

## CONTRADICCIONES Y DESAFIOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN UN CONTEXTO INTRAURBANO BRASILEÑO: MAPEANDO INEQUIDADES SOCIALES Y ACTIVIDAD FÍSICA

CONTRADICTIONS AND CHALLENGES OF PUBLIC HEALTH POLICIES IN A BRAZILIAN INTRA-URBAN CONTEXT: MAPPING SOCIAL INEQUITIES AND PHYSICAL ACTIVITY

### RESUMEN

*El tema de las inequidades socio-económicas sigue siendo vital para la constitución de los movimientos críticos de la promoción de la salud en América Latina. Al hacer referencia a tales premisas, el presente texto busca articularlas sobre una cuestión emergente en el campo sanitario: la institucionalización pública de prácticas de actividad física (AF) y el modo como han sido desvinculadas de las acciones y políticas de combate contra las inequidades georeferenciadas en territorios urbanos brasileños. En ese sentido, toma como escenario de análisis a la ciudad de Vitória, localizada en la región sudeste del país, para examinar contextualmente una iniciativa pública allí existente, que fomenta prácticas de AF. Para el estudio se utilizaron informaciones secundarias relativas a las condiciones de vida de algunos barrios de Vitória y las características de ese programa de AF, obtenidas a partir de un banco de datos en el municipio. Los resultados revelaron un cuadro intraurbano de inequidades sociales, sanitarias y económicas persistentes, que han sido descuidados sistemáticamente por la gestión pública durante el proceso de implantación y expansión de la AF como política de salud.*

**Palabras-clave:** Inequidades sociales; Inequidades intra-urbanas; Políticas públicas de salud; Promoción de la salud; Actividad física.

### ABSTRACT

*Understanding social and economic inequities continues to be essential to establishing critical health promotion movements in Latin America. This article aims to articulate this context with an up-and-coming issue in healthcare: the public institutional of physical activity (PA) and the way in which they have been decoupled from interventions and policies that seeks to combat georeferenced inequities in Brazilian urban territories. This manuscript focuses its analysis on the city of Vitória, located in southeastern Brasil, to examine a local public initiative that promotes PA, though the exploration of secondary information about the living conditions in some neighborhoods of Vitória and the characteristics of the PA program that was obtained through a municipal database. The findings revealed an intra-urban context of persistent social, sanitary and economical inequities that have been systematically neglected by public authorities during the process of implementation and expansion of PA as a health policy in Vitória.*

**Key words:** Social inequities; Intra-urban inequities; Health public policies; Health promotion; Physical activity.

Marcos Bagrichevsky,  
Departamento de Medicina  
Universidade Regional de Blumenau,  
Blumenau, Brasil

Eduardo Werneck Ribeiro,  
Instituto Federal Catarinense,  
Blumenau, Brasil  
marcos\_bagrichevsky@yahoo.  
com.br

## INTRODUCCIÓN

La “declaración de Alma-Ata”<sup>1</sup>, documento oficial publicado a partir de la “Primera Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios en Salud” realizada en Kazajistán, marcó un importante movimiento político que reconocía no haber modo de recuperar, proteger o promover la salud de los pueblos sin combatir la pobreza y la “chocante e inaceptable desigualdad” existente a través de los siglos entre las naciones desarrolladas y las del tercer mundo. Además, enfatizó que para que sean afrontadas con alguna perspectiva de resolución, las cuestiones del sector de la salud necesitan antes de un profundo compromiso de superación, por parte de los Estados, de los problemas socio-económicos, políticos y educacionales, generadores de esos abismos de desigualdad.

Desde entonces, a pesar del rastro dejado por ese discurso impactante, considerando el retroceso de las políticas de welfare state aún en países del capitalismo avanzado y el exponente crecimiento de la globalización económica neoliberal<sup>2</sup>, con sus devastadores efectos en la administración de la salud y el debilitamiento de las poblaciones históricamente marginadas<sup>3-5</sup>, el panorama que se viene presentando es poco alentador.

Por otro lado, aunque estemos inmersos en este escenario de paradojas, no se puede dejar de reconocer la existencia de los esfuerzos políticos en Brasil a lo largo de las últimas cuatro décadas, resultantes de luchas emprendidas por grupos pertenecientes a extractos sociales menos favorecidos y, por sanitarios e intelectuales del campo<sup>6</sup>.

Son resultados de un movimiento fuertemente sembrado en los años 70 y 80 del siglo pasado, conocido como Reforma Sanitaria Brasileña. En el seno de ese esfuerzo colectivo, cuyos ecos resonaron inclusive en América Latina, se consolidó el significado ético-político de promover la salud de la población: un conjunto de acciones que deberían ser articuladas, coordinadas, intersectoriales, instituidas a priori para el combate de inequidades sociales y para la producción de la equidad en salud<sup>7-9</sup>.

