



CGLU
Comisión

Inclusión Social,
Democracia Participativa
y Derechos Humanos

Observatorio
Ciudades Inclusivas

«EL PROGRAMA DE ACADEMIA LOCAL: UNA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA»

Recife, Brasil

Período de implementación: 2002 (lanzamiento) | Estudio de caso escrito en 2010

El Programa Academia de la Ciudad (PAC) fue implementado en la ciudad de Recife el 22 de Febrero del 2002, y se convirtió en una política de Promoción de la Salud y de Atención Básica de la Concejalía de Salud en 2006. El PAC se caracteriza por ser una política de promoción de la salud en los ámbitos de la actividad física, el ocio y la orientación sobre los hábitos alimenticios saludables, y busca desarrollar sus proyectos en los equipamientos de salud y en los espacios públicos recalificados denominados polos o centros. Sus principales objetivos son incentivar a la población, para que adopte hábitos de vida saludables, y potenciar los espacios públicos de ocio bajo las perspectivas del acceso, la inclusión social, la experiencia y el fomento de la participación popular en la construcción de la política de salud local. Las actividades desarrolladas van de las más diversas actividades corporales, tales como los juegos, la danza, la gimnasia, los deportes, hasta la evaluación física y nutricional, las conferencias, los seminarios, los círculos de diálogo, la participación en presupuestos participativos, entre otros



El **Observatorio Ciudades Inclusivas** fue lanzado en 2008 de parte de la Comisión Inclusión Social, Democracia Participativa y Derechos Humanos con el objetivo de crear un espacio de análisis y reflexión sobre políticas locales de inclusión social. La iniciativa fue desarrollada con el apoyo científico del profesor Yves Cabannes (University College de Londres) y el Centro de Estudios Sociales (CES) de la Universidad de Coimbra. En el presente, el Observatorio contiene más de sesenta estudios de caso desarrollados principalmente entre 2008 y 2010. A pesar de que muchos de estos estudios se refieren a políticas ya finalizadas, estos aún tienen mucho que ofrecer: desde capitalizar los conocimientos realizados por otros gobiernos locales hasta conocer formas alternativas sugerentes desde las cuales abordar retos de inclusión social de forma local.

Contexto

Contexto del país y descentralización

Brasil se rige por un sistema Presidencialista de régimen democrático, con elecciones directas para elegir a los gobernantes y se divide en niveles de organización, definidos por tres esferas gestoras: Federal, Estatal y Municipal. Su principal guía es la Constitución Federal, siendo la creación del SUS (Sistema de Salud) la referencia más importante en el ámbito de la salud que, entre otras cosas, garantiza la salud como un derecho de todos y como una obligación del Estado. A pesar de que el sistema democrático y las elecciones directas ya son garantías constitucionales de por sí, en los últimos 8 años, ha habido cambios efectivos de gestión y decisiones políticas que han estado promoviendo un crecimiento significativo en los instrumentos de participación social, tales como la ampliación del número de conferencias municipales, estatales y nacionales; la ampliación del número de consejos de usuarios en la salud y la creación del presupuesto participativo.

Salud y reforma sanitaria

El sistema de salud brasileño todavía se encuentra en proceso de consolidación, enfrentando viejos y nuevos desafíos y construyendo alianzas con otros sectores de la sociedad. En 1986, se celebró la VIII Conferencia Nacional de Salud, un evento de gran relevancia nacional que movilizó amplios sectores de la sociedad civil. La Constitución Federal de 1988 incorporó gran parte de las propuestas elaboradas por la VIII Conferencia – reconociendo la salud como un derecho fundamental de todos los ciudadanos – e instituyó el Sistema de Salud (SUS).

En 1990, se publicaron las Leyes nº 8.080 y nº 8.142 para implementar el SUS y sus principios fundamentales, de entre los cuales es preciso destacar los siguientes: (a) la universalidad e integralidad de los cuidados de salud; (b) la igualdad de acceso a los servicios públicos de salud; (c) la descentralización de las decisiones y la autonomía de las esferas políticas y administrativas de los gobiernos estatales y municipales; y (d) la participación de los ciudadanos. Los efectos de la reforma del sistema de salud fueron formidables: “60 millones de brasileños necesitados, condenados a la caridad de instituciones benéficas obtuvieron el derecho a la salud. Fue una conquista irreversible de la reforma de la salud” (Mendes 2001, p. 28). Desde 1994, el Ministro de Salud puso en marcha el Programa de Salud Familiar, como una estrategia para desarrollar un sistema de atención primaria de salud, capaz de transformar el modelo dominante del sistema sanitario y fortalecer la prevención y la promoción de la salud. El programa todavía se encuentra en fase de consolidación, pero ya se han reconocido algunos resultados positivos a nivel nacional.

