT: las intervenciones con referencia explícita a la prevención de estas enfermedades se clasificaron en la subcategoría nivel de la estrategia preventiva según sus acciones respondieran mayormente a algunas de estas clases:

- Promoción: proceso integral que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y así mejorarla (24). Comprende acciones sobre los ambientes y entornos de vida que colaboren a la adopción de estilos de vida saludables.

- Prevención primaria: conjunto de acciones realizadas en una población para disminuir su exposición a un factor/condición dañina para la salud, dirigidas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud antes de que la afección se concrete,
- Prevención secundaria: 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: cuidado de una enfermedad instalada para minimizar el empeoramiento de la condición de salud y evitar la producción de complicaciones y recidivas.

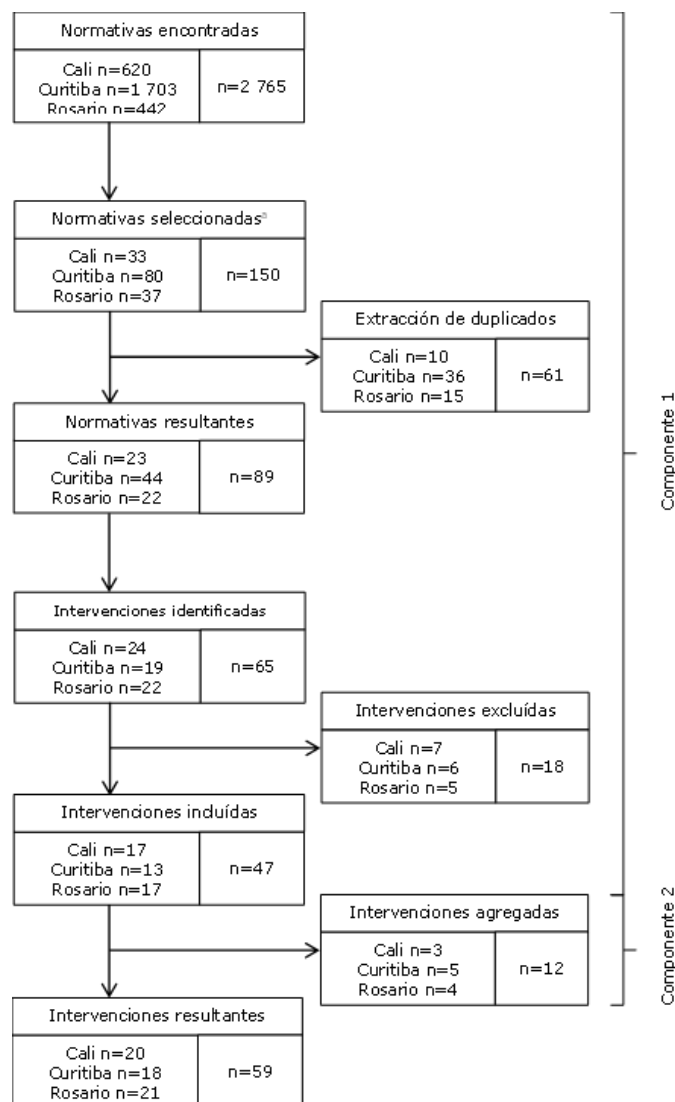
Las intervenciones fueron descritas también de acuerdo con los sectores de gobierno integrantes (25), clasificados en sector/es responsable/s (a cargo de la intervención) y sectores participantes (aquellos que no siendo responsables fueron parte de la intervención en cualquiera de sus etapas). Además de los sectores gubernamentales, se identificaron también entidades civiles públicas o privadas participantes.

El año de inicio de las intervenciones fue asimismo identificado y registrado, establecido de acuerdo con el año de sanción de la normativa de creación de la intervención. Cuando esa normativa no pudo ser localizada, se asignó como año de inicio el año en que comenzó a implementarse según las fuentes oficiales consultadas.