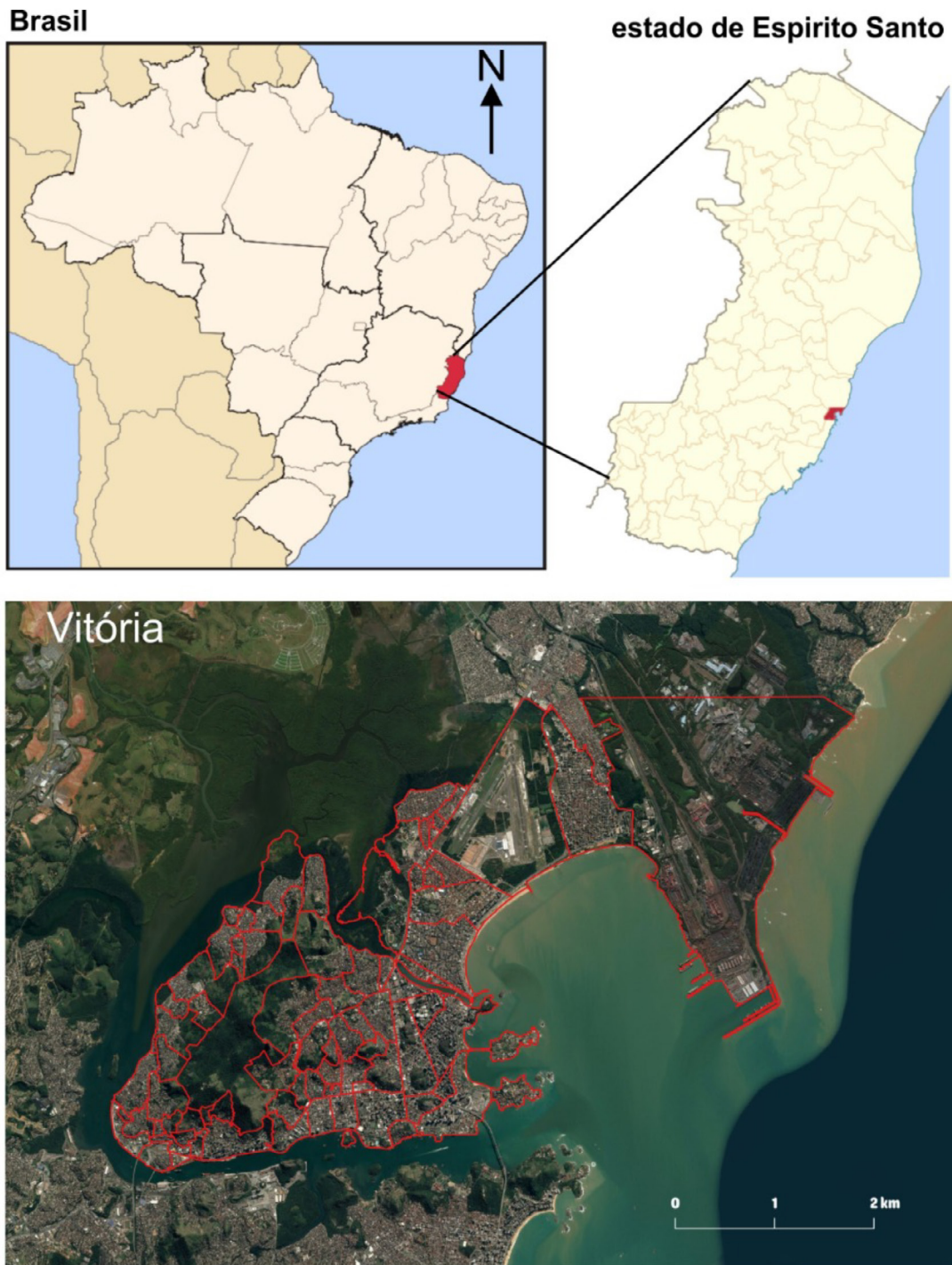
Más que mencionar programas e iniciativas específicas en el sector, buscamos enfatizar aquí la ideología subyacente al cambio paradigmático en el contexto brasileño, sobre todo porque sus postulados han movilizado (y conducido a) maneras relevantes de realizarse el cuidado en el campo de la salud. Esas repercusiones se materializaron a partir de una mirada diferenciada sobre la salud, concebida como fenómeno multicausal, simultáneamente biológico y cultural, individual y colectivo, material e inmaterial.

Tanto en la esfera de la macro-estructura (gestión estatal de inversiones económicas y sociales correlativo al sector salud) como en el ámbito cotidiano de los servicios públicos y de la formación de los profesionales de la salud, esa perspectiva reorientó el modelo de atención a la salud en el país, estableciendo criterios para la determinación de acciones políticas –en diferentes niveles programáticos– dirigida, ante todo, a los grupos más vulnerables de la población.

Sobre tales presupuestos introductorios, este texto trata de desarrollar un análisis problematizador a propósito de las iniciativas públicas relacionadas con la práctica de actividad física (AF)<sup>10</sup>; cuestión emergente en la esfera sanitaria brasileña en las últimas dos décadas. Principalmente, debido al modo en que dicha práctica ha sido ‘posicionada’ en el universo de la atención primaria a la salud y una vez que su implantación se está dando de forma medicalizadora, fragmentada, apartada de la discusión sobre la priorización de las inequidades sociales<sup>11</sup> como criterio guía en la oferta de servicios de salud en el país.

Para llevar a cabo tal tarea, se discuten aspectos teóricos-metodológicos acerca de las inequidades sociales en la salud con el objetivo de articularlos en el contexto de las estrategias públicas que fomentan la AF en Vitória<sup>10</sup>, ciudad de la región sudeste del Brasil (ver figura 1). Para el trabajo empírico-analítico nos hemos servido de la comparación de informaciones relativas a las condiciones de vida en los barrios del municipio (ver figura 2) y a las características de la referida iniciativa.

Figura 1. Mapa de localização geográfica do município de Vitória em Brasil e em o estado de Espírito Santo.



Fonte: Bing Maps (2019) e IBGE (2019).  
DATUM: WGS84

Fonte: Los autores

## PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

De naturaleza cualitativa, el estudio posee un abordaje descriptivo-analítica inspirada en la metodología de la “cartografía social”<sup>12,13</sup> (mapeo y uso de datos georreferenciados sin la pretensión de buscar ‘representaciones estadísticas’ o ‘generalizantes’ de la realidad coyuntural, asociados a diferentes técnicas cualitativas de análisis).

La cartografía social se caracteriza como un abordaje metodológico que permite hibridaciones en análisis/representaciones de diferentes fenómenos investigados, a través de la elaboración de mapas singulares, que no poseen aspiraciones universalistas o de metanarrativas. Al contrario, opera permitiendo deconstruir y reconstruir una multiplicidad de perspectivas interpretativas sobre esos mismos fenómenos, produciendo modos singulares de entendimiento.