En el ámbito de la salud, una parte importante de los recursos financieros destinados a la ejecución de estas políticas procede del Gobierno Federal y el complemento presupuestario es competencia de los Estados y los Municipios. En este sentido, todavía no ha habido cambios significativos en la esfera federal por cuanto se refiere a incentivar las políticas con características de promoción de la salud, tales como el Programa Academia de la Ciudad, lo cual convierte la captación de fuentes de recursos en un desafío todavía más grande para consolidar las intervenciones que sobrepasen la lógica tradicional de la salud, centrada en la enfermedad.

Contexto local

La ciudad de Recife, con un área territorial de 217 km², tiene una población estimada de 1.562.000 (IBGE 2009a). Recife es la capital del estado de Pernambuco (8.810.256 habitantes)

y se encuentra situada en la Región Nordeste de Brasil, a orillas del Océano Atlántico. Es la sede del área metropolitana con cerca de 3,75 millones de habitantes (IBGE 2009a) y es considerada la cuarta metrópolis de la red urbana de Brasil en población. En el 2007, la ciudad de Recife registró un PIB *per capita* de 13.510,00 reales, el más elevado de las capitales del Noreste (IBGE 2009b). En el año 2009, la tasa de desempleo total era del 19,2%, de este porcentaje el 16,3% son hombres y el 22,7% mujeres (DIIESE 2009). El desempleo entre la franja de edad de 18 a 24 años alcanza un valor del 35,6%; del 16,7% entre la franja de edad de 25 a 30 y del 8,5% entre la población de mayores de 64 años (DIIESE 2009). En el 2008, se consideraba que el 42,39% de la población del área metropolitana de Recife tenía una renta baja, pues ganaba menos de ½ salario mínimo (415 Reales en el 2008, que equivalen aproximadamente a 210 U.S. \$) (IDB 2009). En términos de composición de edad, la población se reparte en tres clases: 26,16% en la franja de 0 a 14 años; 67,33% en la franja de 15 a 64 años; 6,51% en la franja de mayores de 64 años (IBGE 2009a).

La tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años es del 8,92% en el área metropolitana de Recife, (IDB 2009), escasamente inferior a la media nacional (9,7%), pero evidenciando significativas desigualdades entre los diversos barrios de la ciudad: 2% en Boa Viagem y 24% en la Isla Ilha Joana Bezerra (Atlas Municipal 2005). En el 2008, la esperanza de vida al nacer era de 68,8 años, de 72,3 en las mujeres y de 65,3 en los hombres (IDB 2009).

Estado de salud de la población y oferta de servicios de salud en el Estado de Pernambuco

En esta sección presentamos algunos indicadores de salud (Tabla nº 1), correspondientes al año 2008 (IDB 2009), relacionados con las estrategias de promoción de la salud del Ministerio de Salud y del estado de Pernambuco y, en particular, de la política de inclusión social “Programa Academia de la Ciudad” que se está desarrollando en la ciudad de Recife:

Tabla nº 1. Indicadores de factores de riesgo, de mortalidad, de recursos, de cobertura

Proporción de la población que refiere haber consultado un médico en los últimos 12 meses (2008)	70,3%
Mujeres mayores de 40 años de edad que fueron a hacerse un examen clínico de las mamas efectuado por un médico o enfermero en los 12 meses anteriores a la fecha de la entrevista (2008)	29,3%
Mujeres de 50 a 69 años de edad que fueron a hacerse un examen de mamografía en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista (2008)	43,4%
Mujeres de 25 a 59 años de edad que fueron a hacerse un examen preventivo de cáncer del cuello del útero en los 3 años anteriores a la fecha de la entrevista (2008)	74,3%
Población residente que autoevaluó su estado de salud como muy bueno o bueno (2008)	73%
Domicilios particulares permanentes catastrados en el programa Unidades de Salud Familiar (2008)	72%
Número de consultas prenatales (2008):	
• De 1-3 consultas:	9,24%
• De 4-6 consultas:	34,77%