RESULTADOS

Este estudio comprendió en total 59 intervenciones (Figura 1, Tabla 1).

Figura 1. Estrategia y resultados de la búsqueda e identificación de intervenciones



^a Lectura de los títulos y fragmentos del texto que contuvieron las palabras clave. ^b Lectura completa de las normativas.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física identificadas según localidad, Año 2003-2018

| Cali | Curitiba | Rosario |
|---|---|---|
| Banco de implementos deportivos. | Academias ao Ar Livre. | iCambiá el Aire! Calle Recreativa. |
| BiciMIO. | Amigo Curitibaño. | Circuito aeróbico. |
| Calendario deportivo anual. | Baile da Melhor Idade. | Circuito de ciclismo. |
| Cali en forma. | Circuito Ciclístico Ciclolazer. | Circuito de Mountain Bike. |
| Cali Incluye. | Comunidade Escola. | Circuito Municipal. |
| Carreras y Caminatas. | Empresa Amiga da Bicicleta. | Circuito para Práctica Deportiva Recreativa en el Parque Urquiza. |
| Corredor Verde. | Escola + Esporte = 10 (EE10). | Código Tributario Municipal. ^a |
| Deporte Asociado y de Alto rendimiento. | Esporte e Lazer. | Día Municipal de la Bicicleta. |
| Deporte comunitario. | Lei da Bicicleta. | Día Municipal del Deporte por la Diversidad Sexual. |
| Día de la bici y el aire limpio. | Plano estratégico de calçadas (Plan Cal). | Estaciones Saludables. |
| Estímulo económico a deportistas. | Plano Cicloviário (Plan Ciclo). | Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA). |
| InCali. | Política Municipal de Atenção ao Idoso. | Mi Bici, Tu Bici. |
| Más Recreo. | Portal do Futuro. | Parques para Personas Mayores. |
| Más Vitales. | Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes. | Plan de Desarrollo Deportivo Local. |
| Plan integral de movilidad urbana (PIMU). | Semana Municipal da Capoeira. | Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos. |
| Plan Maestro de Ciclorrutas (PLAMACIR). | Semana Municipal de Skate. | Plan Integral de Movilidad. |
| Premios Farallones. | Sistema público de empréstimo de bicicletas. | Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales. |
| Semana del ciclista. | Vale Transporte Esportivo (VTE). | Registro Único de Bicicletas. |
| Semilleros deportivos. | | Rosario Juega Rugby. |
| Vértigo. | | Rosario Previene. |
| | | Rosario se mueve, movete con Rosario. |

^a Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra. Fuente: elaboración propia.

El año de inicio de las intervenciones evidencia una irregular distribución general de estas a lo largo del período de estudio (2003-2018), alternando años con elevada incidencia de intervenciones con otros de incidencia escasa o nula. A nivel particular de cada caso de estudio, tampoco se observa regularidad en la instauración de intervenciones, pero si cierta constancia de acuerdo con los diferentes ciclos de gobierno.

En el caso Rosario 10 de las 21 intervenciones incluidas en total fueron instituidas durante un mismo ciclo de gobierno; concretamente en solo dos años, los de inicio (2012) y finalización (2015) del ciclo. Un fenómeno similar se observó en Curitiba, siendo 11 de las 18 intervenciones instauradas durante un mismo ciclo de gobierno (2013-2016), con la particularidad de no registrarse intervenciones en el ciclo anterior.

Solo en Cali se encontró un plan destinado específicamente a la promoción de la AF. El «Plan Local del Deporte, la Recreación y la Educación Física» fue elaborado para el período 2008-2019 y estableció de forma permanente acciones (como la creación de centros de formación e iniciación deportiva; los juegos interescolares, intercolegiados e interuniversitarios; los juegos para personas con discapacidad; una feria del deporte extremo y el establecimiento de un banco de implementos deportivos) que luego fueron contenidas en intervenciones más integrales. Esta estrategia sirvió para consolidar las acciones a lo largo de todo el periodo a través de los sucesivos «planes de desarrollo» de los diferentes ciclos de gobierno. No se encontraron estrategias de este alcance ni en Curitiba ni en Rosario.

