

## **Ejercicio físico y salud comunitaria en adultos mayores con ECNT: la experiencia de la UPA N.º 6**

Autores:

Bacca Luciano. Cátedra de Fisiología Humana, FaHCE UNLP, IdHICS CONICET UNLP.

Email: [lbacca@fahce.unlp.edu.ar](mailto:lbacca@fahce.unlp.edu.ar)

Tarducci Gabriel. Cátedra de Fisiología Humana, FaHCE UNLP, IdHICS CONICET UNLP.

Email: [gtarducci@fahce.unlp.edu.ar](mailto:gtarducci@fahce.unlp.edu.ar)

Godoy María Alejandrina. Cátedra de Fisiología Humana, FaHCE UNLP, IdHICS CONICET UNLP. Email: [mariaalejandrinagodoy@gmail.com](mailto:mariaalejandrinagodoy@gmail.com)

Táuber Nicolás. Cátedra de Fisiología Humana, FaHCE UNLP, IdHICS CONICET UNLP Email: [tauber102@gmail.com](mailto:tauber102@gmail.com)

### **Resumen**

El presente trabajo analiza la experiencia desarrollada en la Unidad de Pronta Atención N.º 6 de la localidad de Los Hornos, donde se implementa el programa “Prácticas Saludables” como estrategia de salud comunitaria. La propuesta consiste en clases de actividad física orientadas a adultos mayores, en su mayoría con enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, exceso de peso) y en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Se abordan tres dimensiones complementarias: en primer lugar, los beneficios del ejercicio físico en esta población, con mejoras comprobadas en la capacidad funcional, el control de factores de riesgo y la calidad de vida. En segundo lugar, el valor agregado de su desarrollo en un marco comunitario, donde el ejercicio se transforma en una práctica social que fortalece vínculos, favorece la adherencia y potencia la construcción de redes de cuidado. Finalmente, se analizan los desafíos y oportunidades de las políticas públicas para garantizar la sostenibilidad, equidad territorial y enfoque de derechos de estas intervenciones.

Los resultados permiten concluir que programas como “Prácticas Saludables” constituyen experiencias valiosas de prevención y promoción de la salud, que deberían replicarse y consolidarse como parte de una política estructural. La actividad física, en este contexto, se

configura no sólo como un medio de intervención biomédica, sino como una práctica social y comunitaria que amplía derechos y democratiza el acceso al cuidado.

Palabras clave: Actividad física, adultos mayores, enfermedades crónicas no transmisibles, salud comunitaria, políticas públicas.

## **Introducción**

En la Unidad de Pronto Atención N.º 6 de la localidad de Los Hornos se desarrollan clases de gimnasia bajo una órbita de intervención de salud comunitaria denominada “Prácticas Saludables”. Las UPAs nacieron para mejorar el acceso a la atención de emergencia en la comunidad, evitando que los pacientes deban ir al hospital por casos que pueden ser resueltos en otro lugar (Jiménez, 2018), sí es que este programa se inscribe no solo en un marco de tratamiento, sino también en la prevención.

En la actualidad participan tres grupos diferentes que realizan sus encuentros dos veces por semana, con actividades que incluyen ejercicios de fuerza, equilibrio, flexibilidad y coordinación. La población participante es heterogénea, aunque predomina la asistencia de personas adultas mayores que presentan una o más enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus y exceso de peso. Según la 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, las ECNT afectan con mayor intensidad a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% de las muertes por estas enfermedades. En la Argentina estas enfermedades son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

En este sentido, la propuesta no sólo responde a necesidades biológicas, sino que se inscribe en una estrategia más amplia de cuidado integral de la salud en contextos de vulnerabilidad social.

## **Beneficios del ejercicio físico en personas mayores con factores de riesgo en contextos de vulnerabilidad socioeconómica**

La evidencia científica y las recomendaciones de organismos internacionales coinciden en que la práctica regular de actividad física constituye una de las intervenciones más costo-efectivas en la prevención y el tratamiento de las ECNT. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) sostiene que los adultos mayores deben realizar al menos 150 a 300 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, complementados con ejercicios de fortalecimiento muscular y, en el caso de personas con riesgo de caídas, actividades específicas

para el equilibrio. Estos lineamientos no sólo buscan prolongar la vida, sino mejorar su calidad, promoviendo la autonomía funcional, el bienestar psicológico y la integración social.

