

INTERVENCIONES PÚBLICAS VINCULADAS A LAS POLÍTICAS DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON LAS ECNT, EN LA CIUDAD DE ROSARIO, ARGENTINA DURANTE 2003-2017

PUBLIC INTERVENTIONS RELATED TO POLICES TO PROMOTE PHYSICAL ACTIVITY AND ITS LINKAGES WITH NCDs, IN ROSARIO CITY, ARGENTINA DURING 2003-2017

INTERVENÇÕES PÚBLICAS RELATIVAS ÀS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E SUA RELAÇÃO COM AS ECNT, NA CIDADE DE ROSARIO, ARGENTINA, DURANTE 2003-2017.

Resumen

Objetivo: Analizar las intervenciones públicas vinculadas al control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) mediante la promoción de la actividad física (AF) en la ciudad de Rosario entre 2003 y 2017. **Método:** Se consideraron aquellas intervenciones públicas con finalidad de fomentar la AF en Rosario, reglamentadas por normativa entre 2003-2017. Normativas y contenidos de los sitios web oficiales de la provincia de Santa Fe y la municipalidad de Rosario fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Fueron captadas 35 intervenciones. Nueve intervenciones se propusieron explícitamente controlar las ECNT y solo una de ellas estuvo focalizada en la población socioeconómicamente vulnerable. **Conclusiones:** Las intervenciones de promoción de la AF en Rosario

Eduardo Iván Zaffaroni¹,
Natalia Yavich²,
Ernesto Báscolo³

¹ CONICET-Universidad Abierta Interamericana (CAECIHS).

² Investiga MAS. Estudios de Salud y Sociedad.

³ Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario.

Contacto: eduardoi_zaffaroni@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n3.28559>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 11 de mayo de 2020.
Aprobado: 19 de octubre de 2020.

experimentaron un impulso acentuado a partir del final de la década del 2000, estuvieron mayormente dirigidas a la población general y comenzaron a explicitar su vinculación con las ECNT desde el inicio de la década siguiente.

Palabras clave: política pública; actividad motora; enfermedades no transmisibles.

Abstract

Objective: To analyze public interventions linked to the control of Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) through the promotion of physical activity (PA) in Rosario City between 2003 and 2017. **Method:** Those public interventions were considered in order to promote the PA in Rosario, regulated by regulations between 2003-2017. Regulatory and other content published on official websites of the province of Santa Fe and the municipality of Rosario were used, analyzed using the content analysis technique. **Results:** 35 interventions were captured. Nine interventions explicitly set out to control NCDs and only one of them focused on the socioeconomic vulnerable population. **Conclusions:** The interventions of promoting PA in Rosario experienced a marked boost since the end of the 2000s, were mostly aimed at the general population and began to explain its link with NCDs since the beginning of the following decade.

Key words: public policy; motor activity; noncommunicable diseases.

Resumo

Objetivo: Analisar as intervenções públicas vinculadas ao controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (ECNT) por meio da promoção da atividade física (AF) na cidade de Rosário entre 2003 e 2017. **Método:** Essas intervenções públicas foram consideradas para a promoção da AF em Rosário, regulamentadas por normas entre 2003-2017. Regulamentações e conteúdos dos sites oficiais da província de Santa Fé e do município de Rosário foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** 35 intervenções foram capturadas. Nove intervenções foram propostas explicitamente ao controle das ECNT e apenas uma delas teve como foco a população em situação de vulnerabilidade socioeconômica. **Conclusões:** As intervenções de promoção da AF em Rosário tiveram forte impulso a partir do final dos anos 2000, voltadas principalmente para a população em geral e passaram a explicitar sua vinculação com as ECNT a partir do início da década seguinte.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Atividade motora; Doenças Não Transmissíveis.

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial y de muerte prematura en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que, de no mediar intervenciones efectivas, su prevalencia aumentará y con ella la carga de morbilidad, la demanda sobre los servicios de salud y el gasto sanitario. De esta manera, las ECNT amenazan la cobertura y calidad de la atención en salud ofrecida por el sistema público, por lo que el control de estas enfermedades debe ser una prioridad para el desarrollo de los países latinoamericanos (1,2).

