

Actividad Física e Imagen Corporal: conceptos y enfoques desde la equidad-inequidad en salud.

Jerónimo Leonardo González Castañeda

Trabajo de grado para optar al título de

Magíster en Actividad Física y Salud

Universidad del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Actividad Física y Salud

Bogotá, 2016

Actividad Física e Imagen Corporal: conceptos y enfoques desde la equidad-inequidad en salud.

Jerónimo Leonardo González Castañeda

Tutor:

Claudia Margarita Cortés

Trabajo de grado para optar al título de

Magíster en Actividad Física y Salud

Universidad del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Actividad Física y Salud

Bogotá, 2016

Contenido

Contenido	3
RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN. UNA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	6
2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.1.1 Sociología del conocimiento y salud.....	122
2.1.2 Sociología del conocimiento y Actividad Física.....	177
2.2. REFERENTES CONCEPTUALES.....	233
2.2.1. Construcción social del conocimiento.....	244
2.2.2 Determinantes Sociales de la Salud (DDSS) y Determinación Social de la Salud (DSS).....	277
2.2.3 Actividad física. Un campo construido desde la tradición.....	311
2.2.4 Imagen Corporal.....	344
2.2.5 Equidad-Inequidad en salud. Una aproximación al concepto	366
3. METODOLOGÍA.....	40
4. RESULTADOS	455
4.1. ANÁLISIS DE CONTENIDO HORIZONTAL. LOS CONCEPTOS DE AF, IC E INEQUIDAD EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	455
4.1.1 Revisión de la categoría de Actividad Física	466

4.1.2 Revisión de la categoría de Imagen Corporal.....	50
4.1.3 Relación entre las categorías de Actividad Física e Imagen Corporal	543
4.1.4 Equidad e inequidad, y el encuadre en los enfoques	55
4.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO VERTICAL. LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA IMAGEN CORPORAL EN LOS LINEAMIENTOS DE LA OMS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS.	57
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	63
BIBLIOGRAFÍA.....	68

RESUMEN

Este trabajo rastrea el tratamiento dado a las categorías Actividad Física e Imagen Corporal en una selección de textos científicos del área de la salud; revisa la relación entre categorías y examina si en dichos textos son abordadas desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud o desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud, usando la categoría de equidad como parámetro y explorando las implicaciones de ello. Su paradigma epistemológico es la construcción social del conocimiento y el eje metodológico el análisis de contenido. Los resultados muestran una construcción insipiente de las categorías, una relación diversa entre ellas y un privilegio del enfoque de los determinantes sociales de la salud en los textos académicos. Finalmente, el trabajo indaga sobre las implicaciones prácticas mediante un análisis de contenido de dos documentos de la OMS. Se concluye que en la práctica sí se reflejan las diferencias de enfoque.

Palabras clave: imagen corporal; equidad en salud; actividad física; conocimiento; ciencia, tecnología y sociedad.

ABSTRACT

This work traces the treatment given to categories Physical Activity and Body Image categories in selected scientific texts of the area of health; reviews the relationship between categories and examines whether these texts are addressed from the perspective of the social determinants of health or the approach of the Social Determination of the Health, using the equity category as a parameter and exploring the implications of this. His epistemological paradigm is the social construction of knowledge and methodological axis content analysis. The results show an incipient construction of categories, a different relationship between them and the prevalence of social determinants approach in academic texts. Finally, the paper explores the practical implications by analyzing contents of two WHO documents. It is concluded that in practice this reflects the differences in approach.

Keywords: body image; equity in health; knowledge; science, technology and society.

1. INTRODUCCIÓN. UNA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Con la apertura de sentido que significó la comprensión del carácter social del conocimiento y de la ciencia se dio una ampliación de los aspectos que se relacionan en diferentes campos del saber y se complejizaron sus modos de abordaje. Siguiendo a Pohl-Valero (2012) el análisis de estos aspectos no solo supone evitar el paso por las dicotomías y compartimentos propios del pensamiento moderno, sino que implica abordar nuestra realidad como algo constituido y agenciado por la relación entre múltiples actores (humanos y no humanos). Desde esta perspectiva, la ciencia y el saber no son solo procesos cognitivos que dan cuenta de los fenómenos naturales o sociales, sino implica una actividad humana colectiva, encarnada en artefactos materiales e inseparable de las configuraciones de la realidad social y de los ejercicios del poder. Así tomados, la ciencia y el conocimiento, pueden ser comprendidos como objetos de estudio, “producto de ciertos modos de vida, como algo construido por seres humanos que viven en sociedades específicas y no como algo revelado” (Pohl-Valero, 2012: 400-407). Este tipo de abordajes han sido dados tanto por la sociología del conocimiento como por los estudios sociales sobre ciencia y tecnología, definiendo un campo de trabajo que explora formas específicas en que se produce, legitima, reproduce y socializa el saber entre comunidades científicas y entre éstas y los grupos sociales precisando ciertos regímenes de verdad.

El campo de la salud no ha sido ajeno a los aportes de la sociología del conocimiento y los estudios sociales sobre ciencia y tecnología. Este tipo de aproximaciones con una mirada social y crítica de la salud, centrados en, retomando a Quevedo et al (2013), los aspectos sociales y culturales de los saberes y conceptos, de las enfermedades y de las epidemias, o en aspectos sociales de la medicina o de la salud que suelen desplegar un bagaje teórico-metodológico propio las ciencias sociales. Este abordaje aporta una mirada comprensiva sobre las formas como se establecen conocimientos y formas de ciencia legítimas que, como dice Quevedo (1997), ejercen el poder de controlar determinados métodos de validación epistemológica y social del conocimiento, en la medida en que logran institucionalizarse y definir conceptos y metodologías de hacer ciencia que condicionan ciertas formas de saber y la reproducción de miradas hegemónicas de conocimiento.

A pesar de los aportes de estas aproximaciones, algunos campos de saber de la salud no han integrado este tipo de análisis. En el caso de la Actividad física (AF), si bien varios investigadores han insistido en la necesidad de revalorar las aproximaciones tradicionales del concepto de AF e incluir en su conceptualización dimensiones holísticas que incluyan lo biológico, lo personal, lo sociocultural, lo político y lo económico, entre otros, se encuentra que la información suele privilegiar las miradas deterministas e individualistas de la AF. Esta perspectiva ha dado cabida a la pregunta por el papel que en dicho campo cumplen la AF y la Imagen Corporal (IC); ha validado su importancia en la prevención de la enfermedad, y ha subrayado su función como promotores de la salud. Derivado de ello, diferentes estudios han verificado (Lee y Skerrett, 2001) la estrecha relación entre la práctica de AF y la presencia/ausencia de Enfermedades No Transmisibles (ENT); han observado, por ejemplo, su incidencia en el control de la obesidad (Duperly, 2000), de enfermedades cardiovasculares y de la hipertensión (MSP Cuba, 1999; Márquez, Rodríguez y De Abajo, 2006).

Además, desde diferentes miradas es evidente la conformación de un terreno de acción e interés en diversos aspectos de la vida social, económica y cultural en torno a la actividad física. Según Antonio Oña (2002), para 2002, en España, existían 18 centros de educación superior que ofrecían programas académicos asociados a la AF. Una rápida revisión en el buscador de Google muestra alrededor de 30 ofertas de educación técnica, profesional y de postgrado en carreras afines con la actividad física solo en Bogotá. La educación física se contempla dentro de las áreas de enseñanza obligatoria en la educación según lo formulado por el gobierno colombiano en la ley 181 de 1995 (y sus posteriores modificaciones) y la ley 115 de 1994. Esto frente a educación; pero también es ampliamente reconocido el efecto benéfico para la prevención de enfermedades crónicas y en general para el bienestar y la salud, al punto que organizaciones como la OMS y la OPS han dedicado trabajos académicos y eventos en torno al tema que resultarían dispendiosos de enumerar. Otra arista del terreno de acción de la AF es el campo de lo simbólico y lo cultural. La Ley 613 de Septiembre 4 de 2000, por ejemplo, “declara a la disciplina del tejo como deporte nacional”. Además, salta a la vista la movilización de imaginarios, modelos de género e intereses económicos que generan mercados como el fitness y el deporte en general; que, además, tiene amplia relación con otros campos de estudio en formación como la IC.

La idea de IC, como la de AF, tiene la perspectiva de constituir un terreno de estudio que atienda a necesidades propias del contexto contemporáneo. La epidemiología ha verificado el amortiguamiento del impacto de enfermedades infecciosas y transmisibles y, al tiempo, el crecimiento de ENT. Producto de la conjugación de factores como los modelos de belleza, los hábitos alimenticios, el estrés, entre otros, ha sido evidente que la idea que cada persona tiene de sí mismo juega un papel importante en la aparición de trastornos de alimentación, depresión o ansiedad. La categoría de IC, en ese sentido, trata de recoger los factores de autoimagen, afectivos y conductuales que intervienen en la producción de malestar personal y social en relación con la percepción propia.

Así, teniendo en común un concepto social del cuerpo, que se construye intersubjetivamente desde la práctica y la autopercepción, se encuentran relaciones diversas e incluso contradictorias entre la AF y la IC.

Esta situación histórica particular de la sociedad en la que aparecen estas dos categorías requiere, a su vez, formas de entenderla y explicarla, de significar sus acciones, intereses y proyectos. En la construcción de tal significación, es importante preguntarse por los elementos que circundan y constituyen ese terreno amplio del hacer social que englobamos en las categorías de AF e IC. Para ello, es fundamental no perder de vista la amplitud de los fenómenos tratados y la complejidad de su relación con otros campos, así como con la estructura en la que se enmarcan. Cabe aquí la acotación de Emilio Quevedo cuando señala que “los saberes se producen siempre en sociedades y culturas que son históricas y, por lo tanto, no están aislados del resto de saberes que se construyen y circulan en dichas sociedades y culturas: la religión, la filosofía, la ciencia, el arte, la tecnología, etc., según la época” (Quevedo, 2012, 270).

Así, visto desde la fundamentación epistemológica, el problema de este trabajo consiste en reconstruir la significación del campo de la AF y la IC a partir de una selección de productos socialmente catalogados como académicos. Pero el problema abarca también otras especificidades.

Si le ponemos punto de fuga histórico, veremos que el estado actual de estas categorías es producto de un proceso dispar y paulatino que corre parejo con la historia de las ideas. Algo

semejante pasa con los conceptos de salud y enfermedad. Tal como lo ha mostrado Quevedo (2012), estos se han modificado con los diferentes paradigmas científicos y el devenir de los acontecimientos sociales. Desde el humoralismo de ascendencia hipocrática al empirismo clínico, o de la biopatología a la medicina antropológica. Las transformaciones han ido ganando profundidad en la comprensión del tema, sumando aspectos relevantes y comprendiendo su relación con otros.

Un momento importante de ese devenir es el posicionamiento de la epidemiología dentro del campo de la salud para significar el proceso salud-enfermedad. Con ella se abre la puerta a la formulación de dos enfoques que tienen en común el reconocimiento del papel del entorno social en dicho proceso, aunque difieren en sus alcances. Hablamos de los Determinantes Sociales de la Salud (DDSS) y la Determinación Social de la Salud (DSS). Para el presente trabajo, estos enfoques constituyen el marco de análisis. Con esto señalamos el punto de atención conceptual; es decir, aunque no se obvian los elementos que, como se dijo, circundan y constituyen el terreno de la AF y la IC, sí se cuidará principalmente de la filiación respecto a estos enfoques, lo que implica tener la vista puesta sobre la relación entre salud, AF e IC. No obstante, dado que los enfoques por sí mismos tienen una perspectiva amplia de lo social, se usará la categoría de Equidad-Inequidad en salud para establecer la correspondencia entre conceptos y enfoques.