• 7 o más consultas:	53,86%
Índice de mortalidad infantil (2007)	29,2%
Tasa de prevalencia de la hipertensión arterial (2008)	26,6%
Tasa de prevalencia de una actividad física suficiente durante el tiempo libre (2008)	17%
Tasa de prevalencia de fumadores actuales (2008)	10,4%
Tasa de prevalencia del consumo abusivo de bebidas alcohólicas (2008)	19,2%
Tasa de prevalencia del exceso de peso en adultos de 25 a 50 años de edad (2008)	35,5%
% del Gasto del Ministerio en atención básica (2008)	18,8%
Médicos p/1000 habitantes (2008)	1,36

Fuente: Indicadores y Datos Básicos (IDB), 2009, *DATASUS*. Brasilia: Ministerio de Salud.

Nivel de institucionalización de la política: Municipal

Desarrollo de la política

El Programa Academia de la Ciudad se caracteriza por ser una estrategia de política de promoción de la salud que pone énfasis en la actividad física, en el tiempo de ocio y en una alimentación saludable, cuyos principios orientadores son: la autonomía del individuo, el protagonismo social, la intersectorialidad, la gestión compartida, la interdisciplinariedad, la transversalidad, y la salud y el tiempo libre como derechos de los ciudadanos. Las intervenciones tienen lugar en 21 locales públicos recalificados denominados *pólos* (polos o centros); en 21 Centros de Apoyo Psicosocial (CAPS), en otros 64 equipamientos de salud o sociales, tales como, el centro de Estrategia de Salud Familiar (ESF), el de la Unidad Básica de Salud (UBS), las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), las Asociaciones Comunitarias; y en otros espacios públicos de ocio identificados para la actuación del Programa. El horario habitual de funcionamiento es de las 05:30 a las 11:30 horas y de las 14:00 a las 20:00 horas de lunes a viernes, mientras que las actividades en los *polos* o centros tienen lugar de las 05:30h a las 08:30h y de las 17:00h a las 20:00h, y en otros horarios las actividades se desarrollan en los espacios citados más arriba.

Antecedentes y trayectoria

Tradicionalmente, los servicios de salud brasileños se organizaban basándose en los síntomas y en las intervenciones médicas individuales y curativas. Sin embargo, al tratar de contribuir de forma efectiva para mejorar la calidad de vida de la población, a partir de la Octava Conferencia (1986), se desarrollaron estrategias de promoción de la salud, basadas en un concepto ampliado y positivo de salud. La Educación Física redescubrió su papel y su posible contribución para participar en este nuevo proceso social de producción de salud vinculada a este nuevo concepto. Paralelamente, la Concejalía de Salud ofreció la universidad con intención de establecer asociaciones, y con el objetivo común de trabajar en la salud del municipio.

Se llevó a cabo un sondeo entregando un cuestionario a las personas que hacían ejercicio en un parque público de Recife. Los resultados mostraron que el 74% de los entrevistados hacían los ejercicios de forma incorrecta. De esta forma, el colectivo de profesores de la institución se dio cuenta de que era necesario que la Educación Física desempeñase el papel que le correspondía

para orientar correctamente a los grupos de población, por cuanto se refiere a la práctica de la actividad física desde la perspectiva de promoción de la salud. En ese contexto, y a partir de un grupo de profesores, la ciudad de Recife emprendió un programa de ejercicio físico aprovechando los espacios públicos ya existentes.

La iniciativa académica junto con la disponibilidad financiera de los poderes públicos fue esencial para consolidar la idea y para materializarla. Durante las elecciones municipales (2000), se edificó un programa de gobierno cuya principal defensa era un cambio completo de prioridades, basada en una gestión democrática y participativa. Entonces surgió la necesidad de atender las necesidades específicas de la comunidad enfocadas en la salud pública y en la promoción de salud, que era contrario al modelo vigente: un modelo *hospitalocéntrico*, centrado en la curación en detrimento de la promoción de la salud; había insuficiencia de espacios públicos de ocio y de práctica de actividad física en la ciudad; y en la comunidad había indicadores de violencia crecientes. Del mismo modo, como resultado de los diálogos intersectoriales que implicaban inicialmente a la Concejalía de Salud, a la Concejalía de Turismo y Deporte, a la Universidad de Pernambuco y a la Universidad Federal de Pernambuco, nació el Programa Academia de la Ciudad (PAC).