El renombramiento de las intervenciones fue frecuente con la llegada de nuevas autoridades a la administración municipal; no obstante, a menudo esto no implicó su interrupción. Por ello, analizar la continuidad de las intervenciones a lo largo del tiempo, exige ir más allá de su denominación y profundizar en la descripción de estas. Además, el número de intervenciones no debería ser considerado aisladamente como un indicador de la cobertura de la política a la cual responden.

Algunas alternativas para la promoción de la AF dieron lugar a intervenciones en los tres casos de estudio. La implementación de ciclovías recreativas (interrupción del tránsito de vehículos motorizados en calles para ofrecerlas como espacios para la práctica de AF), la instalación de equipamientos en espacios públicos (emplazamiento de una serie de mecanismos simples para facilitar el entrenamiento de diferentes capacidades físicas) y la creación de sistemas públicos de préstamo/alquiler de bicicletas fueron encontradas en los tres casos.

La mayoría de las intervenciones estuvieron a cargo a la cartera de deportes y recreación en todos los casos (n=35) y la incidencia de intervenciones con participación simultánea de diferentes sectores fue variable en cada uno de ellos. En Curitiba, más de la mitad de las intervenciones involucraron a tres o más sectores, mientras que en Rosario no se encontraron intervenciones que hayan explicitado la participación de más de un sector de gobierno.

La ausencia de intervenciones con participación manifiesta de más de un sector (secretarías) en el caso Rosario indicaría debilidad en términos de participación intersectorial. No obstante, una mejor valoración e interpretación de este hallazgo requiere la exploración de otras fuentes de información para desestimar que se deba a un sesgo propio de la naturaleza de los instrumentos normativos y contenidos web consultados.

En Cali el análisis de la participación de diferentes sectores en una misma intervención es complejo producto de la creación de «programas transversales» que reunieron proyectos con objetivos similares o complementarios en busca de la integración y esfuerzo conjunto de las carteras incluidas en las estrategias contenidas por ellos. Su finalidad era evitar la dispersión de recursos y duplicación de esfuerzos, y fueron los ejes estructurales de los planes de gobierno que acompañaron a cada gestión.

De acuerdo con el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la gestión de intervenciones holísticas para el fomento de la AF requiere un amplio compromiso intersectorial. La participación del sector privado fue encontrada en pocas intervenciones; mientras que, en todos los casos, la participación de sectores no gubernamentales estuvo mayormente vinculada al deporte a través de la cooperación con asociaciones, federaciones y/o ligas deportivas. El programa «Rosario Juega Rugby» fue un ejemplo de ello, con la singular característica de que la gestión y toma de decisiones debía ser definida por consenso entre representantes del sector de gobierno, las asociaciones deportivas, ONG y empresas participantes.

La cooperación con instituciones educativas fue desarrollada con universidades o institutos de formación del área de la educación física y los deportes con la finalidad de obtener ayuda técnica para la elaboración de proyectos o recursos humanos para la implementación de actividades como las ciclovías recreativas. En Rosario, la colaboración con universidades se proyectó también para que estudiantes de derecho, ciencias económicas y arquitectura brindaran asesoría a pequeños clubes en las áreas legal, contable y arquitectónica, y así intentar evitar situaciones que perjudicaran su patrimonio o el normal desarrollo de sus funciones.

La caracterización demográfica de la población destinataria no halló intervenciones dirigidas exclusivamente a varones o exclusivamente a mujeres. Según grupos etarios, siete de cada diez intervenciones estuvieron dirigidas a la población general, siendo esta relación algo inferior en Curitiba, donde casi la mitad de las intervenciones definieron la población destinataria según su edad. Los adolescentes fueron incluidos como destinatarios con mayor frecuencia (n=54), seguidos por los jóvenes (n=51) (Tabla 2).