La selección de esta categoría tiene, además, el propósito de servir de conector con el análisis de una cuestión, en opinión del investigador, vital: las posibles implicaciones prácticas de las concepciones construidas en el ámbito científico. Es innegable el papel que organismos como la OMS y la OPS tienen como difusores y reproductores de conceptos. Como máximas autoridades de la materia, sus recomendaciones modulan la formulación de políticas públicas en muchos países del mundo. Por esa razón, se considera que una aproximación a los documentos producidos sobre el tema puede servir para sopesar los aportes en dirección a articular los conceptos académicos como base para la mejora en las condiciones de vida de la población. Este trabajo busca así dar respuesta a las preguntas: ¿Cuál es el tratamiento conceptual de la AF y la IC en un corpus científico de la última década? ¿cual es la relación de estas categorías con los enfoques de los determinantes y las determinaciones sociales de la salud?

En coherencia con el planteamiento presentado, el objetivo de este trabajo es identificar el tratamiento conceptual de la AF y la IC en un corpus científico de la última década para revisar su relación con los enfoques en salud y sus implicaciones, con la mediación de la categoría de equidad-inequidad en salud. De él podemos desprender algunos objetivos específicos como observar la relación establecida entre las categorías de AF e IC y las características de su forma de producción en el corpus de literatura científica escogido; determinar el enfoque en salud dominante en dicho corpus; y sopesar las implicaciones de las concepciones de los productos científicos en la formulación de acciones concretas a través de políticas públicas.

En síntesis, se puede afirmar que el trabajo tiene su eje problemático en la construcción y tratamiento conceptual de las categorías de AF e IC en relación con la equidad-inequidad en salud; y para su abordaje asume dos preocupaciones problemáticas: frente a la literatura científica, cuál ha sido el avance en la concepción multidimensional de las categorías y desde qué enfoque se plantean; y frente a las políticas públicas, qué impacto e implicaciones prácticos tienen dichas concepciones.

Para llevar a cabo dicha tarea se realizará una investigación en dos niveles: primero se realizará un análisis de contenido horizontal, donde se aborda un corpus de textos científicos extraídos de motores de búsqueda y bases de datos, para observar el tratamiento de los conceptos y ubicar la tendencia hacia alguno de los dos enfoques identificados. Posteriormente, para revisar las implicaciones prácticas, se llevará a cabo un análisis de contenido vertical de dos documentos formulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la promoción de la práctica de AF, en los cuales se identificarán las nociones relacionadas con AF, se cuestionará la relación que se establece con el concepto de Equidad/Inequidad para precisar cuál es el enfoque en el que se enmarca.

En coherencia con este diseño, el presente estudio empieza por construir un marco teórico general sobre el paradigma epistemológico empleado, sobre los enfoques de DDSS y DSS; y sobre las categorías principales del estudio: AF, IC y Equidad-Inequidad en salud. De esta manera, este trabajo quiere mostrar las particularidades de los conceptos estudiados dentro de la producción científica y, sustentados en la apertura epistemológica, señalar algunos vacíos de esa producción. En este sentido, el trabajo se proyecta desde dos preocupaciones centrales: la

primera radica en si las concepciones teóricas relacionadas con AF han avanzado en la incorporación de factores colindantes con ella y en su abordaje complejo, de manera que se aproximen al todo multifactorial que configura este campo. La segunda se refiere a las posibilidades de impacto concreto de la producción científica sobre la salud de la población; es decir, se quiere atender al tránsito de las ideas entre el momento de producción científica y las acciones en salud que toman los gobiernos. Como se verá en las conclusiones, es en ese terreno donde el análisis de las categorías puede aclarar la necesidad de una mirada más incluyente y abarcadora, para, de esa manera, contribuir de manera efectiva a mejorar las condiciones de salud.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

2.1.1 Sociología del conocimiento y salud

Como antecedentes para examinar la relación de la construcción social del conocimiento y la medicina se tomaron los trabajos de Armus (2002), García (2006) y Quevedo et al. (2013). Estos documentos hacen una minuciosa revisión de la historiografía del área de la medicina desde, por un lado la historia cultural de la enfermedad y por otro de los estudios sociales de la salud. Esto garantiza que se tenga un panorama amplio de las distintas formas en que se ha abordado el campo de la salud desde una mirada amplia y, sobre todo, permite seguir los aportes que han tenido los estudios que trabajan desde una perspectiva de la historia y la sociología del conocimiento. Los trabajos de García y Quevedo, además, tienen la ventaja de llevar a cabo análisis y propuestas desde el propio enfoque de la construcción social del conocimiento. Con lo cual se completa la visión de los estudios que relacionan las dos categorías en cuestión. No solo se tiene un recuento de los mismos, sino que se ve el ejemplo de cómo se pone en práctica la investigación con el enfoque de la sociología del conocimiento.

Armus (2002) encuentra que hay tres tendencias en la historiografía latinoamericana moderna que trata la enfermedad. Todas éstas tienen en común que consideran las enfermedades de manera compleja. Estudian “la medicina como un terreno incierto, donde lo biomédico está penetrado tanto por la subjetividad humana como por los hechos objetivos” (Armus, 2002, p. 47). Superan la visión biologicista integrando al análisis diferentes aspectos sociales, políticos, económicos y culturales. En menor o mayor grado, las tres tendencias aceptan que las enfermedades no se configuran únicamente por lo biológico, sino que son producto de discursos y prácticas de aquellos que han tenido la autoridad en el campo médico. Además, reconocen que la enfermedad también responde a presiones políticas, a valores culturales y a otro tipo de intereses.

La primera corriente es la Nueva historia de la medicina. Ésta “tiende a destacar los inciertos desarrollos del conocimiento médico, dialoga con la historia de la ciencia” (Ídem, p. 43) y también tiene en cuenta el campo de la práctica y del saber médico que quedó en el olvido.

La segunda tendencia importante es la Historia de la salud pública, que recoge el legado del higienismo, del paso del siglo XIX al XX y de las historias nacionales de la salud pública. De ahí hereda el énfasis en el “carácter social de la enfermedad”, el reconocimiento de la influencia de las relaciones de producción en el campo de la salud y el cambio de referencia de la salud individual a la grupal. Con estos insumos, la Historia de la salud pública formula una propuesta que “destaca la dimensión política, dirige su mirada al poder, la política, el estado, la profesión médica. Es, en gran medida, una historia atenta a las relaciones entre instituciones de salud con estructuras económicas, sociales y políticas” (Ídem, p. 44). Esta corriente considera que lo que se aprenda del pasado sirve para mejorar el presente y trazar el futuro, de tal manera que también tiene una pretensión práctica.

La última tendencia es la Historia socio-cultural de la enfermedad. Esta corriente es la más reciente de las tres. En general, ha sido impulsada por estudiosos de las distintas ciencias sociales que, desde la perspectiva singular de cada disciplina, han abordado los problemas de la salud. Este grupo “apenas dialoga con la historia de las ciencias biomédicas” y dirige su atención a cuestiones sociodemográficas, “los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, el rol del estado, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad” (Ídem, p. 45). Hay una tendencia que se soporta “en las interpretaciones foucaultianas de la medicalización y el disciplinamiento”, por lo que interpreta las políticas de salud pública como formas de “controlar a los individuos y a sus cuerpos” (Ídem, p. 46).

Después de exponer los tres enfoques de la historiografía latinoamericana moderna, Armus encuentra que los tres abordan tres temas de manera reiterada. Eso sí, cada corriente lo hace a su modo.

El primer tema importante, y sobre el que más se ha escrito, es el de las epidemias. Desde finales del siglo XIX el análisis de las condiciones sociales tomó parte ineludible en el estudio de

las epidemias. Un conjunto de trabajos se centra en las condiciones sociales en que aparece la epidemia y el papel ejercido por cada uno de los actores en tal coyuntura, poniendo énfasis en la política y los gobiernos. Por otra parte, están los trabajos que “incluyen un examen detenido de los factores biológicos y ecológicos, articulando un diálogo entre historia social e historia de las ciencias biomédicas” (Ídem, p. 48). En este tema llama la atención que algunas enfermedades que la comunidad médica y las fuerzas del poder consideraron epidemias terminaron acaparando toda la atención, mientras otras enfermedades que “a veces mataban y enfermaban más que las epidémicas, no siempre lograban movilizar recursos materiales, profesionales o simbólicos suficientes como para ser percibidas como serios problemas colectivos” (Ídem, p. 49).

El segundo tema que se repite es el de la influencia de la medicina foránea en Latinoamérica. La llegada de doctrinas y prácticas europeas y norteamericanas hace que los médicos locales tengan que tomar posición frente a las doctrinas hegemónicas de los países desarrollados. Unos se hacen promotores, otro cuestionan y otros controvierten y proponen alternativas; en resumidas cuentas “las relaciones entre médicos nativos y especialistas extranjeros fueron complejas, a veces signadas por la subordinación, la alianza, el pragmatismo, el conflicto o la adaptación de las partes involucradas” (Ídem, p. 52). Es bien estudiada la injerencia extranjera en la configuración del campo de la salud. La llegada de misiones extranjeras, en especial de la Fundación Rockefeller, dirigen la organización de las políticas públicas en materia de salud, con un sesgo en “la medicina curativa y de control técnico de las dolencias en desmedro de una medicina más integral y educativa” (Ídem, p. 51).

El tercer tema es la dimensión cultural y social de la enfermedad en sentido amplio. Un primer grupo de estudios se centra en examinar los discursos de la medicina, advierte “la emergencia de un poder médico dedicado a disciplinar los cuerpos, normativizar los umbrales sanitarios generales e influir en las prácticas políticas de la sociedad no tanto como exterioridades sino como inmanencias”. (Ídem, p. 53). El segundo grupo de estudios dentro de este tema hace usos metafóricos de la enfermedad, “han explorado la conexión entre patología y literatura y entre patología, género y cultura popular” (Ídem). Una crítica que se le hace a este grupo es su poca rigurosidad empírica.

El segundo texto que se tiene en cuenta como antecedente es el de García (2006), el cual reconstruye la noción de fiebres del Magdalena, evidenciando el papel que jugaron los intereses y creencias de los encargados de formular dicha noción. La aparición de esta noción se remonta a la década de 1860 y es divulgada por la prensa. Este nuevo concepto abarcaba el conocimiento sobre las fiebres de la tradición médica anterior a la bacteriología y las condiciones socioeconómicas e ideológicas de la época.

Como se mencionó arriba, la incursión de científicos sociales amplió el estudio de la enfermedad. Dentro de los distintos paradigmas que incursionan en el campo, está la sociología constructivista, perspectiva teórica que García toma como marco en su trabajo. Este paradigma surge en contraposición de la historia presentista que asumía el conocimiento médico como no problemático y “las enfermedades como entidades naturales, objetos independientes de la existencia de los médicos, restringiendo con ello su historia a las circunstancias que estimularon su surgimiento” (García, 2006, p. 2). El constructivismo, por su parte, reconoce el papel que juegan los discursos de los intelectuales y las instituciones de la medicina en la configuración de la enfermedad; es decir, reconoce que los conocimientos en el área de la medicina no son diferentes al resto de conocimientos y por tanto son construcciones sociales. Con este nuevo enfoque se puede explicar cuáles y cómo han sido los procesos que han permitido el surgimiento de determinadas prácticas y concepciones médicas.

La concepción constructivista rompe con la tradición que Adrián Wilson calificó de naturalista-realista, que asumía “las enfermedades del pasado de acuerdo con la identidad que se les atribuye en el presente” (Ídem, p.4), con lo cual niega las conceptualizaciones pasadas y “también la historicidad misma de los conceptos modernos, pues se les asigna una validez transhistórica” (Ídem).

El principal argumento para demostrar el error e invalidez de esa teoría se basa en la aparición de la medicina de laboratorio. Este suceso cambia los criterios con lo que se juzgan las enfermedades. Por lo tanto, en sentido estricto, cuando se habla de una enfermedad hoy, no se habla de la misma enfermedad en el pasado; aunque tengan el mismo nombre, no tienen la misma carga ni el mismo significado.

Siguiendo este razonamiento, García asume “la premisa socio constructivista de que las enfermedades no son solamente entidades naturales transhistóricas sino también constructos intelectuales que se articulan en contextos sociales concretos, resultando a su vez articuladores de un conjunto de relaciones sociales” (p. 5).