Objetivos de la política

El objetivo general del Programa es contribuir a la promoción de la salud colectiva mediante la práctica de actividades físicas, de ocio y de orientación para adoptar hábitos alimenticios saludables. Potenciando el uso de los espacios públicos y de los equipamientos de salud, promoviendo el protagonismo social, y procurando mejorar la calidad de vida de la población de Recife.

Desarrollo cronológico e implementación

Texto

Actores, beneficiarios y metodologías participativas

Beneficiarios

Al tratarse de una intervención que funciona, bien como una necesidad, en la que los asistentes son toda la población de Recife que engloba todas las franjas de edad; bien como una necesidad referenciada por la red de salud, el programa no contempla, en su estructura, criterios de participación –lo cual podría convertirla en excluyente– que atiendan de esta forma a toda la comunidad. Los *centros*, en los que se llevan a cabo las actividades, se encuentran distribuidos por los 6 Distritos Sanitarios, y serán implantados en colaboración con el Gobierno del Estado en otros 22 *centros* más hasta el 2011. Las actividades desarrolladas van de las más diversas actividades corporales, tales como los juegos, las luchas, la danza, la gimnasia, los deportes, o la evaluación física, hasta la evaluación nutricional, las conferencias, los círculos de diálogo, los seminarios, las visitas entre centros, las visitas intermunicipales, los paseos en bicicleta, e incluso la participación en presupuestos participativos, en conferencias municipales, en competiciones deportivas, y en foros de discusiones, entre otros. El contexto de cada local de intervención del Programa acaba definiendo el tipo de programación de las actividades. En aquellos espacios, en los que existe una necesidad infantil mayor y más específica, las actividades tienen un carácter más lúdico y gozan de una presencia más explícita de juegos; en aquellos espacios, en los que existe una mayor presencia de adultos o ancianos, las actividades

respetan las necesidades y condiciones de este segmento. Se estima que se han atendido una media de 60.000 personas al mes en los 21 *centros* del Programa.

Agentes implicados

Para concretar este Programa en lo cotidiano es fundamental implicar a diversos agentes: el Departamento Municipal de Salud, el Departamento Municipal del Presupuesto Participativo, el Departamento Municipal de Derechos Humanos y Seguridad Ciudadana, el Departamento Municipal de Educación, el Departamento Municipal de Cultura, el Departamento Municipal de Asistencia Social, el Departamento Estatal de las Ciudades, la Empresa de Manutención y Limpieza Urbana, la Empresa de Urbanización de Recife y los Dispositivos de la Comunidad (Asociaciones de vecinos, entidades religiosas, grupos organizados, y ONG's, entre otras); y además, todas las articulaciones intersectoriales entre las distintas políticas del Departamento Municipal de Salud: Política de Atención a los Consumidores de Alcohol y otras Drogas, Política de Atención a las Personas Ancianas, y Política de Atención a las Personas con alguna Discapacidad, entre otras.

Procesos participativos desarrollados

Como se ha citado en el punto anterior, los tres primeros criterios utilizados para implantar el PAC se refieren al proceso de participación social y de identificación de demandas de interés social, en la medida en la que surgen solicitudes relacionadas con las necesidades de la población en los territorios o, precisamente, cuando se estimula la participación de las comunidades de una forma organizada en las iniciativas que promueven el empoderamiento de las mismas, por cuanto hace referencia a las decisiones que tienen que ver con sus vidas. Las ZEIS consideran indicadores, tales como, los niveles de educación, de acceso a la cultura, de condiciones de habitabilidad y de rendimiento, entre otros.