En el caso particular de personas adultas mayores con hipertensión arterial, diabetes mellitus o exceso de peso, el ejercicio actúa sobre múltiples sistemas fisiológicos. La contracción muscular repetida y sostenida en el tiempo, favorece la sensibilidad a la insulina, mejorando el control glucémico y reduciendo la hemoglobina glicosilada (HbA1c), con beneficios documentados incluso en intervenciones de corta duración (Colberg et al., 2016). En personas hipertensas, el entrenamiento de resistencia y aeróbico moderado puede reducir la presión arterial sistólica y diastólica entre 5 y 7 mmHg, un efecto comparable al de algunos fármacos antihipertensivos (Cornelissen y Smart, 2013). Además, el trabajo de fuerza combate la sarcopenia, preserva la densidad mineral ósea y mejora la estabilidad postural, reduciendo así el riesgo de caídas, que representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en esta franja etaria (Izquierdo et al., 2021).

Pero los beneficios del ejercicio no se limitan al plano fisiológico. Diversos estudios muestran mejoras en la función cognitiva, el estado de ánimo y la percepción de bienestar, mediadas por la liberación de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, así como por la estimulación de factores neurotróficos que favorecen la plasticidad cerebral (Bherer et al., 2013). En este sentido, Mikel Izquierdo (2025) afirma que “el ejercicio es el fármaco más potente, seguro y de bajo costo que tenemos, y su eficacia abarca desde el sistema cardiovascular hasta la salud mental”. Esta amplitud de impacto lo convierte en una herramienta transversal para el cuidado integral, con un potencial preventivo y terapéutico que supera la segmentación habitual de las intervenciones sanitarias.

En contextos de vulnerabilidad socioeconómica, como el que atraviesa parte significativa de la población de Los Hornos, el acceso a espacios seguros y supervisados para realizar actividad física no siempre está garantizado. Las barreras incluyen la falta de infraestructura pública adecuada, el costo de programas privados y la ausencia de transporte accesible. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019), las desigualdades en salud no son solo el resultado de diferencias biológicas o conductuales, sino de determinantes sociales estructurales que limitan las oportunidades de cuidado y prevención. Por ello, iniciativas como la de la UPA N.º 6 no solo ofrecen un servicio sanitario, sino que compensan

de forma directa una inequidad de acceso, democratizando un recurso que, aunque básico, suele estar concentrado en sectores de mayores ingresos.

Un aspecto relevante es que la adherencia a la práctica es mayor cuando se ofrecen actividades accesibles geográficamente, gratuitas y adaptadas a las necesidades de cada participante. La OPS (2022) señala que en programas comunitarios, la continuidad a largo plazo supera en más del 30% la observada en intervenciones individuales o no supervisadas. Este factor es crucial, ya que los beneficios fisiológicos y funcionales del ejercicio se pierden rápidamente cuando la práctica se interrumpe. Así, la proximidad y la gratuidad no son sólo “facilitadores”, sino condiciones estructurales para la efectividad del programa.

El caso de la UPA N.º 6 ilustra cómo una intervención aparentemente simple —tres grupos que se encuentran dos veces por semana para ejercitarse— puede tener un impacto sanitario significativo cuando se inserta en un marco de salud pública. A través de rutinas que combinan fuerza, equilibrio, flexibilidad y coordinación, se abordan simultáneamente los principales determinantes funcionales de la calidad de vida en adultos mayores. Esto no solo retrasa la aparición de discapacidad, sino que reduce la dependencia de cuidados formales e informales, aliviando la carga tanto sobre el sistema de salud como sobre las familias.

En suma, el ejercicio físico en personas mayores con ECNT es una intervención de amplio espectro que, en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, adquiere un valor estratégico como herramienta de equidad sanitaria. No se trata únicamente de mejorar parámetros clínicos, sino de garantizar que quienes más lo necesitan puedan acceder, sostener y beneficiarse de esta práctica en entornos seguros, supervisados y culturalmente significativos. Como señala la OMS (2018), “la actividad física es un derecho, no un privilegio”, y su promoción sistemática constituye una responsabilidad indelegable de las políticas públicas y de las instituciones sanitarias.