Al observar el caso colombiano, aparecen dos ramas de la historiografía de la medicina: la primera “ha tenido como propósito buscar en el pasado antecedentes de los avances médicos posteriores” (Ídem, p. 9); la segunda “ha tenido como objetivo incorporar teorías y métodos de las ciencias sociales” (Ídem).

Hasta aquí la parte de la revisión historiográfica que nos interesaba. Ahora pasemos a ver los resultados que obtiene García (2006) al usar el enfoque de la construcción social del conocimiento para estudiar las fiebres del Magdalena. El primer hallazgo consiste en demostrar que la noción sobre las fiebres que se elaboró en Colombia en la segunda mitad del siglo XIX, por parte de los médicos locales, obedeció sobre todo a la asimilación de las teorías europeas que valoraban de manera negativa el clima cálido y lo relacionaban de manera ineludible con las fiebres.

También evidencia que con el impulso y consolidación del modelo del libre cambio, que arrancó con Tomas Cipriano de Mosquera y continuó durante varios gobiernos liberales, y la consecuente expansión del cultivo de tabaco para exportar, hay un creciente interés, por parte de los médicos, en observar las epidemias acaecidas en los lugares en que se producían dichos bienes. Este hecho es el que posibilita el surgimiento del concepto “fiebres del Magdalena”.

El último punto a resaltar del trabajo de García (2006) es haber mostrado que los médicos, al estudiar lo anterior, sostuvieron la conexión causal de participar en la producción de tabaco y las fiebres.

El tercer y último antecedente a tener en cuenta es el artículo de Quevedo et al. (2013). En lo referente al análisis historiográfico, el trabajo identifica la existencia de cuatro tipos de estudios en Latinoamérica. El primer grupo está conformado por los trabajos que dan cuenta de las historias nacionales de la medicina y generalmente fueron hechos por médicos que eran aficionados a la historia. Se caracterizan por lo anecdótico y descriptivo de sus relatos y que no

tienen en cuenta los distintos factores que distorsionan el conocimiento. Una parte de los estudios de este grupo tiene una postura conscientemente positivista y se pueden considerar como los más rigurosos. Hay otros que presentan datos importantes, pero que también muestran errores en el manejo de las fuentes. Otra parte de las obras (la mayoría de ellas) evidencian un claro desdén por la rigurosidad histórico-metodológica.

El segundo grupo de trabajos muestra la siguiente gama de versiones: historias subnacionales, historias de periodos específicos, historias de aspectos específicos de la práctica médica, historias de las enfermedades y estudios de caso concretos. La mayoría de estos estudios adolecen de los mismos defectos metodológicos del primer grupo.

El tercer grupo de estudios está relacionado con la corriente de la Nueva historia de la medicina, tendencia que se explicó unas páginas atrás. Hay unas pocas historias generales pero una abundante cantidad de textos que toman problemas puntuales. Varios de estos textos son escritos por médicos que también tienen formación en ciencias sociales.

El cuarto grupo “contiene una amplia serie de trabajos escritos por historiadores (o científicos sociales) profesionales que se han interesado en la historia social o cultural de la medicina y de la salud” (Quevedo et al. p. 300). Aquí el problema central se ubica en las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas que encierran las enfermedades y las epidemias. La metodología que usan es traída de las disciplinas específicas de cada autor. Lo positivo de estos trabajos es que “todos ellos aportan elementos importantes tanto en lo conceptual como en lo metodológico relacionados con esos otros aspectos sociales y culturales de la enfermedad, la medicina y la salud” (Ídem).

2.1.2 Sociología del conocimiento y Actividad Física.

La Actividad Física (AF) como campo del conocimiento no ha sido ajena a los cambios en los paradigmas epistemológicos. De allí que su concepción se haya transformado y, de hecho, aún se presente como terreno inestable. Muchos trabajos recientes al respecto no solo han apuntado las variaciones históricas del concepto y sus categorías asociadas, sino que han

señalado la necesidad de buscar acuerdos al respecto y han sentado derroteros en el debate. A continuación se revisarán brevemente algunos de ellos.

En primera instancia nos referiremos al trabajo realizado por Antonio Oña, titulado “La ciencia en la actividad física: viejos y nuevos problemas”. Allí, el autor empieza por exponer la dificultad conceptual de consolidar el campo de estudio de la AF dentro del marco científico. A partir de ello, se traza el objetivo de: “identificar las variables críticas que puedan explicar las resistencias que han dificultado la constitución científica de la actividad física, así como, las distintas formas que históricamente han ido tomando” (Oña, 2002, p. 10). El artículo, construido a partir de una revisión documental de fuentes primarias y secundarias, propone la existencia de cuatro problemas generadores de la resistencia para incorporar el campo de la AF en el ámbito enteramente científico. El primero se refiere a la falta de concreción en el objeto de estudio y lo relaciona con la gran variedad de términos asociados, frente a los cuales no ha existido una sistematicidad y operacionalización suficiente. El segundo, denominado “alejamiento científico”, trata sobre condicionantes históricos y culturales que han hecho que la AF se estudie fuera de los marcos de aquello aceptado como ciencia. El tercero aborda la marginación de las instituciones, donde se arguye que, por las mismas características histórico-culturales, la AF ha permanecido alejada del abordaje científico y el estudio universitario, a la vez que se ha relegado a instancias militares o especiales. El cuarto problema aparece como consecuencia de los anteriores y es llamado “artesanía profesional”; esto es, “que el quehacer de sus profesionales se ha sustentado en experiencias particulares o el autor de moda, en lugar de hacerlo sobre el rigor del conocimiento científico y la aplicación de sus tecnologías” (Oña, 2002, p. 12).

En un apartado siguiente, el autor expone las variaciones históricas del concepto de AF, ubicando la raigambre ideológica con que se ha relacionado y explicando cada una de las problemáticas antes expuestas. A continuación se adentra en la definición de los principios del conocimiento científico para, en relación con el apartado anterior, resituar y observar el surgimiento del término AF. De acuerdo a esa relación, y basado en las definiciones de Kuhn, se centra en el análisis de tres escuelas que han abordado la AF (la Psicomotricidad, la Praxiología y la Perspectiva Cualitativa), para sostener que este campo se encuentra en un estado pre-paradigmático.

Luego, situando el desarrollo de sus ideas en su marco contemporáneo, dedica el apartado titulado “El pensamiento de la sociedad” a revisar las posibilidades de inserción del campo en el ámbito científico como se concibe actualmente. Allí concluye que: “la actividad física encuentra hoy las condiciones sociales y culturales para integrarse en la ciencia, como sistema explicativo, instrumental e institucional” (Oña, 2002, p. 30). En consecuencia, propone una “estructura de las ciencias de la actividad física”, derivada de los planteamientos de José María Cagigal, que le apuesta a la interdisciplinariedad del campo como eje para establecer distintos niveles de la ciencia, que corresponden a áreas específicas de estudio; entre ellas anota: biomecánica, fisiología del ejercicio, comportamiento motor y sociología de la actividad física.

Para abordar la situación actual del problema de la “marginación institucional”, dedica un apartado a la evolución de los centros y estudios superiores, donde da cuenta de los avances que, en la última década del siglo XX, produjeron la transformación del profesional de la educación física al licenciado de las ciencias de la actividad física y el deporte. Allí concluye que, la aparición de 18 centros de educación en la disciplina y el aumento en la demanda, demuestran “la valoración favorable hacia nuestros estudios y ámbitos por parte de la sociedad” (Oña, 2002, p. 37). Así como también señala la incorporación de la interdisciplinariedad en los cánones de estudio. Con lo cual declara la “integración plena en la Universidad”. De allí se desprende una nueva concepción del profesional de la actividad física que se inclina hacia la superación del carácter de “artesanía profesional” de la disciplina, abre los campos de acción hacia la salud, la recreación o el entrenamiento deportivo y, a la vez, exige un cambio en la actitud y las estrategias de actuación utilizadas por tales profesionales. Finalmente, antes de concluir con una propuesta para solventar los vestigios de los problemas que orquestan el trabajo, presenta las variantes actuales que han venido asumiendo esos “viejos” problemas.

El interés de este trabajo para el caso que nos ocupa radica principalmente en la apertura del campo de la AF representada en su concepción interdisciplinar. Con ella, el autor incorpora la perspectiva integradora propia de la sociología del conocimiento. Por otra parte, su interés por evaluar el carácter científico del conocimiento producido señala el vuelo tomado por el campo y esboza, principalmente en el ámbito educativo, su relevancia como potencial transformador de la calidad de vida de las personas. Así mismo, la discusión entablada por el autor en torno a la

definición del campo, sus alcances y objeto de estudio, muestra la necesidad de avanzar en la definición de tales aspectos.

Revisemos ahora dos trabajos cuyos ejes comunes son centrarse en la categoría de Cultura Física; y haber sido producidos en el marco de la actividad académica de la Facultad de Cultura Física, Deporte y Recreación de la Universidad Santo Tomás. El primero, llamado “Una mirada desde la determinación social de la cultura física como fenómeno social” (Camargo, Ovalle y Rubiano, SF), es un informe parcial de investigación del grupo GT 23: Sociología del Deporte, Ocio y Tiempo Libre; el segundo, titulado “La cultura física y el deporte: fenómenos sociales” (Camargo, Gomez, Ovalle y Rubiano, 2013), fue publicado en la Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública en 2013. Ambos documentos se proponen “identificar las concepciones y enfoques de la cultura física y el deporte en los diferentes momentos de la historia, planteados desde la lógica del modelo de la determinación social propio de la epidemiología crítica”, razón por la cual se expondrán paralelamente diferenciándolos sólo en las citas correspondientes.

El planteamiento de los autores está motivado, principalmente, por la inexistencia de la categoría Cultura física en la formulación de Políticas públicas en el nivel nacional. Consideran de vital importancia esta incorporación con miras a una conexión eficiente entre la producción académica y la puesta en marcha de proyectos que repercutan en las condiciones de salud, bienestar, educación y recreación de la población. Los trabajos consisten en una revisión bibliográfica de acuerdo con criterios de inclusión de textos académicos (tanto artículos como literatura gris), a partir de motores de búsqueda y bases de datos. En ellos identifican la presencia persistente de las categorías de cuerpo, cultura y movimiento como asociadas a Cultura física, y afirman que la relación que se plantea entre tales categorías “debe trascender la mirada biologicista, anatómica y clínica con la cual se ha abordado el cuerpo y el movimiento, ampliando estos conceptos con un enfoque social e incluyendo el concepto de Cultura, el cual va más allá de lo individual y se proyecta hacia el colectivo” (Camargo et al., SF, p. 1).

A partir del análisis del canon de textos estudiados, plantean cinco perspectivas de abordaje de la Cultura física que emergen de ellos: desde la Educación Física, desde la corporeidad, desde el deporte, desde la dupla AF y Salud, y desde las políticas públicas. Se consolida así una mirada múltiple de la categoría y se presentan diferentes focos de atención que

constituyen centros de interés de la disciplina. En coherencia con el trabajo anteriormente expuesto se evidencia la confluencia de diversas áreas de estudio que consolidan un campo con dominio propio en busca de consolidación.