En su configuración, el Sistema de Salud (SUS) prevé la creación de dispositivos de participación social siguiendo el ejemplo de los grupos gestores de unidades y Conferencias de Salud (1). De esta forma, se estimula a los usuarios del PAC a que formen parte de una organización, a partir de las reuniones y los círculos de diálogo en los locales de intervención, a fin de poder representar los intereses del grupo en las decisiones aprobadas en las sesiones plenarias. Las gestiones democráticas en Brasil han implantado otro instrumento de participación y decisión compartida denominado Presupuesto Participativo. Esta forma de organización permite a los ciudadanos decidir quienes son sus representantes en sesiones plenarias abiertas, y asimismo, les permite votar por sus principales intereses a la hora de utilizar los recursos públicos en sus comunidades en distintas áreas: salud, educación, obras, tiempo libre, cultura, etc. De esta forma, cuando se resuelve que uno de los criterios importantes para implementar un centro del PAC pasa por la decisión del PP, estimulamos la participación de los ciudadanos en la resolución de la política pública. Cabe recordar que, desde el 2002, todos los polos o centros en los que hoy está instalado el PAC, además de los que se inaugurarán en el 2010/2011, han sido votados en el PP.

Decidir colectivamente y mediante el diálogo sobre la integración/instalación/construcción de espacios democráticos va más allá de la posibilidad de ofrecer acceso a la práctica de actividad física y de recibir orientación sobre una alimentación saludable. Pues amplía este acceso con la posibilidad de que las personas se reconozcan como autores de su propia vida, como promotores activos de su propia casa, barrio o comunidad mediante una intervención que busca atender la diversidad humana sin excluir sus singularidades.

Y así es como las personas se implican con el programa, ya desde que apenas existe el deseo de formar parte del PAC, se organizan en pequeños grupos de la comunidad, y eligen líderes

comunitarios para que representen la voluntad colectiva. Estos líderes buscan instrumentos/conocimientos sobre el proceso de implementación del PAC en sus realidades. Las personas se organizan para identificar en su comunidad un lugar que se aproxime al máximo a lo “adecuado” para construir la estructura física del PAC y participan en el Programa para tener elementos prácticos de experiencia, y para discutir con otras personas de su comunidad acerca de los beneficios que, de hecho, el Programa traerá a aquel lugar.

Todas estas etapas son fundamentales para obtener éxito en las intervenciones del Programa, pero la participación se prolonga, e incluso se fortalece más, cuando la intervención ya está instalada y en funcionamiento, y la población atendida se reconoce como parte de todos los procesos que se llevan a cabo en lo cotidiano. Y se mantiene a través de los círculos de diálogo, en los que se discuten temas variados sobre asuntos que se consideran relevantes para los individuos y para la comunidad, o en las fases de evaluación de las actividades que se están desarrollando, en el diálogo entre usuarios y profesionales sobre los procedimientos, en la búsqueda de cualificación del Programa o, fundamentalmente, cuando se organizan en un grupo que se denomina “Comisión de Usuarios del Programa Academia de la Ciudad”. Las intervenciones realizadas en el PAC contribuyen a que se estrechen las relaciones sociales, a través de la formación de grupos de convivencia, y favorecen la ampliación de las redes sociales, que van más allá de la participación en los proyectos, y les permiten pasar infinidad de momentos juntos, lo cual amplía el campo de visión del mundo/ comunidad/ actuación/ relaciones en la vida de las personas.

Proceso de institucionalización y financiación

Proceso de institucionalización de la política

Presentado a la población durante la V Conferencia Municipal de Salud (2001), fue implantado oficialmente en el 2002 por la Concejalía de Salud de Recife y reglamentado, a partir de los siguientes decretos y ordenanzas: (1) Decreto 19.808, del 22 de Febrero del 2003, que crea el Programa Academia de la Ciudad; (2) Decreto N° 22.345 del 18 de Octubre del 2006, que reestructura y reglamenta el Programa Academia de la Ciudad; (3) Ordenanza N° 122 /2006 - GAB/SS EM del 28 de Setiembre del 2006, que resuelve implantarlo como política de promoción de la salud y de atención básica de la Concejalía de Salud; y (4) Ley N° 17.400 /2007, que crea 120 cargos profesionales de Educación Física en la concejalía de salud, que hacen posible de esta forma las licitaciones públicas.

El proceso para implantar el PAC en las comunidades se basa en los siguientes criterios: (a) que el PAC haya sido apuntado en Conferencias: salud, educación, niños y adolescentes, juventud, otras; (b) que el PAC haya sido elegido como prioritario en el Presupuesto Participativo (PP); (c) que el PAC se encuentre ubicado en regiones de Zonas Especiales de Interés Social (ZEIS); (d) que el PAC se encuentre ubicado en una región con alguna cobertura de la red de salud; (e) que el PAC tenga viabilidad técnica (ingeniería) para la ejecución de las obras de recualificación del espacio público; y (f) que el PAC se encuentre ubicado en áreas con altos indicadores de violencia.