Los grupos socioeconómicamente más vulnerables presentan una mayor prevalencia de ECNT y de sus factores de riesgo, así como también una incidencia y complicaciones más tempranas. La carga económica producida, en parte por la pérdida parcial o total de aptitud para la generación de ingresos, y en parte por los gastos derivados de su tratamiento crónico, empujan o mantienen a muchas familias en la pobreza, retroalimentando y profundizando las inequidades sociales y sanitarias. Por eso, las inversiones destinadas a prevenir y/o controlar las ECNT pueden ser entendidas como un mecanismo de alivio de

la pobreza y promoción del desarrollo (3). Las posibilidades de padecer ECNT están fuertemente determinadas por factores comportamentales (sedentarismo, alimentación poco saludable y consumo de tabaco y/o alcohol) que condicionan la aparición de respuestas metabólicas o fisiológicas de riesgo (hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia).

Los factores comportamentales están determinados por condiciones socioeconómicas, políticas, culturales y ambientales. Según la teoría ecosocial, desarrollada por Krieger y adoptada por el modelo de la determinación social de la salud (DSS) elaborado por Solar & Irwin, las condiciones contextuales interactúan con la biología y configuran un ecosistema en que las personas manifiestan a nivel individual características relativas al entorno en que viven, dando lugar al concepto de “estilos de vida colectivos” para aludir a la influencia del contexto en las decisiones personales (4,5).

Las condiciones materiales, el entorno físico y el contexto sociocultural son factores claves en la estructuración de prácticas y representaciones sociales e individuales (6,7). Explicar la configuración de los estilos de vida únicamente desde la responsabilidad individual de las elecciones de cada sujeto, es ignorar la importante influencia de esos factores contextuales, incursionando en una lógica reduccionista que podría considerarse un ejemplo del fenómeno de “culpabilización de la víctima” (8).

Para influir sobre los factores comportamentales se requiere de la implementación de políticas públicas con un enfoque amplio e integral capaz de ser alcanzado a partir de alianzas entre decisores políticos, ONGs y el sector privado; de forma tal que se estimule la participación y empoderamiento comunitario, condición fundamental para que se produzcan cambios sólidos y persistentes (9,10). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la inactividad física como el segundo factor comportamental con mayor asociación a la mortalidad por ECNT, luego del consumo de tabaco (11). Aproximadamente el 60% de la población mundial tiene un comportamiento sedentario (12). En Argentina, la prevalencia de actividad física (AF) baja aumentó de 54,7% en 2013 a 64,9% en 2018 (13). De acuerdo con la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, los grupos con mayor prevalencia de AF baja están dados por: las mujeres, los mayores de 65 años y las personas con primario incompleto (14).

Según el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) los municipios constituyen un ámbito fundamental para ejercer el control efectivo de las ECNT. Los gobiernos locales son los más próximos de la población por lo que contarían con mejores condiciones para introducir cambios en el entorno local que faciliten la adopción de mejores decisiones para la salud por parte de sus habitantes (15).

Este trabajo tuvo como objetivo analizar las intervenciones públicas vinculadas a la prevención y control de las ECNT mediante la promoción de la AF en la ciudad de Rosario entre los años 2003 y 2017. La definición del municipio Rosario como objeto de estudio respondió a su importancia demográfica y a su adhesión a la iniciativa “Municipios Saludables” de la OPS/OMS a la que se incorporó en febrero de 2001 (16), lo cual explica la delimitación temporal del estudio.

El estudio fue realizado en el marco de la investigación “Intersectorialidad para actuar sobre los determinantes sociales de salud: análisis de intervenciones orientadas a prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles en la provincia de Santa Fe”, a partir de la tesis de maestría elaborada y dirigida por sendos autores del presente trabajo (17).

Metodología

Para analizar el perfil de las políticas públicas para la promoción de la AF se consideraron todas aquellas intervenciones públicas creadas por el gobierno nacional, provincial o municipal con la finalidad de promover y fomentar la AF en la ciudad de Rosario.

Dado que no se halló un documento oficial, investigación u otra fuente que sistematizase

dichas intervenciones, fue necesario identificarlas mediante una búsqueda que captara intervenciones que: 1) tuvieron como ámbito geográfico de implementación a la ciudad de Rosario; 2) fueron reglamentadas por al menos una normativa, sancionada entre los años 2003 y 2017; y, 3) cuya normativa refiriera explícitamente a la promoción de la AF como parte del propósito de la intervención (criterios de inclusión).

La búsqueda fue desarrollada durante el mes de noviembre de 2018 y se estructuró en dos componentes:

1. Búsqueda en digestos para la obtención de normativas. Se ingresaron las siguientes palabras claves como frase exacta en el Sistema de Información de Normativa (SIN) de la Provincia de Santa Fe (<https://www.santafe.gov.ar/normativa/>) y en el Buscador de Normativa de la Municipalidad de Rosario (<http://www.rosario.gov.ar/normativa/visualExterna/normativas.jsp>): 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. A partir de la lectura de los títulos y descripciones fueron descartadas sin proceder a su lectura todas aquellas normativas cuyo título indicaba la distinción de personas (“deportista distinguido”, “médico distinguido”, etc.) o la declaración de “interés municipal” de algún hecho o evento. Con el resto del material se procedió a la lectura completa, procedimiento utilizado para identificar aquellas intervenciones pertinentes de acuerdo con los criterios de inclusión. Posteriormente, se realizó una segunda búsqueda ingresando el nombre de las intervenciones identificadas y se repitió el procedimiento previo.