Ha sido validada como una metodología que busca ahondar/refinar una comprensión crítica, por ejemplo, acerca de contradicciones presentes entre políticas públicas y prácticas gubernamentales, así como el contexto y las razones que permitieron la emergencia/permanencia de tales contradicciones. Empleada por diferentes disciplinas científicas (educación, sociología, geografía cultural, salud pública, etc.) el *modus operandi* de la cartografía social<sup>12,13</sup> confluye para abordajes que asocian la georreferenciación de espacios/estructuras físicas con el examen de una serie de variables implicadas en el problema de investigación. En general, pueden ser utilizados relatos descriptivos y/o narrativas (obtenidos a través de etnografía, observación participante, photovoice), informaciones secundarias accedidas en banco de datos, además de registros audiovisuales realizados por medio de filmación y fotografía.

El proceso metodológico del presente estudio fue constituido por tres etapas, articuladas entre sí: (i) sistematización de una síntesis teórico-conceptual acerca del tema de las inequidades sociales y sus efectos en el proceso salud-enfermedad poblacional (importante resaltar que no había pretensión de realizar un relevamiento exhaustivo en la literatura científica); (ii) construcción de la matriz empírica de análisis, a partir de la confrontación de datos secundarios consolidados, cuya selección fue obtenida por el acceso a un banco de datos ofrecido públicamente por la municipalidad de Vitória (estado de Espírito Santo, región sudeste de Brasil); cabe resaltar que la representación de estos datos empíricos pue-

de ser vista en la tabla 1 y en las figuras 2 y 3, bajo la forma de mapas; y (iii) interpretación y discusión de los resultados a la luz de las premisas críticas de la promoción de la salud, y de los fundamentos y marcos regulatorios de las políticas públicas de salud en Brasil, especialmente aquellos relativos al Sistema Único de Salud (SUS).

## RESULTADOS

### 1. Desigualdades sociales e inequidades en salud: punto de partida conceptual

Cuando se desea conocer las condiciones de la salud de una población es fundamental investigar aspectos educacionales, económicos, ambientales, laborales, etc., en el interior del contexto social en el cual la vida se amolda y transcurre<sup>11,14</sup>. Más que una terminología, ‘condiciones de salud’ constituye una noción estructural del campo de la salud colectiva brasileña, usada para pautar elementos indispensables a un modo de vivir digno.

En países como Brasil, el crecimiento de la economía está marcado por disparidades marginadoras<sup>15</sup>. Coexisten situaciones polares de abundancia y miseria, más frecuentes en los grandes centros metropolitanos, pero no solamente allí. Esa dinámica determina la existencia tanto de desigualdades absolutas como relativas. Son llamadas desigualdades relativas aquellas ligadas no solamente a la significativa distinción de renta entre personas y grupos, sino también a las asociadas a las demás condiciones de vida<sup>16</sup>.

El objetivo apropiado al examen de las desigualdades sociales se dirige a las situaciones que implican algún grado de injusticia, porque ponen determinados elementos de la población en desventaja en relación con la posibilidad de ser o de mantenerse saludables<sup>11</sup>. Esa problemática deriva de los modos de organización/producción societaria y tiende a reflejar los niveles de marginación existentes, configurándose, por lo tanto, como inequidad.

Sin embargo, en el campo de la formulación de políticas en Brasil, el designio semántico para “desigualdad” no siempre corresponde a algo dañino, perjudicial. Fue a partir de cierta discordancia interpretativa/factual que el “concepto de inequidad” tomó forma, consolidándose como inequívoco representante de cualquier ‘desigualdad injusta’ a ser permanentemente evitada, combatida y eludida<sup>11</sup>.

La reducción de las inequidades constituye un requisito primordial para que una política pública se

vuelva social; sin embargo, no toda acción gubernamental tiene esa virtud<sup>17</sup>. El solo hecho de vincularse a sectores como salud, educación, previsión social o vivienda no la transforma en una política merecedora de tal predicativo.

Ya existe un consenso en la literatura y en los servicios de salud sobre la importancia de medir las inequidades, debido a su respectiva interferencia en las condiciones de vida de las personas y comunidades. Hay diversas metodologías e instrumentos que permiten esbozar la presencia de las inequidades socio-sanitarias<sup>10</sup> mediante la obtención de un ‘mapa de ocurrencias’. Estos mapas constituyen el substrato esencial a la toma de decisiones en la esfera política<sup>18</sup>.

## 2. Utilización de ‘medidas’ en el contexto de las inequidades en salud

El índice de desarrollo humano (IDH), por ejemplo, –suficientemente conocido y aplicado en análisis socio-económicos– se estructura a partir de tres criterios: indicadores de educación (alfabetización y tasa de matrícula escolar), de longevidad (esperanza de vida al nacer) y de ingreso (producto interno bruto [PIB] per capita). La escala clasificatoria del IDH varía de 0 a 1 (de ‘ningún desarrollo humano’ hasta ‘pleno desarrollo humano’). Este viene siendo empleado mundialmente en la comparación entre países, pero también sirve para análisis comparativos entre unidades federativas de una misma nación, así también como las ciudades de un estado<sup>11</sup>.

Algunas capitales brasileñas como Río de Janeiro, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre, desarrollaron y hacen uso del IDHBarrios para ‘medir’ inequidades en los barrios que componen sus respectivos territorios municipales. Otras ciudades brasileñas también establecieron medidores propios con el fin de volverlos útiles en la evaluación de los niveles de salud de sus habitantes. Aún teniendo características peculiares, casi siempre hay algo de similar entre esos instrumentos.

A pesar de que la ciudad de Vitória es la capital del estado de Espírito Santo (región sudeste de Brasil) con indicadores macroeconómicos destacados en el escenario nacional, se observan acentuadas asimetrías sociales en la región de su entorno cuando se compara el municipio con las ciudades vecinas. Hasta hoy no se han concretado esfuerzos públicos dirigidos a la construcción de un IDHBarrios de Vitória para identificar inequidades que modelan su geografía intramunicipal. Eso, inclusive, viabilizaría

una oportunidad para llevar a cabo análisis comparativos entre la ciudad y otras capitales brasileras (Río de Janeiro, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre) que utilizan el referido índice.