Como conclusión, plantean que “el concepto de cultura Física no tiene un fundamento teórico fuerte en el cual se pueda identificar el mismo en Colombia” (Camargo et al., SF, p. 10), así como la necesidad de generar un modelo de estudio de la Cultura física que articule la multiplicidad de factores que incorpora y que “permitirá comprenderlos fenómenos sociales en tres dimensiones: la singular, propia del sujeto; la particular, propia del entorno cercano y los grupos poblacionales; y la general, que comprende las relaciones estructurales provenientes de las políticas, la legislación y los modelos económico políticos propios de los contextos” (Camargo et al., 2013, p. 124). En el “avance de investigación” terminan proponiendo el esquema para el modelo de análisis de la cultura física, desde la determinación social, que se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1. modelo de análisis de la cultura física, desde la determinación social Tomado de: (Camargo et al, SF, p. 11)				
RELACIONES ESTRUCTURALES DOMINANTES	LOGICA DETERMINANTE DE LA CULTURA FISICA	MODOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA	CONDICIONES GENOTIPICAS Y FENOTIPICAS
Modelo Económico Producción Consumo Modelos Educativos	Imaginarios y representaciones sociales. Derechos sociales. Conceptos hegemónicos. Intereses políticos – relaciones de poder	Patrones de actividad física en la sociedad Patrones pedagógicos Patrones culturales Concepción y vivencia del cuerpo. Mirada biologicista. Concepto relación cultura- cuerpo- movimiento Deporte – valores sociales	Practica regular de actividad física. Hábitos alimenticios. Cuerpos físicamente sanos. Entrenamiento deportivo Ejercicio Físico Deporte- rendimiento Educación Física: corregir el cuerpo?	Carga - Sobrecarga Peso adecuado- Sobrepeso Activo - Sedentario Percepciones Emociones Enfermedades crónicas no transmisibles.

Para cerrar este apartado, revisaremos algunos apartes del “Documento marco que sustenta la relación del grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano con los currículos de los programas de pregrado de rehabilitación de la escuela de medicina y ciencias de la salud”, elaborado por Jorge Correa (2010). En este texto, la relación principal se da entre los conceptos de AF y Desarrollo Humano. Allí se resalta que “al concebir la actividad física desde una perspectiva amplia de la acción humana, esta se convierte en experiencia perceptivo-motora de exploración y reconocimiento del mundo y la realidad que nos rodea” (Correa, 2010, p. 4). En este sentido, la AF se presenta como un espectro que incluye distintos ámbitos de la vida cotidiana, coincidiendo con la concepción múltiple del campo disciplinar que plantean los trabajos anteriores. De hecho, al exponer su “Aproximación al Área de Profundización en Actividad Física y Desarrollo Humano”, el autor enuncia la necesidad de “la comprensión del fenómeno de la actividad física desde una perspectiva multidisciplinaria” (Correa, 2010, p. 15). Se entiende, pues, como una experiencia personal y una práctica sociocultural con incidencia potencial sobre la salud y el lazo social, que “requiere de la comprensión de una serie de determinantes sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales que condicionan el hecho de ser activo o no dentro de la vida de las personas” (Correa, 2010, p. 7).

En este mismo sentido, la práctica de la AF se torna en un factor promotor de salud y bienestar; en ese sentido, “la calidad de vida y la salud se convierten en una sinergia continua, en donde los ámbitos y las relaciones de los individuos caracterizan sus necesidades y la satisfacción de estas. Así pues, la promoción de la actividad física permite construir alternativas para resolver colectivamente las necesidades sociales e individuales” (Correa, 2010, p. 9).

Resulta relevante de las formulaciones de este trabajo el énfasis en el abordaje de las dimensiones biológicas y socio-culturales dentro del campo de la AF como una pareja articulada. Muestra de ello es su definición como una de las líneas de investigación del grupo.

En síntesis, es rastreable la multiplicidad de fuentes que estos antecedentes incorporan en el estudio de la AF, validando el carácter de punto de confluencia del campo. Es, pues, evidente que el fundamento epistemológico de la sociología del conocimiento es campo propicio para observar las posibles interrelaciones de los elementos, ciencias y disciplinas confluentes. Así mismo se identifica la indefinición que rodea la categoría y, por tanto, la necesidad de explorarla.

Tanto más, cuanto la AF como campo en construcción muestra importantes posibilidades de incidencia en las condiciones de calidad de vida y bienestar de sus practicantes.

2.2. REFERENTES CONCEPTUALES.

En el siglo XX se generó una apertura en la concepción epistemológica que brindó posibilidades de comprensión de los diferentes fenómenos con una perspectiva interdisciplinar y compleja. El concepto de salud y bienestar humanos ha logrado por este medio incorporar un sinnúmero de factores que han menguado el énfasis biologicista imperante, y han mostrado la profunda relevancia de las estructuras socio-culturales y económicas, así como de sus implicaciones axiológicas, en el estado de salud de grupos poblacionales diferentes. Entre las múltiples ventajas que representa esa incorporación se cuenta el potencial propositivo, que permite proyectar acciones para el mejoramiento de las condiciones de vida de dichas poblaciones.

Partiendo de este marco, a continuación se exploraran las categorías centrales del presente estudio para mostrar la importancia de indagar en torno a los diferentes factores que influyen en el estado sanitario de una población. En primera instancia, para situar el marco epistemológico general que da cabida al cruce de categorías y exponer las coordenadas desde las que se enuncia este análisis, se presenta el concepto de Construcción Social del conocimiento, con lo que se proyecta, además, la perspectiva metodológica que orientará la indagación en torno a las categorías señaladas.

Posteriormente, para ubicar las categorías centrales en el marco de los enfoques de las posibles acciones en salud, se exponen los enfoques de Determinantes Sociales de la Salud y Determinación social de la salud, haciendo énfasis en sus diferencias. Luego se abordará el concepto de Actividad Física (AF), en el que se recogen algunas de sus variaciones diacrónicas y geográficas resaltando que, en general, se muestran de acuerdo en su importancia en términos de los beneficios que representa para la salud. Y se expondrá lo relativo a la Imagen Corporal (IC), donde se busca dimensionar sus implicaciones subjetivas (que no individuales).

Finalmente se revisará el concepto de Equidad-Inequidad, el cual nutre la perspectiva de los dos anteriores y encadena sus perspectivas a los enfoques antes anotados.

2.2.1. Construcción social del conocimiento

Para enfrentarnos al problema epistemológico que nos plantea la caracterización de los conceptos base de este trabajo, nos apoyaremos en la sociología del conocimiento; disciplina que se “ocupa de la relación entre el pensamiento humano y el contexto en que se origina” (Berger y Luckmann, 2003, p. 15). Así se podrá entender que las ideas que se tienen de la sociedad están determinadas por la sociedad misma en que se conciben. Es decir, la realidad se construye socialmente.

Es menester hacer un corto recorrido histórico de la formulación intelectual de la relación entre las ideas y la sociedad en que aparecen. En sus *Pensamientos*, después de evocar un diálogo en el que un asesino deja de ser tal dependiendo de la orilla del río a la que pertenece la víctima, Pascal recuerda que cada quien vive según las costumbres de su país, para luego rematar: “Tres grados de elevación con respecto al Polo trastornan toda la jurisprudencia, un meridiano decide acerca de la verdad; (...) ¡Valiente justicia que es limitada por un río! Verdad más acá de los Pirineos, error más allá.” (Pascal, 1981, p. 48)

Con este pasaje se abre la puerta para entender que la interpretación que se tiene del mundo no es el mundo como tal, sino que lo que se cree sobre el mundo también depende de quién lo crea y del contexto social desde donde enuncie. Así, según la sociedad a la que se pertenece, se toman unas ideas como “realidad” y otras no. De tal manera que la “realidad” y el “conocimiento” tienen relatividad social. Y aquí es donde juega un papel central la sociología del conocimiento que indaga “si las diferencias entre unas y otras realidades no puede entenderse en relación con las diversas diferencias que existen entre unas y otras sociedades” (Berger y Luckmann, 2003, p. 12). Entendiendo realidad como la “cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos hacerlos desaparecer)” y conocimiento como la “certidumbre de que los fenómenos son reales y de que

poseen características específicas” (Berger y Luckmann, 2003, p. 11). Definiciones que vamos a aceptar de aquí en adelante.

Uno de los hitos fundamentales en el desarrollo de la tesis de que el conocimiento se construye socialmente (idea que, como se vio, abre con Pascal y tiene, como se verá, una de sus formulaciones más refinadas en Berger y Luckmann) es la filosofía marxista. Marx y Engels aceptan que el movimiento histórico tiene una motivación consciente, pero el hecho de que muchos resultados históricos no corresponden con los motivos que los impulsaron, los hace cuestionarse sobre las causas que están detrás de tales motivaciones. El resultado al que llegan y que es “la esencia del marxismo científico consiste en el conocimiento de la independencia de las fuerzas realmente motoras de la historia respecto de la conciencia (psicológica) que tengan de ellas los hombres” (Lukacs, 1984, p. 126). Las fuerzas económicas, las relaciones de producción, son en últimas las que impulsan el movimiento de la historia. Así que los hombres no actúan como iluminados, sino arrastrados por su ser social concreto, por las condiciones materiales en que se encuentran.

Idea resumida en el célebre prólogo a la Contribución de la crítica de la economía política, donde Marx afirma que “no es la conciencia de los hombres la que determina su existencia, es por el contrario la existencia social la que determina su conciencia.” (Marx, 1971, p. 9). Este punto es fundamental para la sociología del conocimiento porque pone de manifiesto que las ideas y el conocimiento dependen del ser social del sujeto pensante.

Así que los individuos piensan y creen cosas de acuerdo a su lugar en el mundo. El conocimiento de la realidad está mediado por el ser social, lo cual hace que para el pensamiento burgués la realidad y las leyes que lo rigen parezcan inmutables y eternas. A lo que Marx contrapone “un criticismo, una teoría de la teoría, una consciencia de la consciencia” (Lukacs, 1984, p. 127). La crítica a la conciencia aporta a la sociología del conocimiento varias nociones importantes: ideología, “ideas que sirven como arma para intereses sociales”; falsa conciencia, “pensamiento alejado del ser social del que piensa”; infraestructura y superestructura: “actividad humana y mundo producida por esa actividad respectivamente.” (Berger y Luckmann, 2003, p. 17).

Con una concepción del mundo diametralmente opuesta a la de Marx, Nietzsche también aporta elementos. Define el “pensamiento humano como instrumento de lucha por la supervivencia y el poder” (Berger y Luckmann, 2003, p. 18). Además de resaltar que el resentimiento genera ciertos tipos de pensamiento humano, postulado que fue “adoptado directamente por Scheler” (Berger y Luckmann, 2003, p. 18).

Otro antecedente importante para la sociología del conocimiento y la postulación de la construcción social de la realidad es el historicismo. Esta corriente reconoce la “relatividad de todas las perspectivas sobre el acontecer humano, vale decir, de la historicidad inevitable del pensamiento humano.” (Berger y Luckmann, 2003, p. 19). Aunque el historicismo hace énfasis en la relatividad histórica al afirmar que “ninguna situación histórica podía entenderse salvo en sus propios términos” (Berger y Luckmann, 2003, p. 19), la sociología se apropia de la idea dándole una visión más amplia. Así que la relatividad histórica del conocimiento solo es una parte de lo que debe ser en postulado central: el conocimiento tiene “ubicación social”.

Resumiendo lo visto hasta ahora se puede plantear que aunque hay una realidad independiente de nosotros, estamos presos de factores materiales, económicos y sociales (Marx), factores emocionales y viscerales (Nietzsche) y factores históricos (Historicismo) que no permiten que conozcamos la realidad tal cual es, sino que influyen y distorsionan la forma en que conocemos.

Lo que Berger y Luckmann (2003) consideran su mayor quiebre con el resto de la sociología del conocimiento es el cambio de foco en el análisis. Los teóricos anteriores le habían dado una importancia central al estudio de las formulaciones teóricas de los intelectuales. Pero hay varias razones para aseverar que es muy restrictivo estudiar la historia de las ideas, la teorización. En primer lugar, solo unos pocos teorizan; segundo, hay la tendencia a magnificar el peso del pensamiento teórico en la sociedad y en la historia; tercero, las formulaciones teóricas no agotan lo real. Por lo tanto es necesario ocuparse de “*todo*” lo que se considere conocimiento en la sociedad, poniendo especial énfasis en lo que la gente piensa en su vida cotidiana. Como lo plantean ellos de forma resumida y categórica: “La sociología del conocimiento debe, ante todo, ocuparse de lo que la gente conoce como “realidad” en su vida cotidiana, no teórica o preteórica.

Dicho de otra manera, el “conocimiento” del sentido común más que las ideas debe constituir el tema central de la sociología del conocimiento” (Berger y Luckman, 2003, p. 29).