2. Búsqueda en sitios web oficiales para la identificación de intervenciones. Se desarrolló una exploración integral 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/>), inicialmente por carteras (siguiendo la estructura de árbol) y luego utilizando las palabras clave en los buscadores generales. Para profundizar el conocimiento de las intervenciones captadas por el componente 1 más allá del texto de sus normativas, el nombre de las intervenciones incluidas fue usado también como ecuación de búsqueda en los buscadores generales de estos sitios web. Finalmente, el nombre de las nuevas intervenciones identificadas fue utilizado como texto de búsqueda en los digestos anteriormente empleados con el objetivo de recuperar algún instrumento normativo que reglamentara la intervención y permitiera incluirla como unidad de análisis.

Los documentos utilizados para el análisis de las intervenciones fueron los instrumentos normativos obtenidos de los digestos (leyes, decretos, resoluciones, disposiciones u ordenanzas) y otros contenidos publicados en los sitios web oficiales de la provincia de Santa Fe y de la municipalidad de Rosario (textos, audios y/o videos). Estos documentos fueron analizados mediante un análisis de contenido latente (18) o temático (19). Los datos fueron procesados en cuatro etapas: codificación, categorización, integración y análisis final. Las intervenciones fueron descritas de acuerdo a las siguientes categorías de análisis: origen de las intervenciones, características socioeconómicas y demográficas de la población destinataria, tipo de AF fomentada y estrategia utilizada para prevenir y/o controlar las ECNT (Tabla 1). Por haber empleado información pública este estudio no requirió aplicación de consentimientos informados ni la aprobación por parte de un comité de ética.

Resultados

Resultados de la estrategia de búsqueda

La búsqueda en los digestos arrojó inicialmente un total de 1260 normativas, las cuales fueron reducidas a 61 mediante su lectura parcial o total y la extracción de duplicados. A partir de las 61 normativas relevantes se identificaron 30 intervenciones. Con la búsqueda en sitios web oficiales fueron captadas otras 5 intervenciones, dando como resultado final un total de 35 (Figura 1).

Intervenciones según su origen

La mitad de las intervenciones fueron creadas por el gobierno municipal (n=18) y la otra mitad por los gobiernos provincial (n=14) y nacional (n=3) (Tabla 2).

Durante los primeros 5 años del período bajo análisis (2003-2007) se crearon solo 4 de las 35 intervenciones (11%), ninguna de ellas creadas por el nivel provincial. Durante los 5 años siguientes (2008-2012) fueron creadas 4 veces más intervenciones (n=16) que en el periodo inicial. En los 5 años finales del período bajo análisis (2013-2017) se mantuvo la frecuencia de creación de intervenciones (n=15), siendo llamativa la creación de 6 intervenciones a nivel municipal durante el año 2015. A nivel provincial fueron iniciadas 4 intervenciones durante el último año de análisis (2017).

La participación de más de un nivel de gobierno (nacional, provincial y municipal) en una misma intervención fue observada en 9 intervenciones; de las cuales, 4 expusieron vínculos entre el nivel municipal y el provincial, y otras 3 entre el provincial y el nacional; mientras que 2 intervenciones platearon la articulación de los tres niveles de gobierno.