Para minimizar esa laguna, se instituyó en el municipio de Vitória desde 1991, un instrumento semejante al IDHBarrios llamado de Índice de Calidad Urbana [por barrios]–ICU<sup>19</sup> que tiene en cuenta aspectos como ingreso, escolaridad, ambiente y vivienda, y ofrece un ‘mapa’ interesante (ver figura 2) para auxiliar en la definición y ejecución de las políticas públicas, en diversos sectores.

Hasta la presente fecha han sido publicadas dos versiones de ICU (1991 y 2000) por la Secretaría Municipal de Gestión Estratégica de la Municipalidad de Vitória. Este fue construido a partir de las informaciones provenientes de los grandes análisis de los censos realizados en todo el territorio nacional por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), cada diez años.

El ICU<sup>19</sup> es un índice cuantitativo (escala métrica de 0 a 1 – con clasificaciones similares a las del IDH), descriptivo, resultado de la composición de once indicadores simples disponibles en cuatro dimensiones, a saber:

- Dimensión educacional que indica el nivel de escolaridad e incluye:  
Porcentaje (%) de analfabetos mayores de 15 años; porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con menos de 4 años de estudio; y porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con 15 años o más de estudio.
- Dimensión ingreso que indica concentración y desigualdad de renta:  
Renta media de los responsables por el domicilio, analizado por la cantidad de “salarios mínimos” [piso mensual de referencia del gobierno brasileño: 1 “salario mínimo” correspondiente a aproximadamente €247 euros]; porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con ingreso hasta €494 euros [2 salarios mínimos]; y porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con renta superior a €2470 euros [10 salarios mínimos].
- Dimensión ambiental que refleja la infra-estructura de servicios urbanos:  
Porcentaje (%) de los domicilios con servicio de abastecimiento de agua adecuado (ligados a la red general); porcentaje (%) de los domicilios con servicio de cloaca apropiado (ligados a una red general o pluvial); y porcentaje (%) de los domi-

cilios atendidos por una recolección adecuada de basura (ejecutada por servicio público de limpieza o disponible en contenedores afines al servicio de limpieza).

- Dimensión habitacional que mide el nivel de confort de los individuos:  
Número medio de personas por domicilio; y número medio de sanitarios por domicilio.

Además de esos indicadores, la seguridad pública aparece como otro ítem que viene destacándose en la evaluación de las condiciones de vida y de salud de la población en Brasil. En ese sentido, algunos autores<sup>20,21</sup> enfatizan la influencia de la percepción que las personas tienen acerca de la libertad de ir y venir en su lugar de residencia y/o trabajo, aspecto íntimamente ligado a la violencia urbana contemporánea. Los investigadores entienden que la ocurrencia de eventos de esa orden asociados a la salud resulta de la interacción de tres elementos: (i) atributos individuales; (ii) atributos del grupo social en el que los sujetos están insertados; y (iii) el entorno físico/territorial de la 'unidad de contexto'.

Dependiendo de los indicadores de violencia registrados, cada barrio y su vecindad pueden ser vistos como una colectividad amistosa, que compone una red local de soporte; o como representación de miedo y amenaza personal. En otras palabras, el área de residencia/trabajo sería interpretada como espacio de frecuencia deseable y saludable, o como territorio a evitarse<sup>22</sup>.

Considerando la relevancia de ese abordaje como elemento constitutivo del abanico de variables intercesoras en el proceso salud-enfermedad de distintos grupos sociales, fue necesario situar la problemática de la (in)seguridad pública en el territorio/ambiente en el cual los sujetos viven y/o trabajan, para fundamentar la inclusión del número de homicidios en los barrios por año—H<sup>23</sup> como otro parámetro agregado al análisis del presente estudio (ver tabla 1 y figura 3). Y ello, justamente, porque acontecimientos ligados a la violencia urbana pueden provocar en las personas pertenecientes a un entorno 'local-regional', menor interés en utilizar los espacios públicos, por ejemplo, para realizar AF (sean institucionalmente organizadas o de iniciativa espontánea de los propios sujetos), en la medida en que se sientan amenazados al frecuentarlos<sup>10</sup>.

La argumentación desarrollada hasta aquí, al movilizar algunos elementos centrales a la cuestión de las inequidades sociales en salud (teniendo en cuen-

ta la vasta literatura existente sobre el tema), edifica una base conceptual a partir de la cual son examinadas —en el apartado siguiente— una iniciativa pública que fomenta la práctica de AF, así como el contexto en el que fue instituida y opera.

### 3. Actividad física e inequidades socio-sanitarias: análisis y contexto de una iniciativa pública en Brasil

El Servicio de Orientación al Ejercicio (SOE)<sup>24</sup>, programa vinculado a la Secretaría de Salud de la ciudad de Vitória, ofrece a la población de ciertos barrios (en total son 79), diferentes modalidades de AF, orientadas por profesores y/o pasantes de educación física en espacios físicos construidos para ese fin —'módulos permanentes' instalados en parques, plazas y otras localidades públicas.

El SOE tuvo su primera unidad inaugurada en 1990, en el barrio Jardim Camburi (ICU = 0.73)<sup>19</sup>. Actualmente existen 15 unidades permanentes en el servicio en funcionamiento, en las cuales son ofrecidas clases de estiramiento, yoga, hidro-gimnasia, gimnasia localizada, voleibol recreativo (para personas mayores de 40 años), caminata y danza.