Tabla 2. Número de intervenciones públicas para la promoción de la actividad física creadas en el período 2003-2018, según localidad y grupo etario

| Grupo etario | Localidad | | | Total |
|---|-----------|----------|---------|-------|
| | Cali | Curitiba | Rosario | |
| Infantes (2 a 6 años) | 16 | 11 | 16 | 43 |
| Niños (más de 6 y hasta 12 años) | 17 | 12 | 18 | 47 |
| Adolescentes (más de 12 y hasta 18 años) | 18 | 16 | 20 | 54 |
| Jóvenes (más de 18 y hasta 29 años) | 19 | 13 | 19 | 51 |
| Adultos (más de 30 y hasta 60 años) | 19 | 11 | 18 | 48 |
| Adultos mayores (mayores de 60 años) | 17 | 13 | 19 | 49 |
| Población general (sin discriminación por edad) | 16 | 10 | 16 | 42 |
| Intervenciones | 20 | 18 | 21 | 59 |

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

La caracterización de la población destinataria según condición socioeconómica evidenció un amplio predominio de las intervenciones dirigidas a la población general (n=53). Tres de las seis intervenciones destinadas a la población vulnerable correspondieron al caso Cali, y cada una de ellas comprendió condiciones de vulnerabilidad diferentes. En especial, el programa «Cali Incluye» integró diferentes estrategias que, a través del deporte y la recreación, se propusieron abordar la vulnerabilidad y recuperar los vínculos sociales de poblaciones indígenas y afrodescendientes, recicladores, víctimas del

conflicto armado interno y personas con orientación sexual diversa (LGBTI), en situación de calle o privadas de su libertad.

El deporte fue el tipo de AF fomentada por el mayor número de intervenciones; especialmente en Cali, correspondiendo a este tipo la mitad de ellas. En Cali y Curitiba se encontraron intervenciones dirigidas a la asistencia directa de determinados deportistas, pero ninguna dirigida a la asistencia de clubes. Por el contrario, en Rosario se hallaron tres intervenciones destinadas a la asistencia de clubes y ninguna de asistencia directa a deportistas.

La AF espontánea o incidental fue el segundo tipo de AF mayormente fomentado, presente en los tres casos con una frecuencia similar. Todos los casos se propusieron la implementación de un sistema público de préstamo o alquiler de bicicletas y tuvieron algún plan destinado a mejorar la integración de los ciclistas a la movilidad urbana; incluso con intervenciones específicas dirigidas regular el emplazamiento de vías para la circulación de bicicletas en Cali y Curitiba. Una particularidad encontrada en Curitiba es que sus cuatro intervenciones orientadas a fomentar el uso de la bicicleta fueron creadas durante el mismo ciclo de gobierno (2013-2016).

La prevención/control de las ECNT fue explicitada como objetivo en nueve intervenciones; encontradas en mayor número en Rosario (n=5), y siendo tres de ellas iniciadas el mismo año (2012) y teniendo cada una un sector responsable diferente (Tabla 3). Sumadas a otra intervención iniciada durante la misma gestión; cuatro de las nueve intervenciones encontradas en total que explicitaron la prevención/control de las ECNT, fueron iniciadas dentro del mismo período de gobierno. Este hallazgo particular, en el cual tres intervenciones con mención específica a las ECNT fueron iniciadas en un mismo año por sectores de gobierno diferentes, permite inferir el establecimiento de estas enfermedades como un objetivo transversal de ese período de gobierno.