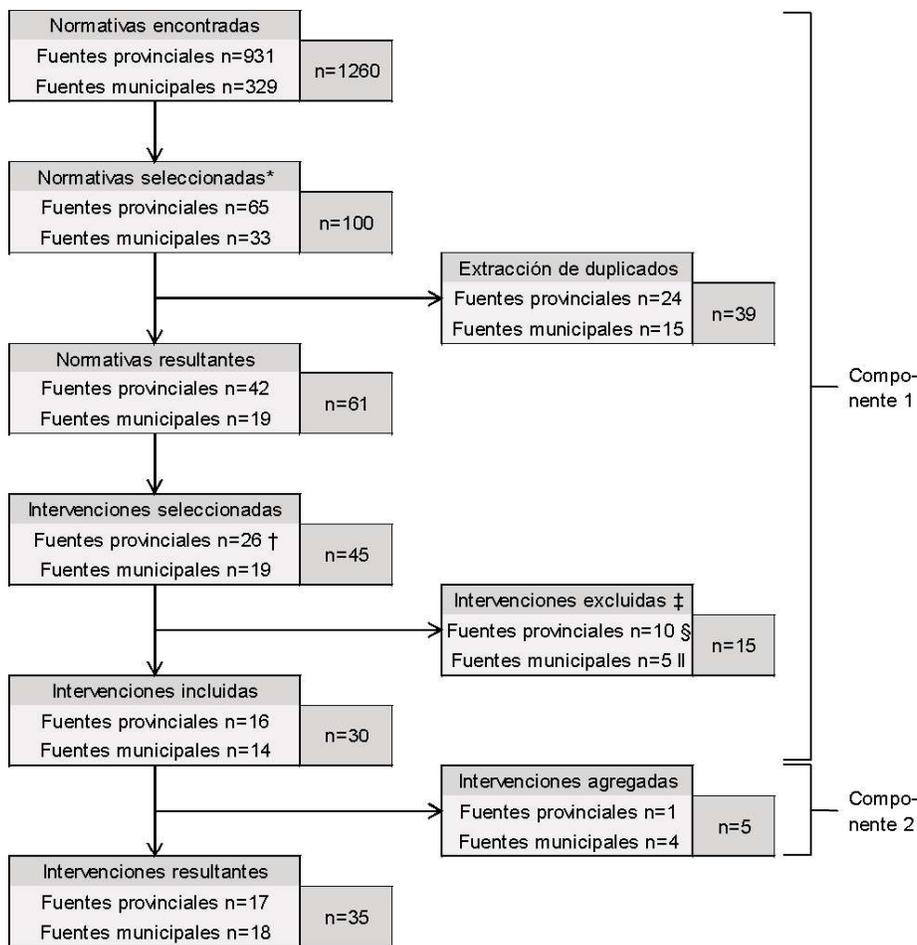


Figura 1. Estrategia y resultados de la búsqueda e identificación de intervenciones

* A partir de la lectura de los títulos y fragmentos del texto que contuvieron las palabras clave.

† Diferentes normativas refirieron a una misma intervención.

‡ A partir de la lectura completa de las normativas.

§ Excluidas por no representar intervenciones concretas (n=4), no corresponder al periodo de análisis (n=4) o no referirse a la promoción de la actividad física (n=2).

¶ Excluidas por no representar intervenciones concretas (n=3) o no corresponder al periodo de análisis (n=2).

Tabla N° 1: Categorías de análisis. Variables y clases

Categoría	Variable	Clase	Definición operativa
Origen de las intervenciones	Año de creación		Año de sanción de la normativa de creación de la intervención.
	Jurisdicción de creación	- Municipal - Provincial - Nacional	
Características socioeconómicas y demográficas de la población destinataria		- No - Si	
	Focalización según condición socioeconómica	- Población vulnerable - Población específica	Se entendió por población vulnerable a los beneficiarios de programas sociales, a los colectivos en condiciones sociales, económicas y/o geográficas de precario reconocimiento de sus derechos, como la pobreza y la exclusión social; y a los usuarios del subsistema público de salud. Asumida como un conjunto de personas con características comunes (grupo) que las diferenciaron del resto de la población (siempre que no fueran relativas a condiciones de vulnerabilidad arriba descritas) y funcionaron como una delimitación concreta en relación a las intervenciones (por ejemplo, usuarios de una obra social o prepaga).
	Grupo etario	- Infantes - Niños - Adolescentes - Jóvenes - Adultos - Adult. mayores - Población Gral.	2 a 6 años. Más de 6 y hasta 12 años. Más de 12 y hasta 18 años. Más de 18 y hasta 29 años. Más de 30 y hasta 65 años. Mayores de 65 años. Sin discriminación por edad.
	Sexo	- Mujeres - Varones - Ambos	
Propósito de la intervención	Tipo de actividad física (AF) fomentada	- Ejercicio físico - Disfrute - Deporte - AF espontánea - Indefinida	AF periodizada y cuali/cuantificada en sesiones de acuerdo a evaluaciones previas y objetivos pretendidos. AF ejecutada con intenciones lúdicas, recreativas y/o de integración social asociadas a un concepto holístico de bienestar. AF realizada de acuerdo a reglamentaciones, de forma recreativa o competitiva, pudiendo representar una situación ocupacional. Aquella practicada durante el día como medio para resolver situaciones cotidianas (Actividades de la Vida Diaria). Intervenciones que promovieron la AF sin hacer referencia a un tipo de AF específico.
	Presencia y tipo de estrategia para prevenir y/o controlar las enfermedades crónicas no transmisibles	- No explícita - Explícita - Promoción - Prevención Primaria - Prevención secundaria - Prevención terciaria	Entendida como el proceso que busca incrementar el control de las personas sobre su salud. Comprende acciones sobre los ambientes y entornos de vida que colaboren a la adopción de estilos de vida saludables. Comprendida como el conjunto de acciones sobre una población para disminuir su exposición a un factor dañino para la salud antes de que se concrete la afección y así evitar la aparición de un problema de salud. Asumida como la actividad de búsqueda de enfermedades en sujetos asintomáticos, destinada a la detección precoz y cuidado oportuno de un problema de salud en su estado inicial. Refiere al tratamiento de una enfermedad instalada para minimizar el empeoramiento de la condición de salud y evitar la producción de complicaciones y recidivas.