Es interesante notar que el SOE<sup>24</sup>, un servicio municipal de la salud, gratuito, se haya constituido poco antes de la existencia del propio Sistema Único de Salud (SUS) brasileño —cuya concreción sólo fue viabilizada después de su inserción en la Constitución Federal de Brasil de 1988— y después de muchas décadas de lucha social y política. Por eso, desde el punto de vista cronológico, cuando el surgimiento del SOE en el inicio de los años 90 es comparado al de programas proyectados en escala nacional como el programa Salud de la Familia (SF)<sup>25</sup>, en 1994 y los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF)<sup>26</sup>, en 2008, se le atribuye un status de vanguardia en el sector salud, en términos de iniciativa pública.

Sin embargo, a pesar de la 'precocidad' temporal del SOE<sup>24</sup> en campo sanitario, desde el inicio de su existencia hay una divergencia político-conceptual que perdura hasta hoy: se refiere a los criterios usados para la implantación/expansión progresiva del servicio y que apoyan la actual distribución geográfica de sus módulos por la ciudad de Vitória. Tales criterios son divergentes de aquellos adoptados históricamente por la política nacional de salud (y aún vigentes), que determinan prioridad en el orden de implantación/expansión de cualquier acción programática del SUS, siempre a partir de los territorios con los peores niveles de desarrollo socioeconómico y sanitario<sup>6,11</sup>.

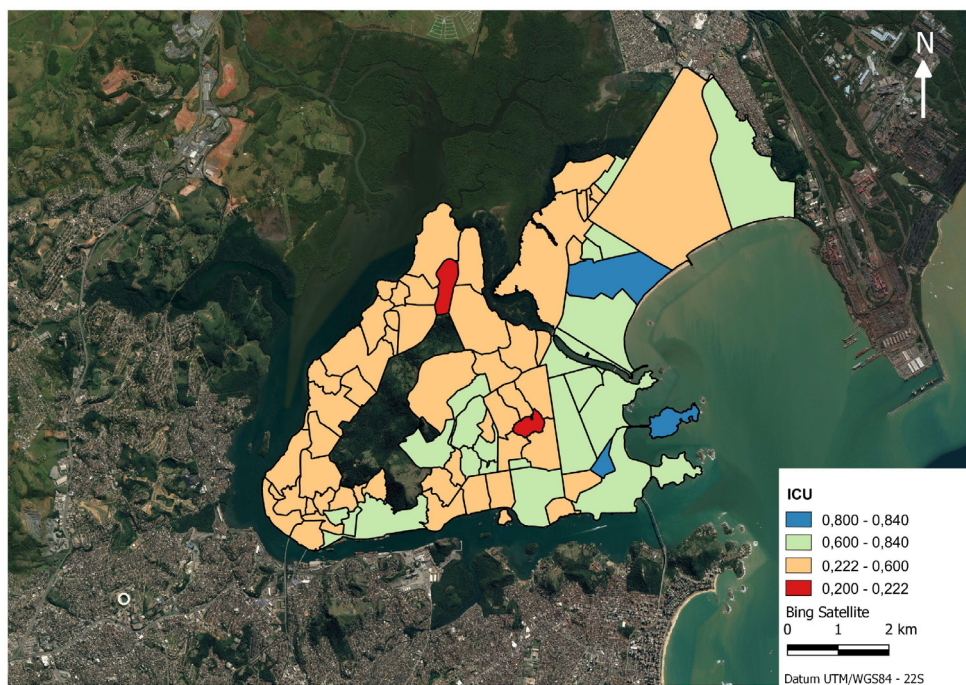
**Tabla 1.** Describe los 10 mejores y los 10 peores barrios del municipio de Vitória (ranking según valores del índice de cualidad urbana por barrio–ICU\*. Disponible en: [http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iq/maior\\_menor.asp](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iq/maior_menor.asp)), estado de Espírito Santo, Brasil, asociándolo a el número de homicidios en los barrios por año–H\*\* y a la presencia/ ausencia de unidades permanentes de servicio de orientación al ejercicio–SOE, en esos territorios.

Ranking	Barrio	ICU*	H**	SOE	Ranking	Barrio	ICU*	H**	SOE
1°	Santa Helena	0.84	0	No hay	70°	Jesus de Nazareth	0.37	3	No hay
2°	Mata da Praia	0.83	0	Existe	71°	Resistência	0.37	7	No hay
3°	Ilha do Frade	0.81	0	No hay	72°	Gurigica	0.36	6	No hay
4°	Praia do Canto	0.80	0	No hay	73°	Nova Palestina	0.36	8	No hay
5°	Ilha do Boi	0.80	0	No hay	74°	Santos Reis	0.34	0	No hay
6°	Jardim da Penha	0.79	1	Existe	75°	Fonte Grande	0.34	0	No hay
7°	Barro Vermelho	0.78	0	Existe	76°	Piedade	0.30	1	No hay
8°	Santa Lúcia	0.77	2	No hay	77°	Ilha das Caieiras	0.29	1	No hay
9°	Enseada do Suá	0.75	1	Existe	78°	Conquista	0.22	2	No hay
10°	Bento Ferreira	0.75	1	No hay	79°	São Benedito	0.20	0	No hay

\*Índice de Calidad Urbanapor barrios<sup>19</sup> referente al año 2000, calculada a partir de los datos del censo del IBGE realizado en 2000 (Disponible en: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iq/iq.asp>).