Para analizar la vida cotidiana uno de los elementos más importantes es el de interacción. Los individuos en sociedad comparten con otros y con sus visiones de realidad. Es un proceso dialéctico continuo en el que participa el individuo, el mundo, su “conocimiento”, los otros y el “conocimiento” que tienen los otros del mundo. La sociedad se “entiende en términos de un continuo proceso dialéctico compuesto de tres momentos: externalización, objetivación e internalización” donde un miembro individual de la sociedad “externaliza simultáneamente su propio ser y el mundo social y lo internaliza como realidad objetiva. En otras palabras, estar en la sociedad es participaren su dialéctica”(Berger y Luckman, 2003,p. 162).

2.2.2 Determinantes Sociales de la Salud (DDSS) y Determinación Social de la Salud (DSS)

Con el avance de la revolución industrial y, el proceso de crecimiento acelerado en las ciudades, la medicina social fue cobrando mayor relevancia como campo de investigación que abriría nuevas perspectivas de solución a los problemas de salud pública. Es así como a partir de la segunda mitad del siglo XX, se han venido configurando dos enfoques epidemiológicos principales en torno a la comprensión social de la salud: el primero se derivó de la tradición epidemiológica clásica y se transformó en la epidemiología social anglosajona, base de los Determinantes Sociales de la Salud (DDSS); y el segundo se planteó como una propuesta alternativa, y devino de la medicina social y salud colectiva latinoamericana, base del enfoque de la Determinación Social de la Salud (DSS). (Borde, Morales, Eslava, Concha, 2013)

En este orden de ideas, las políticas económicas aplicadas para solucionar los problemas de salud pública son las diversas interpretaciones que tienen los gobiernos sobre los planteamientos teóricos establecidos. Por esta razón el debate sobre aquellas categorías ontológicas del paradigma económico dominante, cobra relevancia en el momento de intentar definir que son los Determinantes Sociales en Salud (DDSS) o la Determinación Social de la Salud(DSS), debido a que las bases del modelo económico establecen los conceptos planteados por los Hacedores de

Política Económica (policymakers) para la ejecución de los programas de salud, en definiciones tan sensibles tales como: salud-enfermedad, individuo, entorno social, entre otros.

En este sentido, se hará una revisión general sobre los principales enfoques teóricos como son DDSS y DSS, para, con ello, entender cómo se construyen las políticas públicas y aproximarse a la relación salud-enfermedad, equidad-inequidad.

Los DDSS.El debate acerca de las definiciones planteadas por organismos internacionales como la OMS en la dirección de entender qué y cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud, así como las diversas interpretaciones que tiene cada país sobre esta cuestión, suscitó la idea de crear la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) a mediados del siglo pasado, liderada por científicos tales como Whitehall, Marmot y Diderichsen, entre los más relevantes; quienes en su informe de la Comisión corroboran que las condiciones de vida determinan la manera como las personas se enferman y mueren. (Borde, et al; 2013, p. 799)

Ahora bien, los conceptos de los DDSS se orientan por los principios del Estado de Bienestar, bajo las tesis neoliberales, en donde definen la estratificación social con base en los contextos sociales y estos determinan los estados de salubridad, dependiendo de las diferencias en educación, ingresos, acceso a servicios básicos, etc. En otras palabras, las condiciones en que viven y trabajan los individuos. Lo cual implica que las políticas públicas están orientadas hacia el mejoramiento de estas condiciones, y no hacia los factores de fondo que producen las desigualdades, tales como inequidad en los ingresos, distribución de la tierra o acceso a la educación. (Rubio, 2013,p. 89)

En este orden de ideas, según Caballero, Moreno, Sosa, Figueroa, Vega y Columbié (2012), los estudios realizados por Wilkinson y Marmot indican que los principales factores determinantes de la salud de la población y sus diferenciales son: la existencia de redes de apoyo social, los niveles de empleo y las condiciones de trabajo, el entorno psicosocial y demográfico, el sano desarrollo durante la primera infancia, los niveles de exclusión social, la presencia de situaciones de adicción, la existencia de alimentos adecuados y las políticas de transporte. En cada caso, se hace énfasis en el rol que desempeñan las políticas públicas en la configuración del entorno social y en su potencial incidencia sobre una mejor salud.

En síntesis, los DDSS tratan de identificar los factores que se perfilan como decisivos en la buena salud de una población para modelarlos en virtud de la posibilidad de incidencia mediante acciones concretas, como la formulación de políticas estatales o programas asistenciales de la empresa privada.

La DSS. El concepto de medicina social inicia un proceso de construcción epistemológica a finales de la década de los años sesenta del siglo pasado bajo la influencia de diversas corrientes de pensamiento marxista (Borde, et al.; 2013); con el ánimo de estructurar soluciones en salud pública, acordes a los procesos de construcción social latinoamericana que fueran implementados por los diversos gobiernos.

Como señalan Breilh y colaboradores (2002), el planteamiento de la Medicina Social es el resultado de una revisión crítica de la epidemiología clásica, también conocida como desarrollista, la cual está construida bajo la influencia teórica del Estado de Bienestar. Una de las principales características de divergencia de la Medicina Social, radica en la forma de abordar el problema: “define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo, es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina.” (Breilh, Estrada, Iriart, Merhy, y Waitzkin, 2002, p. 130)

En este orden de ideas, se replantean conceptos básicos, tales como salud-enfermedad, con un enfoque dialéctico; esto es, tiene en consideración el contexto social del individuo las variaciones del ambiente -familiar, laboral, educativo- con una perspectiva histórica del proceso, para, de esta forma, identificar las razones por las cuales surgen las enfermedades y las muertes. Lo anterior está encaminado a ofrecer en la praxis soluciones que permitan a la sociedad construir modelos sanitarios que garanticen la debida atención de los individuos bajo parámetros de equidad y plenas garantías de acceso a toda la población.

En el proceso de construcción epistemológico, han surgido otras declaraciones tales como la de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y del Centro Brasileiro de Estudios de Saue (CEBES), que han intentado definir el concepto de Determinación Social como: “categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo del pensamiento empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan.” (Mejía, 2013, p. 29)

Ahora bien, la definición anterior trae varios puntos que son de difícil determinación, uno de ellos es la percepción de qué es la realidad en sus diversas dimensiones y, suponiendo que se pudiese llegar a un acuerdo al respecto, quedaría un paso más difícil de salvar: qué política pública implementar para dar solución a los problemas encontrados en esa realidad establecida. Por ello, no existe una respuesta explícita, sino acuerdos parciales que pueden brindar soluciones bajo los parámetros de política económica dominantes. Es decir, bajo el modelo neoliberal imperante en Colombia, por poner un ejemplo, la Ley 100 de 1993 ha sido una propuesta encaminada a construir un sistema de salud “eficiente” dejando de lado el problema de la equidad, lo cual ha traído beneficios para las empresas prestadoras de salud, con avances en los indicadores de cobertura, pero con graves deficiencias en acceso a la prestación de servicios básicos y con retrocesos en cuanto a los problemas estructurales de la Salud Pública, tales como la desnutrición y condiciones de salubridad básicos (Acero, Caro, Henao, Ruiz, y Sanchez, 2013, p. 105).

Comparación DSS y DDSS. Uno de los principales problemas que enfrenta una sociedad es la construcción de un sistema de salud pública que logre hacer frente a las diversas necesidades de los individuos en cuanto al acceso básico de sus necesidades. Allí subyacen varias definiciones acerca de aquello que puede considerarse como un camino ideal para la solución del problema de acceso y cobertura en salud, a la par de establecer los principios básicos en cuanto a otras necesidades de la comunidad científica tales como incentivar la investigación y publicación de artículos, libros y encuentros académicos que posibiliten la solución de primera mano de las necesidades en salud de la comunidad.

Por esta razón, cabe resaltar las diferencias entre los DDSS y DSS en la forma de plantear el problema y, por medio de esta comparación, poder analizar los diversos mecanismos de política pública que utilizan para ofrecer soluciones.

Por un lado los DDSS entienden la sociedad en su realidad poblacional como sumatoria de individuos, sostienen una perspectiva funcionalista de la sociedad, definen la estratificación social con base en los contextos sociales los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos; de allí que entiendan que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de la inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder en la sociedad (Borde, et al, 2013).

De otro lado, la DSS asume la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, sostienen una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social. Es decir, identifica las distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender su dialéctica y la génesis de las desigualdades e inequidades, por lo cual considera que las condiciones materiales vienen impuestas, pero que al comprender los mecanismos económicos y las relaciones de poder se pueden ofrecer soluciones de fondo a los problemas de salud. (Borde, et al,2013, pp.799-801).

2.2.3 Actividad física. Un campo construido desde la tradición.

La actividad física (AF), entendida como movimiento, aparentemente tiene una historia renovada, pero los beneficios que proporciona tienen unos antecedentes de larga duración. En las diferentes civilizaciones y culturas se ha considerado la AF como medio para preservar o mejorar la salud (Paffenbarger et al., 2001). En la medicina Antigua China, India y Griega se hacía

referencia al ejercicio como promoción y cuidado de la salud (Lopez Chicharro, 2008). En los comienzos de la medicina occidental se consideraba a la gimnasia como parte elemental para la formación y educación (Lain Entralgo, 1982).

Ya en el marco de la medicina occidental, durante la Edad Media, la salud y la enfermedad desde una lógica clasificatoria, construyen los elementos relacionados con la AF como “estados próximos a la experiencia cotidiana de la existencia”, de acuerdo a Pedraz (1997, p. 6). En este sentido esta práctica corporal está en conexión con, por un lado, lo orgánico y lo biológico y, por otro lado, el desorden, la moral y la integridad espiritual. Retomando a Bryan Turner (2008, pp. 57-77), podemos afirmar que la salud y la enfermedad antes del renacimiento se entroncaron en el discursivo de la teología, donde tener salud era tener santidad, virtud y ejemplaridad. Al contrario, tener enfermedad se traducía como estar en una situación indeseada; crimen y enfermedad eran indiferenciables en este contexto. En el marco de la medicina científica (siglo XIV- XIX), cuando el cuerpo fue desacralizado y se convirtió en un objeto de exploración, racionamiento y acción, la AF se vinculó con la necesidad de implantar desde medidas higiénicas, una regulación y normalización de las prácticas corporales en busca de un proceso salud-enfermedad que priorizaba una política correctora (Pedraz, 1997; Turner, 2008; Porter, 1999; Rosen, 1993). En el siglo XX, en medio de las transformaciones que trajo el reconocimiento de la multi-causalidad al campo de la salud, las investigaciones en actividad física en salud cobraron importancia. Es de resaltar los aportes de Morris y Paffenbarger quienes, desde trabajos realizados en Londres, desarrollaron algunas investigaciones sobre la actividad física y enfermedades coronarias (Morris et al., 1953).

Por un lado, Jeremiah Noat Morris es considerado como el creador de la epidemiología de la actividad física (Blair et al., 2010). Morris demostró, en la década de los cincuenta (1953) que la actividad física vigorosa tenía un resultado protector contra la mortalidad temprana por enfermedad coronaria (Morris et al., 1973; Chave et al., 1978; Morris et al., 1980). Sus observaciones a partir de la cantidad de ejercicio realizado por los conductores y los cobradores de los autobuses londinenses le permitió concluir que primero, existe una relación entre la práctica diferenciada de AF de acuerdo a los contextos socioculturales; segundo, hay una contribución relativa de la “dosis” de actividad física, y de otros elementos individuales (genética), para explicar esta relación; tercero, esta relación está mediada por mecanismos

biológicos; y cuarto, en cada sociedad se deben implantar programas de práctica física sostenidos y sostenibles en el tiempo (Aracil y Moya, 2011) .