Tabla N° 2: Denominación de las intervenciones incluidas según jurisdicción y año de creación

Jurisdicción	Año	Denominación de la intervención
Nacional	2003	Programa de Escuelas de Iniciación Deportiva.
	2012	Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios.
	2016	Régimen de Promoción de los Clubes de Barrio y de Pueblo.
Provincial	2009	Programa "Santa Fe más Deporte".
	2009	Programa de Fortalecimiento de Iniciativas y Políticas Sociales Comunitarias Territoriales Buenas Prácticas.
	2010	Juegos Región Centro.
	2011	Programa Único de Atención Integral de la Obesidad: "Hacelo por vos".
	2012	Encuentros en tu plaza.
	2013	Programa Santa Fe Juega.
	2013	Programa Verano joven (Plan ABRE).
	2014	Programa de Fortalecimiento de las Prácticas y Condiciones de Alojamiento en los ámbitos de cuidados alternativos.
	2015	Programa de fomento de clubes en barrios (Plan ABRE).
	2016	Régimen o tratamiento tarifario especial para servicios de energía eléctrica y de agua potable.
	2017	Programa de Fortalecimiento a las Políticas de Juventudes Locales.
	2017	Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social.
	2017	Programa Deporte para la reinserción.
	2017	Promoción de la alimentación saludable de la población por medio de la educación alimentaria y nutricional.
	Municipal	2004
2006		Programa de Asesoramiento Integral para Clubes Barriales.
2007		Código Tributario Municipal. Exención de Instituciones deportivas amateur de la Tasa por Servicios Técnicos de Planos e Inspección de Obra.
2008		Plan Integral de Fortalecimiento de Clubes Sociales y Deportivos.
2008		Programa Parques para Personas Mayores.
2009		Circuito de ciclismo (Parque Scalibrini Ortiz).
2009		Circuito Municipal (Parque Alem).
2010		Plan Integral de Movilidad.
2012		¡Cambiá el Aire! Calle Recreativa.
2012		Mi Bici, Tu Bici (MBTB).
2012		Programa Rosario Previene.
2012		Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario".
2015		Circuito aeróbico.
2015		Circuito de Mountain Bike.
2015		Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA).
2015		Programa Estaciones Saludables.
2015		Registro Único de Bicicletas.
2015	Rosario Juega Rugby.	

Intervenciones según características de la población destinataria

Condiciones socio-económicas de la población

La mayoría de las intervenciones estuvieron dirigidas a la población general (26 de 35) puesto no fueron focalizadas según la condición socioeconómica de la población destinataria. Poblaciones vulnerables fueron destinatarias de 7 intervenciones (6 de las cuales fueron iniciadas entre los años 2012-2017). A nivel provincial hubo una mayor concentración de intervenciones destinadas a promover la AF entre la población vulnerable (1 de cada 3 intervenciones), que a nivel municipal (1 cada 10 intervenciones) donde primaron

las intervenciones destinadas a la población general (9 de cada 10).

Dos intervenciones tuvieron a sus destinatarios definidos por tipo de cobertura de salud (población específica). Las mismas correspondieron a intervenciones creadas por el Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) para prevenir y/o controlar la obesidad y las enfermedades cardiovasculares.

Condiciones demográficas de la población

Los grupos etarios más frecuentemente abordados por las intervenciones fueron los adolescentes en 32 intervenciones y los jóvenes en 28. Las diferencias en el número de intervenciones destinadas a cada rango etario responden fundamentalmente a las intervenciones de origen provincial que fueron más frecuentemente focalizadas de acuerdo al rango etario de los destinatarios.