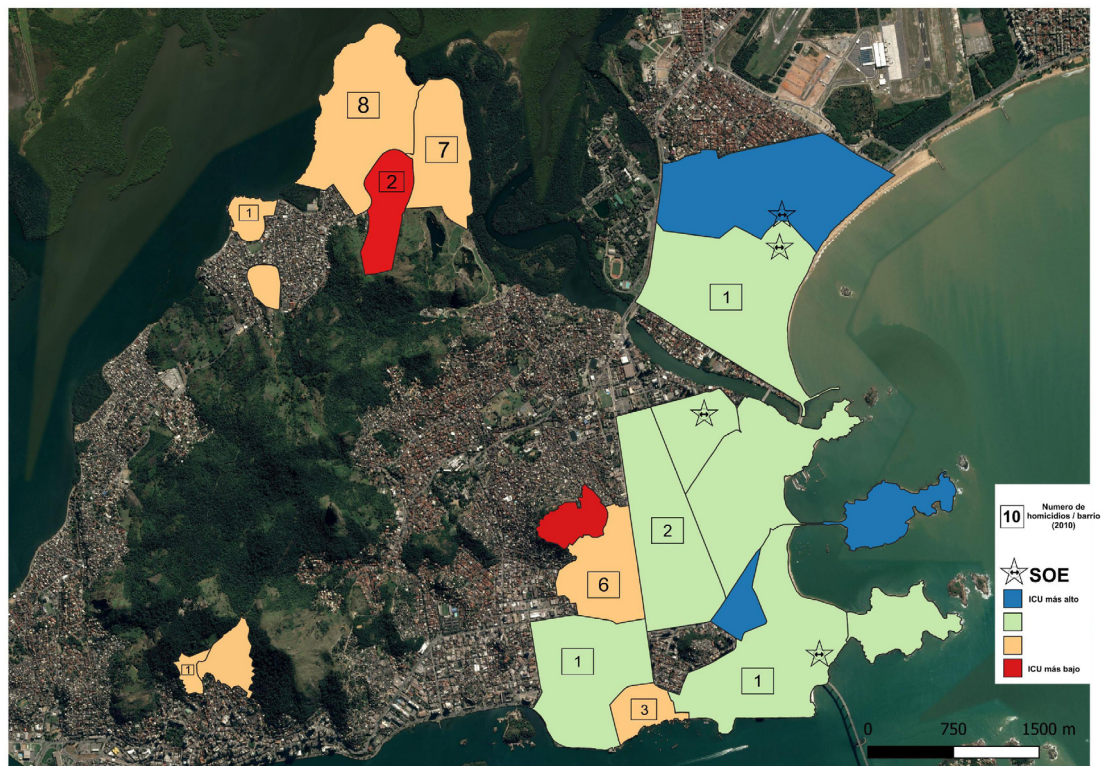
\*\*El número de homicidios<sup>23</sup> corresponde al número total de ese tipo de ocurrencia registrado en cada barrio del municipio de Vitória, durante el año 2010. En ese conteo de registro de homicidios fueron excluidos otros incidentes letales tales como: óbito generado por accidente de tránsito, latrocinio, lesión corporal seguida de muerte, confrontación con la policía y suicidio. Para efecto de análisis la Secretaría de Seguridad Pública de Vitória consideró “local de homicidio” el lugar de ocurrencia del hecho violento y no el lugar del óbito (Disponible en: <https://www.vitoria.es.gov.br/prefeitura/seguranca-urbana>).

**Figura 2.** Mapa de los 79 barrios del municipio de Vitória-ES estratificados según valores del Índice de Calidad Urbana por barrio–ICU<sup>19</sup>



Fonte: Los autores

Figura 3. Mapa con los 10 mejores y los 10 peores barrios del municipio de Vitória, ES, según valores del ICU<sup>19</sup>, asociados al número de homicidios (H)<sup>23</sup> en los barrios por año y a la presencia/ausencia de unidades del SOE<sup>24</sup>, en esos barrios.



Fonte: Los autores

Dicho de otra manera, el planeamiento y las decisiones institucionales acerca de ‘por dónde’ empezar la oferta del SOE<sup>24</sup> y ampliar su red de servicios, no privilegian o privilegiaron mayoritariamente, los lugares y poblaciones de Vitória más vulnerables<sup>10,19</sup>. Un ejemplo de eso es el barrio Jardim Camburi – notable por la extensa peatonal en su costanera marítima y sus óptimas condiciones infraestructurales– elegido como el primero a ser contemplado con una unidad permanente del SOE, proporcionando el servicio principalmente a la población allí residente y de su entorno.

Es oportuno mencionar que el levantamiento ‘cartográfico’ de las condiciones de vida y de salud de los territorios brasileños es función cotidiana atribuida a los equipos de la SF. Ese diagnóstico situacional se actualiza constantemente por medio de informes mensuales emitidos a la red de servicios de cada municipio<sup>6</sup>. Tales instrumentos estuvieron

y continúan estando al alcance de la gestión gubernamental para la toma de decisiones político-administrativas, inclusive en el municipio analizado en el presente estudio. Además existen también las informaciones provenientes de los grandes censos nacionales periódicos del IBGE a través de los cuales, inclusive, se produjo y se hizo disponible el primer ICU<sup>19</sup> de la ciudad Vitória, en año 1991.

A partir de las informaciones del ICU<sup>19</sup> y de los números de homicidios en los barrios por año-H por ahora<sup>23</sup> condensadas en la tabla 1, fueron formuladas anotaciones sobre la relación entre los aspectos pertinentes a las condiciones de vida en algunos territorios de Vitória y el funcionamiento de los módulos permanentes del SOE<sup>24</sup>, sus características, su distribución en la ciudad y las posibles barreras que dificultan la atención ecuaníme de la población por el referido servicio.



El análisis comparativo de las cifras de las variables organizadas en la tabla 1, da pistas sobre la existencia de una geografía social asimétrica en el contorno de tales espacios en el municipio. Dentro de los diez barrios con mejores valores de ICU, hay 4 módulos permanentes de SOE instalados (de un total de 15 existentes); o sea aproximadamente 40% del territorio mejor organizado y con mejores condiciones para vivir en Vitória posee unidades de servicio (tabla 1 y figura 3). A su vez, en ningún de los diez peores barrios (del 70° al 79°) rankeados a partir del ICU, existe un módulo permanente del SOE (tabla 1 y figura 3). Eso expresa un status de inequidad.