Por otro lado, Paffenbarger demostró la relación de beneficio que tiene la actividad física y padecer menos enfermedad cardiovascular (Paffenbarger, R. S., et al. 1978). En estos aportes evidenciaba la relación entre el gasto energético (cuantificación de las calorías consumidas) en actividades cotidianas como andar, subir escaleras y práctica de deportes de ocio y su efecto en la reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y el aumento de la esperanza de vida. Sus conclusiones apuntan a evidenciar el lugar en la morbimortalidad del sedentarismo (Paffenbarger, 1978; Paffenbarger, 1986). Derivado de estos estudios, el concepto consolidado de AF se puede enunciar como: “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (OMS, 2004; Perez et al, 2012; Arenas, 2008) El aporte científico de Paffenbarger y de Morris en actividad física y salud, ilustraron y causaron la inclusión de la actividad física a las políticas públicas en el mundo (Andrade y Igneseewski, 2007; Blair et al., 2010). Desde este momento los países han tomado estas contribuciones para que la AF sea tomada en cuenta en instituciones gubernamentales para el beneficio y algunos para costos en la salud. Esto permitió que la actividad física surgiera como espacio interdisciplinar de trabajo. Espacio que ha permitido un aproximación rica a mejorar y prevenir algunas enfermedades (OMS, 2004).

De esta manera, el estudio de la AF y su vínculo con la salud pueden diferenciarse algunas tendencias. La primera, está centrada en comprender como la AF es sinónimo de intervención y rehabilitación. En este sentido la acción se centra en la enfermedad y en la discapacidad/incapacidad. Los aportes de la AF parten de considerar como la terapia mejora la salud. Los estudios bajo esta tendencia reconocen en que forma los elementos biológicos, psicológicos y sociales permitiendo la participación de las personas rehabilitadas en la sociedad (Oña, 2004). Esta tendencia apela por estudios que ubican al individuo como un sujeto que se está transformando desde el proceso salud-enfermedad (Vidarte et al, 2011). La segunda tendencia, está compuesta por trabajos que prioriza el entrenamiento (Weineck, 2005). Nos muestra que la fisiología del rendimiento y la biología del deporte mejoran y fortalecen la salud, a través de formas de trabajo motor y algunos factores aislados de rendimiento deportivo, logrando así mejorar sus resultados en el alto rendimiento. El tercer enfoque es la educación, cuando se habla

de esta, se hace imprescindible hacer referencia al colegio donde los niños, niñas y jóvenes son la clave para la promoción de la salud desde estas edades, donde la educación física es fundamental para empezar hacer conciencia en que si se hace actividad física mejorarán o mantendrán una buena salud. (Devís y Peiró,1992)

2.2.4 Imagen Corporal

Tal como lo afirma el profesor Alfredo Martínez Sánchez (2006) a propósito de la lectura del libro *Una historia del cuerpo en la Edad Media*, “El cuerpo humano se ha convertido en un fecundo lugar de intersecciones disciplinares”. De esta forma expresa la concepción compleja y holística que se ha planteado sobre el tema a partir del cuestionamiento frente a la dicotomía mente-alma/cuerpo-carne, de origen platónico y que está en la base del pensamiento cartesiano (Courtine, Corbin y Vigarello, 2005; González y González, 2010). Con esta perspectiva, desde finales de la primera mitad del siglo XX, se han explorado diferentes formas de concebir el cuerpo apuntando hacia su integración en el sistema del yo (Merleau-Ponty, 1994). Los planteamientos del fenomenólogo Maurice de Merleau-Ponty han sentado las bases para entender el cuerpo ya no objetualmente, como ajeno al sujeto, sino como parte integrante de la subjetividad; así pues, en palabras del francés, se trata de “un nudo de significaciones vivientes, y no una ley de un cierto número de términos covariantes” (Merleau-Ponty, 1994, p. 168). Es como resultado de esta re-conceptualización del cuerpo que se empieza a propender por un abordaje que compendie las diferentes dimensiones que en él interactúan y que supere la exclusividad del biologicismo imperante. Teniendo de presente esta concepción, a continuación se revisará el concepto de Imagen Corporal y se expondrán algunas de sus principales implicaciones.

La Imagen Corporal, que lleva implícito el reconocimiento subjetivo (Gonzalez y Gonzalez, 2010, p. 175), “constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona” (Raich, 2004, p. 16). Esa representación, sin embargo, no opera desde un afuera ajeno a quién representa, sino que es constitutiva de él; hay pues una unidad entre lo representado, los medios sensoriales para representarlo y el sujeto abstracto que elabora la

representación. En este sentido es fundamental sopesar que la Imagen Corporal “se construye histórica y culturalmente, está conformada por la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich, 2001) (Citado por Mancilla, Vázquez, Mancilla, Amaya, y Alvarez, 2012,p. 62). Hay que agregar también que, además de lo anterior y como lo afirman Salaberria, Rodríguez, y Cruz (2007), la imagen corporal tiene un carácter evolutivo con acuerdo a intervalos etarios, de manera que los criterios subjetivos de valoración del cuerpo propio varían con relación a la edad y, claro, al marco contextual donde se ubica.

Sistematizando los diferentes factores que interactúan en la construcción de la Imagen Corporal, Thompson (referenciado por Meneses y Moncada, 2008; Salaberria et al., 2007; Raich, 2004) los agrupa en tres tipos de aspectos: 1) Aspectos perceptivos: relativo a la precisión con que el sujeto percibe la forma, tamaño y peso del cuerpo; 2) Aspectos cognitivos-afectivos: que se relaciona con las valoraciones, sentimientos o actitudes que suscita el cuerpo, su peso, forma y tamaño; aquí las experiencias de placer, displacer, satisfacción o frustración relativas al cuerpo cobran una importancia vital. 3) Aspectos conductuales: Abarca lo que concierne a las acciones que toma el sujeto frente a sí mismo con acuerdo a los anteriores; es decir, integra la auto percepción y los juicios de valor derivados de esta en relación con los hábitos y usos corrientes del sujeto.

El interés por sistematizar el concepto y hacerlo medible dentro de la particularidad de los sujetos viene dado por la potencial incidencia del mismo en el comportamiento sobre el propio cuerpo, lo que se traduce en implicaciones para la salud y el bienestar (Saldaña, 2001; Mancilla et al, 2012; Meneses et al, 2008; Raich, 2004; Silva-Filho, Rabelo-Leitão, Menezes-Cabral, y Knackfuss, 2008). Los diferentes trabajos consultados han asumido dos perspectivas metodológicas al respecto: una que se centra en evaluar la precisión de la percepción del propio cuerpo, esto es, los niveles de distorsión perceptiva; y otra que se ocupa de las alteraciones cognitivas y afectivas en términos de insatisfacción con la Imagen Corporal. Todos los estudios consultados coinciden en afirmar que siempre hay algún grado de desajuste perceptivo, así como de insatisfacción con la Imagen Corporal. Sin embargo, en términos de incidencia sobre la salud,

solo se considera trastorno de imagen corporal, “cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana” (Salaberria et al., 2007, p. 173). En términos clínicos, esas interferencias negativas incluyen los Trastornos de Conducta Alimenticia (APA, 1994); es decir, la Imagen Corporal tiene incidencia en casos de Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa, Vigorexia o Trastorno por atracón (Saldaña, 2001; Meneses et al, 2008; Salaberria et al, 2007; Mancilla, 2012; Silva-Filho et al, 2008); y puede estar relacionada bien como causa o como consecuencia en casos de depresión o manía.

2.2.5 Equidad-Inequidad en salud. Una aproximación al concepto

La constatación de que, incluso al interior de países desarrollados y con altos niveles de ingreso, existe un diferencial en las condiciones de salud de sus habitantes, o de grupos específicos de habitantes, ha modelado la pregunta por las causas que generan esas condiciones específicas en salud (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, y Wirthl, 2001, p. 4). Es decir, se plantea la necesidad de indagar de manera interdisciplinar los factores que determinan el estado de la salud de una población, entendiendo que esos factores pueden ser de índole biológica, social, política, económica, educativa, geográfica, etc; esta indagación, claro, está orientada por una valoración ética que identifica los diferenciales en salud como injustos, lo cual “implica una valoración de si las desigualdades son o no evitables, así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia distributiva a la salud” (Evans et al, 2001, p. 4) Este es, a grandes rasgos, el marco situacional donde se ubica el concepto de Equidad-Inequidad en salud; el cual asume que

“la equidad es un concepto complejo [...]. Abarca la equidad de los resultados sanitarios, del acceso a toda forma de atención sanitaria y del financiamiento. Incluye asimismo la eficacia en la administración y la asignación de recursos, ya que cuando éstos son escasos, su uso ineficaz dará como resultado que no se satisfarán necesidades que podrían haberse atendido. A fin de que el público pueda influir en la atención sanitaria, la equidad también debe incluir un factor de responsabilidad. Finalmente, la equidad también incluye formas adecuadas de autonomía del paciente y del dispensador del servicio.” (Norman, Bryant, Castaño, Dantes, Khan, y Pannarunothai, 2000, p. 163)

La falta de equidad en salud es pues consecuencia de la estructura social y en ella inciden aspectos como el origen étnico, el nivel de ingreso, la educación, entre otros; lo que implica que el trabajo al respecto no se limita a variables de acceso a servicios de salud, sino que incorpora otras como la incidencia de la educación en hábitos saludables, la exposición a diferentes factores de riesgo o el nivel de ingresos de la población estudiada.

“En términos sencillos, una inequidad es una desigualdad injusta y remediable. Las inequidades y las desigualdades se refieren a un estado de salud relativo, entre ricos y pobres, hombres y mujeres, grupos étnicos, regiones o, simplemente, entre los más sanos y los que tienen peor salud. No miden los progresos del grupo desfavorecido en términos absolutos, sino en relación con el grupo favorecido.” (Feachem, 2000, p. 1).

Evans et al, (2001) ubican el origen del enfoque en 1996, cuando se consolidó la Iniciativa Mundial para la Equidad en Salud (GHEI), que marcó el inicio de un creciente interés por las desigualdades sanitarias y sus implicaciones; lo cual dio origen a un buen número de instituciones gubernamentales y ocasionó que, “en el ámbito mundial, el Banco Mundial, el UNICEF (sic), la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud definieron la erradicación de las inequidades en salud como una meta importante y comenzaron a poner en marcha programas destinados a este fin.” (Evans et al, 2001, p. xiii). Así mismo, estos autores señalan dos tendencias derivadas de ese interés: una de raigambre clínica que clama por la necesidad de estudiar y comprender las causas proximales de la enfermedad; y otra que busca concebir ampliamente dichas causas incluyendo tanto “las causas más profundas imbricadas en los mecanismos de la sociedad como en los mecanismos de la biología humana y en los aspectos clínicos relacionados con la forma en que las personas afrontan la enfermedad y la incapacidad” (Evans et al, 2001, p. 13).

Martínez (2007), por su parte, pone el énfasis en la dimensión axiológica del enfoque y busca sus orígenes en las concepciones de justicia, iniciando desde la noción aristotélica donde “no es deseable una atención igual para todos sino, por el contrario, proporcional al rango y la jerarquía de las personas” (Martínez, 2007, p. 71). Desde este punto, explica la evolución al pensamiento liberal, el surgimiento de la teoría del utilitarismo y la crítica que de ella se desprende y que desemboca en las propuestas de Rawls, con su teoría de la justicia; y de Amartya Sen, con el esquema de capacidades (Martínez, 2007, pp. 71-75).

A partir de estas concepciones es importante resaltar que la perspectiva de los estudios exhibidos por la Organización Mundial de la Salud en los números de su revista publicados en el año 2000 (Feachem, 2000; Norman et al., 2000; Gwatkin, 2000) muestran interés en el ámbito del acceso a servicios sanitarios y a la aplicación de políticas públicas, aunque se debe resaltar que incorporan aspectos de carácter social-diferencial como los niveles de pobreza y el nivel de esperanza de vida (Gwatkin, 2000). Así mismo es rescatable el que se preocupen por evaluar las características propias de los diferentes contextos (Norman et al., 2000).