Las intervenciones de origen municipal estuvieron dirigidas con mayor frecuencia a la población general (13 de 18) que las intervenciones de origen provincial (5 de 14). No se encontraron intervenciones dirigidas a un sexo en particular (Tabla 3).

Tabla N° 3: Cantidad de intervenciones según jurisdicción y grupo etario de la población destinataria

Grupo etario	Jurisdicción			Incluidos	No incluidos	Total
	Municipal (n=18)	Provincial (n=14)	Nacional (n=3)			
Infantes	13	7	2	22	13	35
Niños	15	8	3	26	9	35
Adolescentes	17	12	3	32	3	35
Jóvenes	16	10	2	28	7	35
Adultos	15	8	2	25	10	35
Adultos mayores	16	6	2	24	11	35
Población general	13	5	2	20	15	35

Intervenciones según propósito

Dos tercios de las intervenciones fomentaron un tipo específico de AF (n=24). Entre ellas predominaron las intervenciones que estimularon las actividades deportivas (n=8). Estas intervenciones estuvieron dirigidas prioritariamente (aunque no de forma exclusiva) a la población adolescente (7 de 8), y en ningún caso hicieron referencia explícita a la prevención de las ECNT.

Las intervenciones que fomentaron la AF espontánea (n=3) fueron las menos frecuentes. Todas ellas correspondieron a intervenciones 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.

Sólo 9 de 35 intervenciones se propusieron explícitamente prevenir y/o controlar el desarrollo de las ECNT. Se observó una relación similar entre el número de intervenciones que incluyeron de forma explícita este propósito y el número total de intervenciones tanto a nivel municipal (28%) como a nivel provincial (21%).

Ninguna de las intervenciones creadas en el período 2003-2007 se propuso explícitamente este objetivo. 8 de las 9 intervenciones que lo hicieron fueron creadas entre 2011 y 2017, 4 de éstas creadas en 2012. Solamente una de las intervenciones que refirieron explícita-

mente a la prevención y control de las ECNT estuvo focalizada en un grupo socioeconómicamente vulnerable. Otras dos intervenciones fueron dirigidas a una población específica (afiliados del IAPOS), mientras que la mayoría de las intervenciones que hicieron referencia a las ECNT estuvieron destinadas a la población general (6 de 9).

De acuerdo a la estrategia preventiva propuesta, predominaron las intervenciones con abordajes de prevención primaria (n=4) y promoción de la salud (n=3). Una intervención tuvo como estrategia principal la prevención secundaria y otra la prevención terciaria; ambas creadas por el IAPOS y, por ende, de alcance provincial pero dirigida sólo a sus afiliados (Tabla 4).

Tabla N° 4: Intervenciones con interés explícito en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Categorización según nivel de prevención y definición socioeconómica de la población destinataria

Intención de la intervención en prevenir y controlar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles				
No explícita (n=26)		Explícita (n=9)		
Estrategia de prevención	Definición socioeconómica de la población destinataria			
	Población general	Población vulnerable	Población específica	TOTAL
Promoción	3	-	-	3
Prevención primaria	3	1	-	4
Prevención secundaria	-	-	1	1
Prevención terciaria	-	-	1	1
TOTAL	6	1	2	9

Discusión

Desde hace algunas décadas, la promoción de la AF viene siendo considerada una inversión muy oportuna y de carácter inevitable en términos de salud pública a nivel mundial (20). Las intervenciones de promoción de la AF en Rosario experimentaron un impulso acentuado a partir del final de la década del 2000 producto de la creación de intervenciones locales y la adhesión a iniciativas provinciales. La política fue configurada como resultado de la emergencia de intervenciones creadas con objetivos y características diversas, que no respondieron a la delimitación de una estrategia o plan general.

Las intervenciones estuvieron mayormente dirigidas a la población general y comenzaron a explicitar su vinculación con las ECNT desde el inicio de la década siguiente. Aunque muchas de las intervenciones podrían tener un potencial impacto en la prevención y control de las ECNT, la mayoría de las intervenciones no fueron establecidas con esa finalidad. La presencia de las ECNT en la política local de promoción de la AF fue instalada, en similar proporción respecto del total de intervenciones por cada nivel de gobierno.

La política local de promoción de la AF de la ciudad de Rosario fue delineada por impulsos municipales y provinciales. La influencia del nivel provincial fue sostenida y regular desde el año 2009. Hubo, no obstante, intervenciones de promoción de la AF previas al periodo de análisis de este estudio, que solo fueron incluidas cuando tuvieron cambios significativos de sus características y/o denominación a lo largo del mismo.