El enfrentamiento de esa situación inica<sup>10,15,27</sup> es prioridad que orienta hasta el texto de la Constitución Federal de Brasil<sup>6</sup>; desde la gestión pública se hace necesario emprender esfuerzos concretos para revertirla. Se debe establecer, entre otras medidas, mayores oportunidades a las personas que residen en regiones menos 'cubiertas' por la acción de las políticas sociales y que presentan en detrimento de eso, cuadros de morbilidad y mortalidad más elevados (o menores posibilidades de hacer uso del espacio público para atender integralmente sus demandas de salud)<sup>11,27</sup>.

Caso contrario, se perpetuará el actual dominio de oportunidades y de acceso a los barrios más ricos de Vitória<sup>15</sup>, donde los ciudadanos probablemente se sienten más seguros de hacer uso de su derecho de ir y venir, inclusive para realizar sus prácticas de AF en las horas libres<sup>10</sup> y cuidar mejor de sí propios.

Las quince localidades que poseen atención y unidades permanentes del SOE<sup>24</sup> se sitúan entre el 2° y el 67° lugar en el ranking del ICU<sup>19</sup>. Casi la mitad de los módulos permanentes del SOE (siete de ellos) se distribuyen entre los diecisiete mejores barrios, posición bastante privilegiada considerando la totalidad de los 79 territorios del municipio.

Entre las informaciones disponibles en la tabla 1 y figura 3, también es relevante indicar el mucho más elevado número de homicidios<sup>23</sup> en el grupo de los diez barrios con peores valores de ICU, que revela una probable barrera a la efectiva participación de las personas residentes en las actividades al aire libre (caminata o corrida, por ejemplo). Principalmente porque ya se sabe que el panorama de violencia en las periferias urbanas de Brasil, tiende a estar acompañado de un cuadro local de pobreza, falta de saneamiento, desempleo, morbilidad y mortalidad preocupantes<sup>11,15,27</sup>.

## DISCUSIÓN

Los resultados de otros estudios ilustran cómo contextos marginales, contaminados de inequidades, producen resultados impactantes en la salud comunitaria<sup>4,11</sup> y también en la salud ambiental<sup>28</sup> y hasta inviabilizan el compromiso con hábitos saludables<sup>10,29</sup> de los grupos poblacionales que viven en las realidades difíciles de determinados territorios.

Aunque residentes en localidades similares tengan conocimiento de los potenciales beneficios de las AF para el organismo, ¿no sería razonable pensar el comportamiento de resistencia de ellas en ejercitarse en los ambientes públicos de los barrios donde la violencia<sup>23</sup> es recurrente, como un modo de proteger la propia vida de los riesgos producidos por ese tipo de problema social?<sup>10</sup>

En ese sentido, Barten et al.<sup>30</sup> postulan que para que cualquier acción pública tenga la capacidad de enfrentar los problemas de su región con eficacia, no puede desconocer tales diferencias, ya que las áreas con mayor probabilidad de que sus habitantes sufran mayores daños o segregación deben tener por parte de su administración un cuidado diferenciado. La acción debe ser abordada dentro de una estrategia de redefinición sociocultural del espacio urbano local. No basta sólo indicar las áreas donde el problema es más grave, lo que importa es la búsqueda de una nueva articulación entre los espacios distintos.

Ese enfrentamiento pasa también por la perspectiva de ampliación de la oferta de los servicios públicos que proporcionan AF orientadas a los grupos socialmente vulnerables, mientras que esté precedida por una sustancial mejoría de las condiciones de las infraestructuras urbanas y de otros servicios esenciales para una existencia digna<sup>10</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

En los últimos años han surgido, como alternativas integradas a las políticas del sector en Brasil, propuestas de distintas esferas gubernamentales que involucran AF<sup>10</sup>, situadas en el contexto de Atención Primaria a la Salud<sup>24</sup>.

Para que la AF esté considerada, de hecho, una de las estrategias ligadas al bien estar de la población<sup>31</sup>, antes hay algunos dilemas por resolver: (i) expropiar el sentido moral de la falta de AF en lo cotidiano –cuyo apodo responde por el mote de “sedentarismo”<sup>32</sup>– que ha servido para culpar pre-

viamente las personas por su eventual situación de debilitamiento; (ii) refutar su connotación de panacea terapéutica, prescrita y justificada a partir de un rol exclusivo de beneficios orgánicos que, generalmente, no considera los contextos para los cuales viene siendo direccionada<sup>33</sup>. Su (re)significación necesita extrapolar los límites de la individualidad e impregnarse de concepciones más densas, sensibles a la dimensión colectiva, política, socioeconómica, cultural, subjetiva, que atraviesan y delimitan (y muchas veces, restringen) las potencialidades de nuestra condición existencial.

Es necesario, por lo tanto, examinar y discutir las racionalidades orientadoras de los programas institucionalizados de la AF<sup>10</sup>, adoptados como acciones promotoras de salud, así como también los efectos colaterales de esa perspectiva<sup>8,32-34</sup>. Incorporar la 'idea-concepto' de promoción de la salud, estrictamente como sinónimo de práctica de AF es problemático frente de la primacía de su relación con propósitos sociales emancipatorios.

Asumir la promoción de la salud como ideología exige, antes que nada, acatar presupuestos ético-políticos de su legitimización histórica<sup>35,36</sup>, y reconocer la amalgama que entrelaza su conjuntos de postulados a la cuestión de las inequidades<sup>9</sup>; sobre todo, porque todavía no se logró éxito en la concreción de los principios ecuanímenes de la promoción de la salud en los países periféricos del capitalismo como Brasil<sup>37</sup> (a pesar de las opiniones emitidas por organismos internacionales que, en años recientes, lo han llamado nación emergente), en gran parte debido al juego de poder político-económico dominante, ejercido por las grandes corporaciones privadas y naciones mandatarias del escenario mundial globalizado<sup>2,14</sup>.