No obstante, es importante señalar que las concepciones recogidas hasta aquí, respaldadas por los organismos internacionales (OMS, OPS), no son las únicas en el abordaje del tema. La epidemiología crítica presenta una concepción que, aunque con raíces semejantes, plantea diferencias substanciales en la comprensión de la categoría. De acuerdo con Brehil (1999), este concepto no solo se cuenta como un factor relacionado con las condiciones de vida de las comunidades, sino que alberga implicaciones estructurales y se remite a “la apropiación de poder y la concentración del mismo en unas clases, en uno de los géneros y en algunas etnias” (p. 133).

La importancia de estas diferencias cobra especial relevancia en la propuesta de la epidemiología crítica (DSS), pues según esta,

“La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia. Esta distinción es muy importante porque si nuestro análisis estratégico se queda en el nivel de la desigualdad, estaríamos reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos, en lugar de enfocar sus determinantes.” (Brehil, 1999, p. 134)

Así, se entiende que el alcance del estudio y tratamiento de las inequidades en salud desborda, en la concepción de la DSS, la intervención asistencialista o la formulación de políticas aisladas. Propende, en cambio, por la observación de los orígenes de las desigualdades y por el cuestionamiento del significado dentro del sistema social completo. En síntesis, desde esta perspectiva la inequidad es, acoplándola a la formulación marxista, “la característica inherente a una sociedad que impide el bien común, e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad” (Brehil, 1999, p. 135)

En Colombia, vale la pena mencionar la existencia, en la Universidad Nacional, del grupo de investigación en Equidad, cuyo trabajo investigativo desarrolla paralelamente una línea centrada en las reflexiones sobre la evolución y aplicación del concepto; y una que realiza estudios de caso (UNAL, 2015)

En general, y de acuerdo con Evans et al (2001), los diferentes estudios coinciden en que “un análisis exacto de los orígenes sociales de las diferenciales de salud podría revelar los puntos de partida políticos para una acción eficaz destinada a corregir las inequidades” (Evans et al, 2001, p. 14). Más explícitamente, Martínez (2007), apoyándose en los trabajos de la OPS, plantea que la apertura de los estudios y la incorporación de los criterios sociales en el estado de la salud de las personas debe “traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla” (Citado en Martínez, 2007, p. 98). Por lo cual es importante subrayar que “los pasos decisivos que hay que dar ahora son los que llevan del análisis a la política y de la política a la acción” (Feachem, 2000, p. 1).

3. METODOLOGÍA

La apertura de la concepción epistemológica de la epidemiología, derivada del replanteamiento de los conceptos de salud-enfermedad y del surgimiento de los enfoques de DDSS y DSS pasada la primera mitad del siglo XX, implica un cuestionamiento por la forma como esta disciplina concibe y aborda sus conceptos conexos. Tal apertura ha fracturado la delimitación biologicista imperante hasta ese momento y, en coherencia con la perspectiva de la construcción social del conocimiento, ha propendido por el análisis de diversos aspectos relacionados con la salud-enfermedad, que, a su vez, ha ampliado el horizonte de categorías que explican y dan sentido a este campo científico. Dicho marco justifica la indagación de las diferencias en el tratamiento de los conceptos de AF, IC e Inequidad y sus posibles repercusiones.

Para llevar a cabo tal indagación, el presente estudio optó por un modelo de investigación basado en el análisis de contenido (Piñuel, 2002) y teórico, que constó de dos partes. La primera de ellas, de corte cualitativo horizontal (Piñuel, 2002), se orientó a la identificación de las particularidades en el tratamiento de los conceptos de AF, IC e Inequidad en una selección de artículos académicos, asumiéndolos como “productos comunicativos que proceden de procesos singulares de comunicación” (Piñuel, 2002, p. 2). La segunda, con una selección de corpus restringida (modelo vertical), identificó dos documentos centrales producidos por la OMS para la formulación de políticas públicas en relación con la AF, para determinar el enfoque imperante al respecto.

En la primera parte del estudio, siguiendo el modelo planteado por Piñuel (2002), se empezó por definir como productos comunicativos” los artículos científicos que se relacionaran con el campo de la AF y la IC. Como parámetro delimitador se estableció la fecha de publicación, restringida a aquellos publicados durante la última década (después de 2004). El establecimiento de dicho parámetro se relaciona con la identificación del estado más reciente de las categorías señaladas; adicionalmente, dicho lapso tiene la ventaja de ubicarse cuando ya estaban afianzadas las diferencias entre los enfoques definidos en los que se buscan enmarcar.

Para afinar aún más la búsqueda se dejaron de lado los artículos que no incluyeran las tres categorías principales de estudio: AF – IC – Inequidad.

Una vez definido el tipo de producto comunicativo específico, en una segunda etapa, se realizó la búsqueda del corpus amplio mediante la selección por concurrencia de las categorías estudiadas. Dicha búsqueda se realizó tomando en cuenta no solo la aparición directa de los términos AF, IC e Inequidad, sino de los conceptos asociados que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Conceptos iniciales y asociados de búsqueda	
Conceptos iniciales de búsqueda	Conceptos descriptivos de búsqueda asociados a los iniciales.
<i>Actividad física</i>	Actividad motora, ejercicio físico, deporte, educación física, hábitos físicos, prácticas corporales.
<i>Imagen corporal</i>	Auto-percepción, sobreestimación/subestimación del cuerpo.
<i>Inequidad</i>	Equidad, justicia, desigualdad, ética, clases sociales, género, raza, rango etario.

Para la búsqueda se definieron tres tipos de fuentes:

1. Motores de búsqueda: Lilacs, EBSCO, OVID, TripDatabase, SIBUR y PubMed.
2. Bases de datos: JStor, ScienceDirect, ProQues, AOpen Library, Scielo y Dialnet.
3. Repositorios Institucionales

Dos razones llevan a la inclusión específica de estas bases de datos que tiene una difusión pública más limitada: primero, son los principales centros de pensamiento del país como lo indican varias mediciones; segundo, en lo que respecta a la producción académica, según el Ranking Iberoamericano SIR, se encuentran en los primeros lugares de Colombia por número de publicaciones. Adicionalmente, en relación con la categoría de equidad-inequidad en salud, la Universidad Nacional, como se consignó en el marco teórico, posee un grupo de investigación dedicado a ella; la Universidad de Antioquia, por su parte ubica el tema de equidad como prioritario dentro de la línea de investigación llamada “Análisis de la situación de salud”, del grupo de investigación de epidemiología, del programa Salud pública.

Una primera decantación de este corpus amplio se realizó mediante la aplicación de las herramientas para el análisis crítico de la literatura científica propuestas por el método CASPe. De acuerdo a este, los artículos se valoraron según tres criterios de calidad: rigor, credibilidad y relevancia. Los artículos resultantes se sometieron a un segundo proceso de selección consistente en la evaluación de la capacidad del documento para responder la pregunta de investigación, con acuerdo a los criterios compendiados en la tabla 2.

Tabla 2. CAPACIDAD DEL DOCUMENTO PARA RESPONDER LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	
PERTINENCIA	<p>Sobre que dimensión del saber trabaja? (revisión, exploración, descripción, Análisis, intervención)</p> <p>Trabaja sobre la triada?</p> <p>Cómo integra la triada?</p> <p>Trabaja sobre el enfoque?</p> <p>Cómo integra el enfoque?</p>
IMAGEN CORPORAL	<p>Cuál es el concepto de imagen corporal que trabaja?</p> <p>Desde que noción epistemológica?</p> <p>Desde que aspecto? (perceptual, subjetivo, conductual)</p> <p>Cuál es el aporte significativo del texto a la imagen corporal?</p> <p>Cómo es la relación con otras áreas?</p> <p>En que enfoque se inserta?</p>
ACTIVIDAD FÍSICA	<p>Cuál es el concepto de actividad física en el texto?</p> <p>Desde que noción epistemológica?</p> <p>Cuál es el aporte significativo del texto a la actividad física?</p> <p>En qué contexto se aplica?</p> <p>Que propuestas novedosas aporta?</p> <p>Cómo es la relación con otras áreas?</p> <p>Qué prácticas sociales integra a la discusión?</p> <p>En qué enfoque se inserta?</p>
INEQUIDAD	<p>Cuál es el concepto de inequidad?</p> <p>Desde que noción epistemológica se plantea?</p> <p>Desde que aspecto?</p> <p>Cuál es el aporte significativo del texto a la categoría?</p>

	<p>Cómo es la relación con otras áreas?</p> <p>En que enfoque se inserta?</p>
--	---

Una vez delimitado el corpus, y partiendo de la concepción de Piñuel (2002), quien afirma que: “el análisis de contenido se convierte en una empresa de des-ocultación o re-velación de la expresión, donde ante todo interesa indagar sobre lo escondido, lo latente, lo no aparente, lo potencial, lo inédito (lo no dicho) de todo mensaje.” (Piñuel, 2002, p. 4); la tercera etapa consistió en una lectura abierta que permitiera identificar la perspectiva conceptual de los artículos que conformaron el corpus delimitado. Allí se tuvieron en cuenta, además, las apuestas metodológicas, el tipo de estudio particular, la funcionalización de las variables estudiadas y la proyección de resultados de cada uno. Como forma de sistematizar dicha lectura, se generaron fichas de análisis por cada artículo, donde se ajustaron mediante códigos y categorías los conceptos trabajados. A partir de allí, se elaboró una matriz de cruce de categorías como insumo para la formulación de resultados.

Después de realizada esta primera parte de la investigación, con miras a proyectar las implicaciones de los resultados parciales obtenidos y, de acuerdo al objetivo del análisis de contenido (Piñuel, 2002, p. 7), para revisar el empleo posterior del conocimiento producido en este campo; se pasó a un análisis vertical de la formulación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud para las políticas públicas encaminadas a la práctica de la actividad física; puntualmente en los documentos *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud* (2010) y *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* (2004). La selección de estos productos comunicativos está sustentada en que dicho organismo es el principal y más influyente a nivel mundial en lo referido a temas de salud, y por tanto, sus conceptos y criterios se han convertido en ineludibles para la construcción y aplicación de políticas públicas en la materia. El análisis de dichos documentos fue de tipo temático y se orientó a identificar el enfoque dominante (DDSS o DSS) en las propuestas con relación a AF e IC, mediante el rastreo de marcas textuales y descriptores relacionados con Equidad-Inequidad.

Es necesario anotar una limitación de la metodología empleada: no se usó como criterio de búsqueda, de selección o de clasificación la procedencia geográfica de los artículos abordados. Por lo tanto, no hay un acercamiento que dé luces sobre los lugares de arraigo de los enfoques y las perspectivas. En el futuro, un estudio de ese tipo puede contribuir a identificar fortalezas y debilidades de cada uno de ellos.

4.RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE CONTENIDO HORIZONTAL. LOS CONCEPTOS DE AF, IC E INEQUIDAD EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

La búsqueda de artículos en los buscadores y las bases de datos especificados de acuerdo a la presencia de los conceptos estudiados arrojó un total de 2857 textos científicos. De ellos, se descartaron 2706 con acuerdo a los criterios de selección de los productos comunicativos definidos: fecha de publicación y cruce de categorías; así como por presencia duplicada de resultados y tipo de estudio. Los 151 productos resultantes se sometieron a la revisión con la herramienta CASPe, de los cuales 46 no superaron las tres primeras preguntas de eliminación contempladas en la herramienta, y 57 más se descartaron por no satisfacer más de un criterio de las preguntas “de detalle”. De esta forma, fueron 48 los artículos revisados con la tabla de capacidad para responder la pregunta de investigación (Tabla 2), quedando la selección final conformada por un corpus de 12 textos: 11 artículos y una tesis de maestría. Cabe subrayar que en este último proceso se flexibilizó particularmente la presencia del concepto de Inequidad, contemplando la existencia de diferenciales de género, edad, procedencia social y demás conceptos asociados como inclusores.