Tabla 3. Intervenciones públicas para la promoción de la actividad física con referencia explícita a la prevención/control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, creadas en el período 2003-2018, según localidad y año de creación

| Localidad | Intervención | Año |
|-----------|--|------|
| Cali | Semana del ciclista | 2008 |
| | Día de la bici y el aire limpio | 2018 |
| Curitiba | Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes | 2004 |
| | Política Municipal de Atenção ao Idoso | 2005 |
| Rosario | Parques para Personas Mayores | 2008 |
| | iCambiá el Aire! Calle Recreativa | 2012 |
| | Rosario Previene | 2012 |
| | Rosario se mueve, movete con Rosario | 2012 |
| | Estaciones Saludables | 2015 |

Fuente: elaboración propia.

Las intervenciones con referencia explícita a la prevención/control de las ECNT estuvieron dirigidas principalmente a la población general, tanto con relación a la definición demográfica (n=6) como a la socioeconómica (n=8). Sobre esta última caracterización, solo una intervención estuvo destinada a la población vulnerable («Rosario Previene»). La estrategia preventiva propuesta por estas intervenciones correspondió a la prevención primaria (n=5) y a la promoción de la salud (n=4).

DISCUSIÓN

La fluctuación del número de intervenciones implementadas en cada caso a lo largo del periodo de estudio permite valorar que su incidencia se encontró relacionada a los ciclos de gobierno. La promoción de la AF no fue considerada un aspecto prioritario de forma permanente por los gobiernos locales y su presencia en la agenda de las políticas públicas locales estuvo intensamente condicionada por las voluntades de las autoridades de turno.

La definición de políticas públicas de promoción de la AF capaces de trascender la duración de los periodos de gobierno es clave para enfrentar problemas complejos y de larga evolución como la inactividad física y las ECNT. Su instauración a partir de los procesos institucionales correspondientes es importante para garantizar su sostenibilidad.

Las ciclovías recreativas, los equipamientos en espacios públicos y los sistemas de bicicletas públicas fueron intervenciones públicas de promoción de la AF comúnmente bien valoradas por los gestores locales de los tres municipios.

La participación conjunta de diferentes sectores de gobierno en una misma intervención, observada únicamente a partir de las fuentes consultadas, fue muy variable entre los casos. Común en los programas del caso Curitiba, difícil de considerar en el caso Cali (aunque previsible por el establecimiento de programas transversales), e implícita en las intervenciones del caso Rosario.

La cooperación con el sector no gubernamental se estableció oportunamente con organizaciones deportivas e instituciones educativas (en especial en el caso Rosario). En cambio, la articulación observada con empresas privadas fue escasa y amerita la planificación de mejores estrategias para aumentar la participación del sector.

La instauración de dispositivos de gestión que garanticen el vínculo permanente entre los sectores Salud y Deportes respecto del fomento de la AF podría resultar un aporte significativo. Aun mejor, la consolidación de una «Mesa de trabajo intersectorial» que comprenda simultáneamente a sectores gubernamentales y no gubernamentales, públicos y privados (similar a la establecida para la gestión del programa «Rosario Juega Rugby», pero de alcance general a toda la política de promoción de la AF), podría aumentar la participación y compromiso de todos ellos y promover diferentes perspectivas para el abordaje de la promoción de la AF desde paradigma de los DSS.

Con base en el predominante direccionamiento de las intervenciones hacia la población general en lugar de grupos etarios específicos, y en la ausencia de intervenciones dirigidas exclusivamente a varones o mujeres; podría señalarse que el abordaje de la población destinataria en términos demográficos fue definido en todas las políticas con cierta preferencia por la «estrategia poblacional» respecto de la «estrategia de alto riesgo».

La población socioeconómicamente vulnerable solo fue destinataria específica de intervenciones suficientes para comprender diferentes vulnerabilidades de forma integral en el caso Cali. Las intervenciones destinadas a poblaciones vulnerables del caso Rosario fueron ambas inespecíficas; mientras que la intervención encontrada en el caso Curitiba solo contempló la condición de vulnerabilidad propia de las personas con capacidades diferentes.