### **El valor agregado del marco de salud comunitaria**

La salud comunitaria, entendida como un enfoque que integra la atención sanitaria con la participación activa de la población, reconoce que la salud no se construye únicamente en el consultorio o el hospital, sino en los entornos cotidianos donde las personas viven, trabajan y se relacionan. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), este modelo “se

basa en la acción colectiva para abordar las necesidades de salud y bienestar de las comunidades, fortaleciendo su capacidad de autogestión y su poder de decisión”. En este sentido, las clases de gimnasia desarrolladas en la Unidad de Pronta Atención N.º 6 no se limitan a una prescripción de ejercicios: constituyen un espacio de encuentro, intercambio y construcción de vínculos que inciden directamente en la salud física y psicosocial de sus participantes.

En las poblaciones adultas mayores, la dimensión social de la salud adquiere una relevancia particular. El aislamiento, la soledad y la pérdida de redes de apoyo son factores que incrementan el riesgo de depresión, deterioro cognitivo y enfermedades crónicas (Holt-Lunstad et al., 2015). La práctica de actividad física en un entorno comunitario actúa como un catalizador de interacciones positivas, ofreciendo una estructura semanal que no solo organiza el tiempo, sino que provee un motivo para salir del hogar, relacionarse y sentirse parte de un colectivo. Boaventura de Sousa Santos (2018) plantea que “no hay salud sin comunidad”, subrayando que el bienestar individual depende de la pertenencia a redes de solidaridad y reciprocidad.

La experiencia de la UPA N.º 6 demuestra que las actividades físicas colectivas generan un tejido social que trasciende la mera ejecución de ejercicios. Entre saludos, conversaciones y bromas, se refuerzan vínculos que funcionan como soporte emocional y motivacional. Este aspecto, aunque intangible y difícil de medir en indicadores biomédicos, tiene un impacto sustancial en la adherencia a la práctica y en la percepción de bienestar. Enrique Leff (2015), desde la perspectiva de la salud colectiva, enfatiza que las intervenciones que reconocen y potencian el capital social de las comunidades son más sostenibles y efectivas que aquellas que ignoran las relaciones y saberes locales.

La salud comunitaria también favorece la apropiación del espacio público como lugar de cuidado. Al realizar las clases en una institución sanitaria cercana, los participantes asocian el ejercicio con la prevención y el cuidado integral, y no únicamente con un objetivo estético o de rendimiento. Este cambio de significado contribuye a desestigmatizar la actividad física en poblaciones que, por experiencias previas o barreras culturales, pueden percibirla como algo ajeno o inaccesible. En este sentido, la OMS (2018) recomienda que los programas comunitarios de actividad física estén vinculados a centros de salud, escuelas o clubes barriales, para facilitar la continuidad y la articulación con otras estrategias de promoción de la salud.

Además, el marco comunitario permite una mayor flexibilidad y adaptación a las necesidades reales de los participantes. A diferencia de los programas estandarizados que se ofrecen en gimnasios o centros deportivos privados, las clases en la UPA N.º 6 se adaptan constantemente al estado de salud, la condición física y las limitaciones de cada persona. Esta personalización, unida al seguimiento profesional cercano, incrementa la seguridad y la eficacia de las sesiones, especialmente en personas con ECNT. Aquí, el rol del profesional de la Educación Física se amplía, integrando funciones pedagógicas, preventivas y sociales, en sintonía con lo que la OPS (2022) denomina “competencias ampliadas en promoción de la salud”.

Un elemento adicional es la visibilización y valorización de la salud como un proyecto colectivo. La práctica física, cuando se desarrolla en comunidad, se convierte en un bien compartido, cuya continuidad depende tanto del compromiso individual como del sostenimiento institucional. Este enfoque rompe con la idea de que la salud es una responsabilidad exclusivamente personal y refuerza la noción de corresponsabilidad entre individuos, comunidad y Estado. En términos de salud pública, esta visión comunitaria potencia el alcance de las intervenciones, ya que los participantes no solo se benefician, sino que también se transforman en promotores de hábitos saludables en sus entornos familiares y vecinales.