En contraste, la creación de iniciativas para el desarrollo de una política municipal de fomento de la AF fue irregular, alternando años de mucha actividad con periodos sin crea-

ción de nuevas intervenciones. Las ECNT aparecieron con especial intensidad en la política municipal durante el año 2012. Estos hallazgos podrían ser aspectos a explorar en futuras investigaciones puesto que su explicación en relación a ciclos políticos o al establecimiento de la problemática como objetivo específico de gestión requiere la indagación de otras fuentes de información.

En general, las políticas de promoción de la AF estuvieron dirigidas a la población general (estrategia poblacional). Desde la provincia hubo un mayor énfasis en la focalización de la política sobre los grupos adolescentes y jóvenes y las poblaciones vulnerables. Si bien la radicalidad de las estrategias poblacionales es fundamental para modificar los estilos de vida poco saludables de una sociedad como conjunto; desde el año 2012 es más fuerte el compromiso por complementar esas estrategias universales con otras focalizadas en los grupos más vulnerables (estrategia de alto riesgo) (21).

Entre los tipos definidos de AF, la AF deportiva fue fomentada con mayor frecuencia. Las políticas comprendieron la creación de espacios de iniciación deportiva y la celebración de encuentros y competencias. Ambos niveles encararon la protección y fomento de clubes con normas permanentes de protección económica como exenciones tributarias y subsidios de servicios, con especial énfasis en los clubes de barrio. Las políticas de fomento de la actividad deportiva podrían ser importantes para la construcción de un hábito permanente de práctica de AF (en especial si es a edades tempranas) (22), no obstante, este impacto solo pueda ser reconocido cabalmente a mediano o largo plazo. Estudios indican que infancia y adolescencia 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 (12,22,23).

Por su parte, la AF espontánea resultó el tipo de AF menos fomentado. Solo fue especialmente promocionada en la política municipal, en particular incentivando el uso de la bicicleta. Las intervenciones que promueven las formas activas de transporte podrían aumentar de manera considerable los valores de AF espontánea de sus usuarios aun cuando este no sea su objetivo primario. Distintos estudios señalan que la acumulación diaria de AF espontánea es un componente fundamental de un estilo de vida activo y representa una alternativa prometedora para la reducción del sedentarismo y el control del peso (24-27). Una revisión sobre el empleo de señalética para promover la utilización de las escaleras (frecuencia de uso y/o número de usuarios) encontró que las mismas son una estrategia útil (de bajo costo y amplio alcance) para estimular la AF espontánea y así disminuir el sedentarismo de algunas personas (28). El entorno ejerce un impacto significativo sobre el comportamiento relativo a la AF espontánea de las personas, lo cual justifica las intervenciones con este propósito en el trabajo, instituciones educativas y otros lugares públicos (26).

La promoción de la AF espontánea se postula como una alternativa promisoriosa considerando que, en Argentina, la falta de tiempo fue el motivo más frecuentemente indicado como responsable de no haber realizado AF (14).

La política municipal integró recomendaciones propuestas por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) para la promoción de la AF tales como la creación de bicisendas y ciclovías, la implementación de circuitos en plazas y parques, y la interrupción del tránsito en algunas calles durante los fines de semana (15). La participación conjunta del gobierno municipal y provincial en las políticas de promoción de la AF de la ciudad de Rosario fue observada fundamentalmente durante el período de gobierno 2011-2015, y pareció continuar desarrollándose en la primera mitad del período siguiente (2015-2017). Este hallazgo podría estar relacionado con que desde el año 2007 los gobiernos provincial y municipal pertenecen al mismo signo político.

La naturaleza de este estudio no permitió realizar inferencias acerca de la efectividad de las políticas de promoción de la AF analizadas, así como tampoco sobre los procesos que dieron lugar a su creación, las características de su implementación y vigencia. Futuras investigaciones podrían ser de suma utilidad para conocer más acerca de tales aspectos.

Este trabajo aporta una exploración exhaustiva de las intervenciones creadas para la ciudad de Rosario en un período de 15 años. El estudio proporciona un reconocimiento del perfil de las políticas públicas de fomento de la AF en la ciudad, y permite a los gestores discutir sus fortalezas y limitaciones con miras al desarrollo de nuevas intervenciones. Asimismo, este trabajo provee un punto de referencia para hacer comparaciones entre el perfil de las políticas públicas de promoción de la AF del municipio Rosario con otros municipios y provincias.

Las reflexiones alcanzadas en las investigaciones a menudo cuentan con escasa capacidad para influir en la agenda política producto de una pobre articulación entre el diseño de las mismas y los aspectos esenciales para la gestión (29).