Aunque se encontraron intervenciones que, pese a no estar dirigidas concretamente a la población vulnerable, han incorporado acciones particulares para mejorar la inclusión de algunos grupos de esta; el bajo direccionamiento específico de las intervenciones de promoción de la AF de los casos Curitiba y Rosario podría implicar una insuficiente capacidad de sus políticas para contrarrestar las inequidades que suelen sufrir estas poblaciones.

La creación de programas para la práctica de deporte comunitario como estrategia para la integración social de los diferentes sectores (en especial de los vulnerables) fue una propuesta común a todos los casos. Además, en el caso Rosario se proyectó el estímulo del deporte a partir de la asistencia a los clubes, mientras que en los casos Cali y Curitiba la asistencia fue ofrecida directamente a los deportistas.

Al igual que se advirtió con las intervenciones para el fomento de la AF en general, la incidencia de intervenciones con referencia explícita a la prevención de las ECNT fue irregular y no evidenció un crecimiento sostenido a lo largo del período de análisis ni énfasis en la población socioeconómicamente vulnerable. Utilizando a la AF como trazador se puede observar que, al igual que para la promoción de la AF en general, la intensidad con que las ECNT integraron la agenda de gobierno no respondió de manera lineal a la gravedad de la situación epidemiológica, sino que dependió fuertemente de las convicciones de las autoridades de cada administración.

CONCLUSIÓN

Puede concluirse que la generación de intervenciones debidamente instrumentadas por normativa, que tributen coordinadamente a políticas explícitas asumidas como planes integrales dotados de objetivos, lineamientos generales, metas y presupuestos, es un desafío vigente para que las acciones de promoción de la AF para la prevención de las ECNT gestionadas por las administraciones locales sean más efectivas y capaces de trascender en el tiempo más allá de las intenciones y valoraciones de las autoridades en curso.

Además del aporte que representa el relevamiento sistematizado de las intervenciones comprendidas en esta investigación; su naturaleza descriptiva y metodología original de identificación/caracterización, permitieron la reconstrucción del perfil de las políticas públicas con características vinculadas a la gestión de estas. Por ello, esta evidencia puede aumentar la capacidad de los decisores para discutir las fortalezas y limitaciones de las políticas, así como proveer un punto de referencia para establecer comparaciones o desarrollar nuevas investigaciones.

Nuevos estudios que analicen las políticas públicas de promoción de la AF serán importantes para aportar

conocimientos y herramientas que permitan repensar la gestión de estas, y con ello mejorar su capacidad para aumentar los niveles de AF de la población y reducir el impacto de las ECNT.