Es fundamental, entonces, relativizar el peso atribuido a la "responsabilidad personal"<sup>38</sup> en los micro-espacios de las prácticas de salud mediante la constatación de los avances lentos de las macro-políticas gubernamentales brasileñas, todavía insuficientes para revertir/refrenar las preocupantes realidades injustas que nos cercan de modo persistente<sup>15</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Geneva; 1978.
2. Bauman Z. Daños colaterales: desigualdades sociales en la era global. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2011.
3. Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Australia*. 2003; 178: 17-20.
4. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31(supl 1): S13-S27.
5. Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M. Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. *Health Promot Int*. 2011; 26 (suppl. 2): ii226-ii236.
6. Leite VR, Vasconcelos CM, Lima KC. Federalism and decentralization: impact on international and brazilian health policies. *Int J Health Serv*. 2011; 41(4): 711-723.
7. Pereira IC, Oliveira MAC. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: EE/USP; 2014.
8. Thompson L, Kumar A. Responses to health promotion campaigns: resistance, denial and othering. *Crit Public Health*. 2011; 21(1): 105-117.
9. Baum F. The Commission on the Social Determinants of Health: reinventing health promotion for the twenty-first century?. *Crit Public Health*. 2008;18(4): 457-466.
10. Cicceri L. Iniquidades sociais e práticas corporais: um estudo cartográfico em Vitória. Vitória, Brasil: Universidade Federal do Espírito Santo; 2015.
11. Nogueira R.P. (Ed.). Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
12. Pickles J. Social and cultural cartographies and the spatial turn in social theory. *J Hist Geogr*. 1999; 25(1): 93-98.
13. Acselrad H. (Ed.). Cartografia social e dinâmicas territoriais: marcos para o debate. Rio de Janeiro: UFRJ; 2010.

14. Ruckert A., Labonté R. The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework. *Crit Public Health*. 2012; 22 (3): 267-279.
15. Santos JAF. Class divisions and health chances in Brazil. *Int J Health Serv*. 2011; 41(4): 691-708.
16. Waitzman NJ, Smith KR. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *Milbank Q*. 1998; 76 (3): 341-373.
17. Bamba C, Fox D, Scott-Samuel A. Towards a politics of health. *Health Promot Int*. 2005; 20(2): 187-193.
18. Aïach P, Baumann M. An assessment of the geographical approach to health inequality. *Crit Public Health*. 2011; 21 (1): 63-69.
19. Prefeitura Municipal de Vitória. Índice de Qualidade Urbana [en línea]. Vitória: Secretaria Municipal de Gestão Estratégica; 2010 [consultado en agosto de 2020]. Disponible en: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iq/iq.asp>.
20. Raudenbush SW, Sampson RJ. Ecometrics: toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. *Sociol Methodol*. 1999; 29: 1-41.
21. Raudenbush SW. The quantitative assessment of neighborhood social environments. En: Raudenbush SW, Kawashi I, Berkman LF, editors. *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press; 2003. p. 112-131.
22. Sampson RJ, Raudenbush SW. Seeing disorder: neighborhood stigma and the social construction of 'broken windows'. *Soc Psychol Q*. 2004; 67(4): 319-342.
23. Prefeitura Municipal de Vitória. Homicídios em Vitória- 2010: diagnóstico [en línea]. Vitória: Secretaria Municipal de Segurança Urbana/ Gerência de Pesquisa Estratégica e Monitoramento da Violência Urbana; 2010 [consultado en agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.vitoria.es.gov.br/prefeitura/seguranca-urbana>.
24. Prefeitura Municipal de Vitória. Serviço de Orientação ao Exercício- SOE [en línea]. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2011 [consultado en agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.vitoria.es.gov.br/cidade/orientacao-ao-exercicios#a\\_soe](https://www.vitoria.es.gov.br/cidade/orientacao-ao-exercicios#a_soe).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Saúde da Família- PSF [en línea]. Brasília: Ministério da Saúde; 1994 [consultado en agosto de 2020]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia\\_psf1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF [en línea]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [consultado en agosto de 2020]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html).
27. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. The concept of equity in scientific production in health: a review. *Sau- de Soc*. 2017; 26(1): 115-128.
28. Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F. Inequalities, inequities, environmental injustice in waste management and health. *Eur J Public Health*. 2010; 20: 21-26.
29. Ghaddar S, Brown CJ, Pagan JA, Diaz V. Acculturation and healthy lifestyle habits among Hispanics in United States-Mexico border communities. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 28(3): 190-197.
30. Barten F, Akerman M, Becker D. Rights, knowledge, and governance for improved health equity in urban settings. *J Urban Health*. 2011; 88(5): 896-905.
31. Cereijo L, Gullón P, Cebrecos A, et al. Access to and availability of exercise facilities in Madrid: an equity perspective. *Int J Health Geogr*. 2019; 18: 15
32. Bagrichevsky M, Santos D. "Shameless" sedentarism: individual responsibility for health? *Psychology* [en línea]. 2018 [consultado en agosto de 2020]; 9(4): 760-772. Disponible en: [https://www.scirp.org/pdf/PSYCH\\_2018042315441575.pdf](https://www.scirp.org/pdf/PSYCH_2018042315441575.pdf).
33. Lindsay J. Health living guidelines and the disconnect with everyday life. *Crit Public Health*. 2010; 20(4): 475-487.
34. Jallinoja P, Pajari P, Ansetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health*. 2010; 14:115-130.
35. Buchanan DR. An ethic for health promotion: rethinking the sources of human well-being. New York: Oxford University Press; 2000.
36. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, Pumar-Méndez MJ. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit*. 2017;31(3):269-272.
37. Onocko-Campos R.T. A promoção à saúde e a clínica: o dilema "promocionista". en: Castro A, Malo M, organizadores. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006. p. 62-74.
38. Martin MW. Responsibility for health and blaming victims. *J Med Humanities*. 2001; 22(2): 95-114.