Este estudio ofrece una metodología original para el análisis de las características y la construcción del perfil de las políticas públicas de promoción de la AF para la prevención y control de las ECNT. De esta manera, este trabajo podría representar el origen de nuevas investigaciones capaces de aumentar el limitado uso de la evidencia científica para la construcción de las políticas de salud. La incorporación de otras categorías de análisis tales como las relaciones establecidas entre los diferentes niveles y sectores de gobierno, y de la sociedad civil permitiría profundizar el conocimiento relativo a la gestión de estas políticas. Nuevas investigaciones que provean herramientas para repensar las políticas públicas de promoción de la AF tanto como la comprensión de los factores que condicionan la práctica de AF entre distintos grupos poblacionales podrían contribuir al aumento de los niveles de AF en Argentina (30).

La coordinación de intervenciones poblacionales dirigidas a actuar sobre los determinantes ambientales, económicos y socioculturales, e intervenciones sobre poblaciones específicas constituye uno de los principales desafíos de la gestión de políticas públicas de promoción de la AF para la prevención y control de las ECNT (31).

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Global status report on non-communicable diseases 2014. Ginebra: OMS; 2014.
2. Organización Panamericana de la Salud. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. Rev Argent Salud Pública. 2011; 2(6):34-41.
4. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1
5. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Políticas Salud. 2009; 8(17):69-79.
6. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. Saúde Soc. 2018; 27(1):106-15.
7. 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).
8. Menéndez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos. 1998; 48(1):37-67.
9. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da Nova

- Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(Supl. 1):865-72.
10. Puska P. The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic disease. *Diabetes Voice* 2008; 53(1):26-9.
 11. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
 12. Flores Martínez ME, Ramírez Elías A. Intervenciones dirigidas a disminuir/evitar el sedentarismo en los escolares. *Enferm univ.* 2012; 9(4):45-56.
 13. INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). Secretaría de Gobierno de Salud. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: resultados preliminares. 2019. [Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_preliminares.pdf] [Último acceso: 11/09/2019]
 14. Ministerio de Salud de la Nación, INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. 2015. [Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf] [Último acceso: 11/09/2019]
 15. Ministerio de Salud de la Nación. 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; 2013.
 16. Alessandro L. Municipios saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina. Buenos Aires, Argentina: OPS; 2002.
 17. Zaffaroni EI. 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. Tesis de maestría. Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario. 2019.
 18. Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta: International Institute for Qualitative Methodology; 2001.
 19. Minayo MCS. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
 20. Rosa MS, Ordax RJ, Olea S. Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Apunts Med esport.* 2006; 1(83): 12-24.
 21. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Int. j. epidemiol.* 1985; 14(1):32-38.
 22. Nuviala A, Grao A, Fernández A, Alda O, Burges JA, Jaime A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Rev. int. med. cienc. act. fis. deporte.* 2009; 9(36):414-430.
 23. Martínez Baena AC, Chillón P, Martín-Matillas M, Pérez López I, Castillo R, Zapatera B, et al. Actitudes hacia la práctica de actividad físico-deportiva orientada a la salud en adolescentes españoles: Estudio AVENA. *Retos*, (22):43-48.
 24. Marshall AL, Bauman AE, Patch C, Wilson J, Chen J. Can motivational signs prompt increases in incidental physical activity in an Australian health-care facility? *Health educ res.* 2002; 17(6):743-749.
 25. Lama More RA, Alonso Franch A, Gil-Campos M, Leis Trabazo R, Martínez Suárez V, Moráis López A, et al. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *An Pediatr (Barc)* 2006; 65(6):607-615.
 26. Johannsen DI, Ravussin E. Spontaneous physical activity: relationship between fidgeting and body weight control. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2008; 15:409-415.

27. Carrasco FN, Galgani FJ. Etiopatogenia de la obesidad. *Rev. Méd. Clín. Condes*. 2012; 23(2):129-135.
28. García-Guerrero J, Leal-López RC, González-Alanís F. Las señales de direccionamiento para promover la actividad física por medio del uso de la escalera: revisión de la literatura. *Medicina Universitaria* 2013; 15:182-187.
29. Báscolo E, Yavich N, Ponce N. Vínculos entre la investigación y la toma de decisiones: análisis de las relaciones en el marco de cinco proyectos de investigación. En: Bello AH, Sotelo CR, editores. *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: Investigación y políticas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011. p. 369-389.
30. 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 pública*. 2017; 41:e92.
31. Gómez LF, Espinosa G, Duperly J, Cabrera GA, Gómez OL. Revisión sistemática de intervenciones comunitarias sobre actividad física en grupos específicos. *Columb Med*. 2002; 33(4):162-170.