REFERENCIAS

1. Mayer-Foulkes D, Mayer-Hirshfeld I. Macroeconomía y factores de riesgo de las ENT: un programa de políticas. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne G, Hennis A, editores. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. p. 57-67. <https://tinyurl.com/3nuk5s9p>
2. Grupo ad hoc de Vigilancia de enfermedades no transmisibles, Comisión de vigilancia en salud, MERCOSUR. Primer reporte de vigilancia de enfermedades no trasmisibles [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2011 [cited 2023 Jan 18]. <https://tinyurl.com/bdc446se>
3. Hennis A. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne G, Hennis A, editores. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. p. 3-10. <https://tinyurl.com/3nuk5s9p>
4. Escamilla-Cejudo JA, Sanhueza A, Legetic B. La carga de enfermedades no transmisibles en las Américas y los determinantes sociales de la salud. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne G, Hennis A, editores. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. p. 13-23. <https://tinyurl.com/3nuk5s9p>
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital: panorama general [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [cited 2023 Jan 22]. <https://tinyurl.com/bdexv76k>
6. Hernández-Ávila M, Vieitez I, Bernal A, Charvel S, Santos-Burgoa C, Reynales-Shigematsu LM, et al. Marco de la política para desarrollar y mejorar las acciones gubernamentales destinadas a la prevención y el control de las ENTs. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne G, Hennis A, editores. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. p. 127-46. <https://tinyurl.com/3nuk5s9p>
7. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2023 Jan 22]. <https://tinyurl.com/5n95tbdt>
8. Puska P. The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. Diabetes Voice [Internet]. 2008 [cited 2023 Jan 18]; 53(1):26-9. <https://tinyurl.com/y5c8bw77>
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [cited 2023 Jan 12]. <https://tinyurl.com/3k89mu2h>
10. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009. Evolución de la epidemia de ECNT en Argentina. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 23]; 2(6):34-41. <https://tinyurl.com/42mk987m>
11. Matsudo SM, Matsudo VR. Agita São Paulo: Promoción de una vida activa como forma de vida en el Brasil. En: Freire WB, editor. Nutrición y vida activa: del conocimiento a la acción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006. p. 155-75. <https://tinyurl.com/4h8ys23d>
12. Fernández JC, Quiñones IT, Robles AS, Padilla JS. Revisión sistemática sobre los estudios de intervención de actividad física para el tratamiento de la obesidad. Retos. 2018; (33):261-6. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i33.52996>
13. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas. Concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad Saúde Pública. 2017; 33(7):e00006016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>
14. Martínez E, Saldarriaga JF, Sepúlveda FE. Actividad física en Medellín: desafío para la promoción de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2008 [cited 2023 Jan 11]; 26(2):117-23. <https://tinyurl.com/228fhk9u>
15. García CM, González-Jurado JA. Impacto de la inactividad física en la mortalidad y los costos económicos por defunciones cardiovasculares: evidencia desde Argentina. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 1]; 41(e92). <https://tinyurl.com/3thrnms9>
16. Alleyne G. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe: consideraciones relativas al programa de políticas. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne G, Hennis A, editores. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. p. 157-64. <https://tinyurl.com/3nuk5s9p>
17. Zaffaroni EI, Yavich N, Báscolo E. Intervenciones públicas vinculadas a las políticas de fomento de la actividad física y su relación con las ECNT, en la ciudad de Rosario, durante 2003-2017. Rev Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 2]; 25(1):8-21. <https://tinyurl.com/cbexk7ff>
18. Fortune K, Snyder NS, Galvão LAC, Murphy M. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne G, Hennis A, editores. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. p. 35-9. <https://tinyurl.com/3nuk5s9p>

19. Oszlak O, O'Donnell G. Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes* [Internet]. 1995 [cited 2023 Feb 1]; 2(4):99-128. <https://tinyurl.com/28yfsrvj>
20. Goodrick D. Estudios de caso comparativos. Síntesis metodológicas: evaluación de impacto n°9 [Internet]. Florencia: Centro de Investigaciones de UNICEF; 2014 [cited 2022 Dec 18]. Disponible desde: <https://tinyurl.com/e56a4nx7>
21. Tonon G. La utilización del método comparativo en estudios cualitativos en ciencia política y ciencias sociales: diseño y desarrollo de una tesis doctoral. *Kairós. Revista de temas sociales* [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 21]; 15(27):1-12. Disponible desde Dialnet: <https://tinyurl.com/23yhpzez>
22. Minayo MCS. *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. 9th ed. Buenos Aires: Lugar; 2016.
23. Gutiérrez MRC. Los referentes conceptuales del desarrollo social. *Ixaya. Revista Universitaria de Desarrollo Social* [Internet]. 2011 [cited 2023 Jan 5]; 1(1):39-84. <https://tinyurl.com/49dsvj7s>
24. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud. Glosario* [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [cited 2023 Jan 5]. <https://tinyurl.com/2y85k6hy>
25. Mena-Bejarano B. Análisis de experiencias en la promoción de actividad física. *Rev. salud pública* [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan 20]; 8(Sup.2):42-56. <https://tinyurl.com/yckpj69n>