En síntesis, el marco de salud comunitaria aporta una capa de valor que excede los beneficios fisiológicos del ejercicio. Integra dimensiones sociales, culturales y simbólicas que fortalecen la eficacia y la sostenibilidad de las intervenciones, especialmente en poblaciones vulnerables. Lejos de ser un complemento opcional, la comunidad es un componente central del proceso de cuidado. Como sostiene De Sousa Santos (2018), “la emancipación social comienza en el reconocimiento de que nuestros cuerpos están hechos también de los vínculos que cultivamos”. En la UPA N.º 6, esos vínculos se fortalecen cada semana, al ritmo de movimientos que no solo entrenan músculos, sino que tejen redes de salud y solidaridad.

### **Políticas públicas para la promoción de la actividad física comunitaria en poblaciones vulnerables**

Las políticas públicas en salud no solo definen prioridades y asignan recursos: también modelan el acceso, la calidad y la sostenibilidad de las intervenciones. En el caso de la actividad

física como herramienta de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la evidencia indica que las estrategias más efectivas son aquellas que combinan acciones intersectoriales, financiamiento estable y un enfoque de equidad que priorice a las poblaciones más vulnerables (OMS, 2018). Bajo esta perspectiva, programas como el de “Prácticas Saludables” en la Unidad de Pronto Atención N.º 6 representan ejemplos concretos de políticas públicas orientadas a disminuir las desigualdades en salud.

La OMS (2020) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) recomiendan que los Estados desarrollen planes nacionales de promoción de la actividad física que integren a la atención primaria de la salud, reconociendo que los determinantes sociales influyen tanto o más que los factores biológicos. Esto implica articular esfuerzos entre ministerios de salud, educación, desarrollo social y municipios, para asegurar que los programas no dependan de la voluntad de un único actor institucional ni de financiamiento circunstancial. En Argentina, el Plan Nacional de Prevención y Control de las ECNT incluye la promoción de la actividad física como una de sus líneas estratégicas, pero su implementación efectiva requiere traducir las orientaciones generales en acciones concretas y sostenibles en el territorio.

El valor de las políticas públicas en este campo se mide, en gran parte, por su capacidad para garantizar la continuidad. Las intervenciones aisladas o de corta duración, aunque bien intencionadas, tienen un impacto limitado si no logran sostenerse en el tiempo. En contextos de vulnerabilidad socioeconómica, la interrupción de un programa puede significar la pérdida de la única oportunidad de acceso a actividad física supervisada. Según datos de la OPS (2022), las políticas que aseguran una oferta estable y accesible de actividades físicas comunitarias pueden reducir en un 15% la incidencia de sedentarismo en poblaciones urbanas de bajos ingresos en menos de cinco años.

La experiencia internacional muestra que los programas exitosos combinan tres elementos: infraestructura accesible, recursos humanos capacitados y participación comunitaria en el diseño y evaluación. Países como Brasil, con su programa “Academia da Saúde”, han demostrado que cuando las actividades se realizan en espacios públicos equipados, con profesionales formados y con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones, se incrementa la adhesión y se fortalecen los vínculos sociales (Hallal et al., 2010). En este sentido, la UPA N.º 6, aunque en una escala más reducida, incorpora estos principios: un espacio sanitario de proximidad, profesionales de la Educación Física que trabajan en



coordinación con el equipo de salud, y actividades adaptadas a las necesidades y preferencias de la población.

Otro aspecto clave es la integración de la perspectiva de derechos en las políticas públicas. La actividad física debe ser reconocida no solo como un medio para prevenir enfermedades, sino como un derecho humano vinculado al bienestar integral y a la participación social. Esto implica que su promoción no puede quedar sujeta exclusivamente al mercado ni depender de la capacidad de pago de las personas. Como señala la OMS (2018), “la creación de entornos que faciliten la actividad física es una inversión en salud, cohesión social y desarrollo económico”.

En el contexto argentino, esta perspectiva se vuelve aún más relevante considerando la desigual distribución de infraestructura deportiva y recreativa. Un estudio de la Secretaría de Deportes de la Nación (2021) revela que los municipios con mayores índices de pobreza concentran menos del 30% de las instalaciones públicas adecuadas para la práctica segura de actividad física. Frente a esta inequidad, las políticas públicas deben priorizar la asignación de recursos a zonas de alta vulnerabilidad, asegurando que los programas lleguen donde más se necesitan.