Financiamiento

Hasta el año 2009, el PAC había sido totalmente financiado por el Ayuntamiento de Recife, con un coste aproximado de 13.000.000,00 R\$ (trece millones de reales) durante esos 7 años. Actualmente, la financiación de las obras de implantación de los nuevos *centros* se está llevando a cabo en colaboración con el Gobierno del Estado de Pernambuco, a través de un acuerdo con el Departamento del Estado de las Ciudades para expandir el Programa en todo el Estado de Pernambuco (que ahora se denomina Programa Academia de la Ciudad), siendo responsabilidad

del Municipio todos los costes y la gestión del Programa. El coste anual estimado de las intervenciones del PAC, que contemplan el pago de los recursos humanos, los materiales de limpieza, la adquisición y mantenimiento de los equipamientos permanentes para la actividad física, y la manutención de la estructura y la seguridad, entre otros, es de aproximadamente 160.000,00 R\$ (ciento sesenta mil reales) por *polo* o centro.

Resultados y reflexiones

Resultados y logros

Principales resultados y logros

Algunos resultados revelan una vía de fortalecimiento de la política:

- Retorno de la población a los espacios públicos de ocio;
- Realización de actividades culturales en los *centros* que se incorporan a la agenda de la comunidad local;
- Elección de Profesionales y Usuarios como Consejeros de Distrito y en las Conferencias de Salud;
- Valoración positiva de la comunidad;
- Un 80% de los usuarios están muy satisfechos con el PAC;
- Un 84% de los profesores están satisfechos o muy satisfechos con el PAC;
- Los lugares que tienen *centros* multiplican por tres las probabilidades de que las personas practiquen una actividad física; y
- Los espacios recalificados promueven ocupación a partir de la seguridad, la limpieza y la accesibilidad, y pasan a estar más ocupados.

Si bien es cierto que todavía queda mucho por mejorar, creer en el Programa, es creer en la posibilidad concreta de que las personas decidan sobre su salud; y también es pensar en el carácter intersectorial partiendo de las necesidades de los demás y no de nuestros propios problemas, y entender que se deben respetar las diferencias. Provocar un sentimiento de pertenencia en la comunidad, materializar la posibilidad real de un dispositivo en el territorio concretando acciones intersectoriales, y construir colectivamente los proyectos parecen ser los aspectos fundamentales para consolidar el Programa Academia de la Ciudad como política de promoción de la salud y de inclusión social.

Desafíos y limitaciones

A pesar de los grandes y significativos avances realizados, es un hecho, que hay algunas dificultades que se encuentran en todos los procesos, puesto que agrupar distintos intereses también significa confrontarse con la necesidad de mediar en los conflictos, lo cual no es tarea fácil, sobre todo en un programa que se encuentra situado en una institución pública y que también responde a los intereses políticos. Además de obstáculos como: la ausencia de una dotación presupuestaria y el déficit en la formación de profesionales de Educación Física en el área de Salud Pública, otro aspecto importante que se debe tener en cuenta es la necesidad de una reforma del Estado en Brasil, ya que los procesos de democratización posibilitarían la participación de los ciudadanos, sin embargo, las estructuras del Estado persisten en la burocracia y no favorecen el desarrollo de la participación. Los obstáculos siempre estarán

presentes en lo cotidiano de las políticas públicas gestionadas para el bien colectivo y con participación social.

Otro factor que puede dificultar la implantación de esta estrategia puede estar relacionado con las condiciones climáticas de cada región (por el hecho de que se lleva a cabo en espacios públicos abiertos) pues es necesario realizar adaptaciones a las realidades locales, y al mismo tiempo, las características culturales de cada región pueden significar una importante contribución para la adhesión, puesto que, la participación y las actividades colectivas son elementos fundamentales para el buen funcionamiento del Programa.

La característica distintiva del PAC es la de compartir las dificultades con el colectivo, lo cual hace factible la creación de alternativas y la movilización para solucionar los problemas, estimulando a las personas para que sean autores de su propia historia.

Balance final y potencial replicabilidad

Valoración general

Además de los resultados conseguidos en la ciudad de Recife, es importante destacar las muestras de reconocimiento que ha recibido el Programa Academia de la Ciudad tanto a nivel nacional como internacional, como pueden ser:

- Finalista del Premio David Capistrano Hijo – Humaniza SUS – 45 proyectos de éxito en el país en el 2004;
- 2º Lugar en el Presupuesto Participativo del 2006;
- 1º Lugar en el II Concurso Ciudades Activas, Ciudades Saludables promovido por la OPAS, por el *Centre for Disease Control* (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC) y por la *Fundación Ciudad Humana* de Bogotá, Colombia en el 2005;
- Valoración del *Centre for Disease Control* (CDC) –EE.UU., como una intervención que ha dado buen resultado en la salud; y
- Programa de referencia en la implantación de un programa de actividades físicas en San Diego/California, EE.UU.

Replicabilidad y adaptación en otros contextos

Actualmente, el PAC tiene varios proyectos en marcha, entre ellos: (1) es objeto de un estudio internacional denominado *Stratégies d'institutionnalisation d'interventions innovantes en matière de équité em santé au Brésil: un étude comparative* (Estrategias de Institucionalización de intervenciones innovadoras en materia de igualdad en la salud en Brasil: un estudio comparativo); (2) participa en una investigación relacionada con la incidencia de diabetes entre los usuarios del Programa; (3) está siendo registrada en el Ministerio de Salud como Estructura de la Red de Salud; (4) se está replicando en los 184 municipios del Estado de Pernambuco a través de la difusión proporcionada por el Departamento de las Ciudades del Estado de Pernambuco; y (5) el PAC es el punto de referencia de un programa de actividad física que se está implantando en San Diego (California), para las comunidades latinas que viven en los EE.UU. Todos estos ejemplos demuestran que hay grandes probabilidades de replicación a gran escala, si los recursos materiales y la estructura física se adaptan a cada realidad.

El PAC se ha convertido en un referente nacional e internacional para la construcción de proyectos en la línea de producción de salud, pues, a pesar de las peculiaridades de cada lugar/región/municipio, el punto clave no se encuentra en la estructura física o en los recursos

materiales, sino en las relaciones que se construyen entre todos aquellos que conforman el Programa. Eso se puede y se debe replicar y aplicar en todos aquellos lugares, en los que se busque contribuir eficazmente a la promoción de la calidad de vida de las personas.

Para más información

El caso ha sido investigado y escrito por Ebrivaldo G.C. Júnior, Director del Programa Academia de la Ciudad de la Concejalía de Salud de Recife, y por el Dr. Mauro Serapioni del Centro de Estudios Sociales, de la Universidad de Coimbra, Portugal, en el 2010.

Comisión de Inclusión Social, Democracia Participativa y Derechos Humanos de CGLU

Sitio web: <https://www.uclq-cisdp.org/>

Información de contacto: cisdp1@uclq.org | +34 933 42 87 70

Referencias documentales

Atlas Municipal, 2005, *Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife 2005, Aspecto do desenvolvimento humano no Recife*. Recife: Prefeitura de Recife e PNUD.

Brasil, Ministério da Saúde, 2006, *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde, 2010, *Pacto pela redução da mortalidade infantil nordeste e amazônia legal*. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583 [25 de Outubro de 2010].

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIIESE), Região Metropolitana do Recife, 2009. Recife: DIIESE.

Indicadores e Dados Básicos (IDB), 2009, *DATASUS*. Brasília: Ministério da Saúde

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2008, *Um panorama da saúde no Brasil. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Factores de Risco e Protecção à Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE e Ministério da Saúde

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2009a, *Estimativas da população para 1º de Julho de 2009* [PDF]. Rio de Janeiro: IBGE (14 de Agosto de 2009). Página visitada em 25 de Novembro de 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2009b, *Produto Interno Bruto a Preços Correntes e Produto Interno Bruto Per Capita segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios 2003-2007*. Rio de Janeiro: IBGE. Página visitada em 20 de Dezembro de 2009.

Mendes, E.V., 2001, *Os grandes dilemas do SUS* (Vol. 1). Salvador: Casa da qualidade.