Finalmente, el fortalecimiento de políticas como “Prácticas Saludables” requiere también de mecanismos de evaluación y retroalimentación que permitan ajustar las intervenciones en función de los resultados y las necesidades emergentes. La evaluación participativa, que involucra tanto a profesionales como a usuarios, es una herramienta valiosa para garantizar que los programas mantengan su pertinencia y eficacia. En este sentido, la OPS (2014) destaca que las políticas más resilientes son aquellas que incorporan la voz de la comunidad no solo como beneficiaria, sino como co-constructora de las soluciones.

En conclusión, las políticas públicas que promueven la actividad física comunitaria en poblaciones vulnerables no son un gasto accesorio, sino una inversión estratégica en salud y desarrollo social. Asegurar su continuidad, adaptabilidad y enfoque de derechos es fundamental para garantizar que los beneficios del ejercicio físico y de la salud comunitaria lleguen a todos, especialmente a quienes más lo necesitan. El caso de la UPA N.º 6, lejos de ser una excepción, debería ser la regla en una política sanitaria orientada a la equidad y la justicia social.

## Conclusión

La experiencia de la Unidad de Pronta Atención N.º 6 muestra que el ejercicio físico, cuando se organiza en un marco comunitario y con un claro anclaje en políticas públicas, puede transformarse en una estrategia integral de cuidado de la salud. En personas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, estas intervenciones no solo impactan en variables fisiológicas medibles —como el control glucémico, la presión arterial o la fuerza muscular—, sino que también generan efectos positivos en la esfera emocional, cognitiva y social.

El valor agregado del enfoque comunitario radica en que convierte al ejercicio en una práctica compartida, que fortalece vínculos, favorece la adherencia y otorga un sentido de pertenencia y reconocimiento a los participantes. En este proceso, la salud deja de ser concebida únicamente como responsabilidad individual para convertirse en un derecho colectivo, construido en interacción con otros y sostenido por la comunidad.

Finalmente, el análisis de políticas públicas pone en evidencia que la sostenibilidad de estas experiencias depende de decisiones estatales que reconozcan su importancia, garanticen recursos y promuevan la equidad territorial en el acceso. Programas como “Prácticas Saludables” no deben pensarse como excepciones, sino como parte de una política estructural que coloque a la actividad física y a la salud comunitaria en el centro de la agenda pública. Solo de este modo será posible ampliar los beneficios observados en la UPA N.º 6 a toda la población que enfrenta, día a día, las consecuencias de las desigualdades en salud.

## Referencias

- Bherer, L., Erickson, K. I., & Liu-Ambrose, T. (2013). A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *Journal of Aging Research*, 2013, 657508. <https://doi.org/10.1155/2013/657508>
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., ... & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11), 2065-2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>
- Cornelissen, V. A., & Smart, N. A. (2013). Exercise training for blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 2(1), e004473. <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.004473>
- Hallal, P. C., Tenório, M. C. M., Tassitano, R. M., Reis, R. S., Carvalho, Y. M., & Cruz, D. K. A. (2010). Avaliação do programa Academia da Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 15(2), 104–109. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v15n2p104-109>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Izquierdo, M., Cadore, E. L., Casas-Herrero, A., & Marín-Cascales, E. (2021). Exercise as the true polypill for older adults: A physiological overview. *Ageing Research Reviews*, 67, 101267. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101267>
- Izquierdo, M. (2025). El ejercicio como medicina del siglo XXI. *Revista Española de Salud Pública*, 99(1), e202501015.
- Jiménez, C. A. (2018). Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires: un nuevo servicio del subsector público de salud entre los años 2010 – 2015 [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio Hipermedial UNR.

<https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/9776f33b-aee7-4f76-ad0a-09e6a835ac72/content>

Leff, E. (2015). La apuesta por la vida: Imaginación sociológica e imaginarios sociales en los territorios ambientales del sur. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *4.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados principales*. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).  
[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr\\_2018.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr_2018.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2018). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018–2030: Más personas activas para un mundo más sano. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2014). La salud comunitaria en las Américas: Principios y buenas prácticas. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Actividad física en la región de las Américas: Panorama y estrategias. Washington, DC: OPS.

Santos, B. de S. (2018). El fin del imperio cognitivo: La afirmación de las epistemologías del Sur. Madrid: Trotta.

Secretaría de Deportes de la Nación. (2021). Informe sobre infraestructura deportiva y recreativa en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Turismo y Deportes.