Entre el corpus final es resaltable la primacía de estudios epidemiológicos cuantitativos con segmentación de población que contempla variables relacionadas con Inequidad y AF como parámetros de control o selección muestral. Así, por ejemplo, los estudios realizados por Pérez, B. et al. (2012), Silva-Filho, L. et al (2008), Arenas, M. (2008), y Piedra, J. (2013), establecen como criterio de selección poblacional la práctica de actividad física. Estambién destacable que los estudios de Figueroa, D. (2009), de Vaquero, R. et al. (2013), de Camargo, D. et al. (2013) y de Chodzko, W. et al (2012) se construyen como un análisis de contenido: el primero propone un marco conceptual para el análisis de la relación entre obesidad y pobreza a partir de la revisión de estudios asociados con el tema; el segundo elabora un estado del arte frente a IC y conceptos

asociados; el tercero aborda el concepto de AF y sus implicaciones teórico-praxiológicas desde una visión de epidemiología crítica, donde se delinear “conceptos, teorías y modelos” de las categorías cultura física y actividad física. El cuarto, por su parte, realiza un análisis crítico sobre las recomendaciones de actividad física en España, tal como se enuncia en su título.

Se pudo constatar también que el método de aproximación predominante a la IC es el test de siluetas de Stunkard (Silva-Filho, et al, 2008; Gonzalez-Montero, et al, 2010; Camacho M, et al, 2006); mientras que los métodos para la observación de la AF fueron más variados e incluyeron medidas de intensidad, tiempo o tipo de práctica. A continuación se discriminan los resultados por concepto analizado.

4.1.1 Revisión de la categoría de Actividad Física

El muestreo de artículos revisados no deja dudas respecto a que la concepción base de AF conserva su referente biologicista. A partir de la categorización de los artículos se identificaron dos formas de aparición de esta concepción: por formulación directa y por operacionalización del concepto. De acuerdo con los primeros, se trata de “movimientos corporales producidos por los músculos esqueléticos, que implican un determinado gasto energético” (Perez et al, 2012; Arenas, 2008). En los otros, se analiza la práctica con acuerdo a la modalidad de la actividad (Camacho et al, 2006; González-Montero et al, 2010); al grado de intensidad (Chodzko, et al, 2012; Camacho et al, 2006); o a los factores de riesgo asociados (Silva-Filho, 2008); siempre tomando como punto de partida sus implicaciones en el gasto energético y la ejecución de esfuerzo motor.

Sin embargo, es recurrente también el esfuerzo por ubicar tal concepción en un horizonte sociocultural amplio de manera que se incluya su dimensión como práctica social. En este sentido apunta la acotación realizada por Pérez, B. et al. (2012, p. 6) al afirmar que “El concepto, además de los factores intrapersonales y biológicos está inmerso dentro de un contexto sociocultural calificado como los 'otros significativos’”. Así mismo, es resaltable el encuadre de

la AF como práctica social asociada a la obesidad realizada por Figueroa, D. (2009) en su estudio sobre pobreza y obesidad. En general, la tendencia es a concebir que “la actividad físico-deportiva se inscribe dentro de los sistemas socioculturales desde los cuales se definen las características que la conforman y, asimismo, dentro de sociedades específicas.” (Camargo, D. et al, 2013, p. 122)

En lo concerniente a la selección poblacional de los estudios hay una prelación por observar la práctica de la AF en el rango etario correspondiente a la adolescencia (Pérez, et al, 2012; Alvariñas, et al, 2009; Piedra, et al, 2013; González-Montero, et al, 2010; Camacho, et al, 2006). Solo los estudios de Silva-Filho, L. et al (2008) y Arenas, M. (2008) toman como segmento poblacional personas en edad adulta. Esta prelación se puede relacionar con el carácter prescriptivo y medicalizado con el que se asume el concepto de AF, pues se toma como punto de partida epidemiológico la incidencia de su práctica en la prevención de ENT, como la obesidad y la hipertensión. Así, según Pérez, B. et al. (2012, p. 5) “La Actividad física es una de las estrategias preventivas para las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición”; según Silva-Filho, L. et al (2008, p. 551) “La actividad física aumenta la capacidad funcional, y busca superar y prevenir las adversidades provenientes de la propia existencia”; y en el juicio de Camacho, M. et al (2006, p. 3) “la práctica de actividad física ha sido un ámbito reconocido precisamente por su promoción de la salud, tanto física como psicológica”. En coherencia, el estudio de poblaciones en edad adolescente se orienta a promover y recomendar la práctica de la AF como forma de prevención de ENT, proyectando su incidencia a futuro y buscando superar, como lo anota Chodzko, W. et al (2012), la desatención la población infantil y adolescente en las políticas públicas relacionadas.

Un elemento importante derivado de lo anterior es la idea del potencial transformador de la práctica de la AF; no solo en lo que al impacto en el componente biológico respecta, sino en lo concerniente a las relaciones sociales. Ejemplo de ello es el análisis y evaluación de prácticas coeducativas realizado por Piedra, J. et al (2013) en el área de educación física dentro del ámbito escolar. En este estudio, sin formular definiciones o parámetros de AF, se sopesa desde la perspectiva del *DoingGender* la posibilidad de modificar la cultura de género.

A continuación se presentan las principales referencias textuales dentro del corpus escogido frente al concepto de AF.

Tabla 3. Referencias textuales respecto a AF en el corpus.	
PUBLICACIÓN	REFERENCIA TEXTUAL
<p>Pérez, B. et al. (2012) Patrón de actividad física, composición corporal y distribución de adiposidad en adolescentes venezolanos. En <i>Anales venezolanos de nutrición</i>. Caracas. 5 – 15</p>	<p>“La Actividad física es una de las estrategias preventivas para las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición” (p. 5)</p> <p>“Actividad Física: movimientos corporales producidos por los músculos esqueléticos, que implican un determinado gasto energético, pero que además, está conformada por una serie de conductas que pueden ser interpretadas desde diferentes puntos de vista, fisiológicos o biomecánicos.” (p. 6)</p> <p>“El concepto, además de los factores intrapersonales y biológicos está inmerso dentro de un contexto sociocultural calificado como los 'otros significativos” (p. 6)</p>
<p>Camargo, D. et al. (2013) La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. En <i>Revista Facultad Nacional de salud pública</i>. Medellín: Universidad de Antioquia.</p>	<p>“La cultura física se ha entendido desde la edad antigua como la formación del cuerpo productivo, fuerte, saludable, obediente y disciplinado.” (p. 120)</p> <p>“la actividad físico-deportiva se inscribe dentro de los sistemas socioculturales desde los cuales se definen las características que la conforman y, asimismo, dentro de sociedades específicas.” (p. 122)</p>
<p>Pierón, M. y Garcia, M. (2007) Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una perspectiva de salud. En <i>Tandém. Didáctica de la educación física</i>. Barcelona: Grao.</p>	<p>“Por actividad física de intensidad moderada se entiende cualquier actividad que les dé sensación de calor y que cause una respiración ligeramente más rápida que la normal” (p. 11)</p>
<p>Figuroa, D. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. En: <i>Saude Soc.</i> Vol. 18, No. 1, p 103-117. Sao Paulo.</p>	<p>Ubica la reducción de la AF como uno de los factores diferenciales que sustentan el aumento de la obesidad como Enfermedad Crónica No Transmisible y señala como causas de dicha reducción: “• Reducción del trabajo físico debido a adelantos tecnológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso cada vez mayor de transporte automotor. • Automatización de los vehículos y reducción del gasto energético en la operación de maquinarias y vehículos (cierres y ventanillas electrónicas, por ejemplo). • Uso de ascensores y “escaleras rodantes”.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del tiempo dedicado a jugar al aire libre, por inseguridad, por ejemplo, y preferencia por juegos electrónicos y la televisión.” (106) <p>“Los individuos que realizan más ejercicio físico tienen un peso corporal menor, incluso controlando el efecto de otros factores con influencia sobre la obesidad. Cuando colocamos el nivel socioeconómico, también como variable de análisis, se observan claras diferencias en la actividad física; los individuos de más alto nivel socioeconómico son los que realizan más ejercicio físico” (p. 112)</p>
<p>Silva-Filho, L., Rabelo-Leitao, A., Menezes-Cabral, R., Knacfuss, M. (2008) Imagen Corporal, Actividad Física y Factores de riesgo. En: Revista Salud Pública, Vol. 10, No. 4, 550-560.</p>	<p>“La actividad física aumenta la capacidad funcional, y busca superar y prevenir las adversidades provenientes de la propia existencia. También, se encuentra vinculada a la estética de la expresión corporal, objetivando una percepción de una mejor autoestima, así como el hecho de reconocer en su propio cuerpo la imagen ideal” (p. 551)</p> <p>“la práctica de la actividad física regular se menciona frecuentemente y contribuye a bajar los niveles tensionales o riesgos de hipertensión” (p. 552)</p> <p>Se concibe como variable de control para seleccionar a la población estudiada.</p>
<p>Arenas, M. (2008). Actitudes, percepciones y prácticas corporales de los usuarios adultos de programas de actividad física en las subregiones de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia. Disponible en:</p> <p>viref.udea.edu.co/contenido/pdf/145-actitudes.pdf</p>	<p>“la actividad física es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta de un gasto de energía y en una experiencia personal, y además nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea”(p. 35)</p>
<p>Chodzko, W; Schwingela, A y Romo, V. (2012) Un análisis crítico sobre las recomendaciones de actividad física en España. En Gaceta Sanitaria. Barcelona: Sociedad española de Salud Pública. Pp. 525-533</p>	<p>“Actividad física: todo movimiento que es producido por la contracción muscular y que provoca un incremento en el gasto energético.” (p. 526)</p> <p>“Ejercicio físico: se refiere al movimiento planeado y estructurado que mejora o mantiene uno o más componentes de la condición física.” (p. 526)</p> <p>“Actividad física moderada. En una escala adaptada a la capacidad personal de cada individuo, la actividad física moderada suele corresponder a una puntuación de 5 o 6 en una escala de 0 a 10.</p> <p>Actividad física vigorosa. En una escala adaptada a la capacidad personal de cada individuo, la actividad física vigorosa suele corresponder a entre 7 y 8 en una escala de 0 a 10” (1p. 6)</p>

<p>Camacho, M., Fernández, E., Rodríguez, M. (2006) Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: Incidencia de la modalidad deportiva. En: International Journal of Sport Science Vol. II. 1-19</p>	<p>“la práctica de actividad física ha sido un ámbito reconocido precisamente por su promoción de la salud, tanto física como psicológica” (p. 3)</p>
--	---

Los estudios, muestran una acentuada tendencia a conservar una relación fuerte con la epidemiología clínica; las referencias a los diferenciales etarios y de género anotados se asumen como variables de control y carecen de indagación por las características contextuales y su posible incidencia en los estudios. Dentro de las metodologías utilizadas no se ahonda en el perfil poblacional y, menos aún, en las características particulares del sistema social y económico que lo circunda. De esto se puede conjeturar que, conceptualmente, el canon de productos comunicativos que configura los artículos científicos seleccionados, tienen una clara relación con la concepción de los DDSS.

En síntesis, la revisión del concepto de AF dentro del corpus seleccionado muestra un predominio de la perspectiva biologicista con referencia al gasto energético y el esfuerzo motor; así como de la convalidación de su importancia desde la epidemiología clásica en términos de su importancia para prevenir ENT. Se resalta la ausencia de estudios que aborden las implicaciones sociales de su práctica y sirvan de sustento a los esfuerzos por ampliar su concepción al ámbito sociocultural. En general la mayoría de casos tiene como corolario la necesidad de promover la práctica de la AF y la necesidad de encaminar acciones de política pública en esa dirección.

4.1.2 Revisión de la categoría de Imagen Corporal

Al revisar los documentos seleccionados se encuentra que hay una preocupación latente por abordar el problema de la salud desde una perspectiva multicausal y compleja. Esto hace que

la mayoría de documentos tengan en cuenta los factores sociales, culturales y psicológicos que inciden sobre la salud de los individuos. La categoría Imagen Corporal está estrechamente vinculada a los factores mencionados y por eso no es de extrañar que ocupe un lugar central en las preocupaciones de los investigadores de temas de salud, y que sea de especial importancia para los interesados en la sociología de la salud.

Llama la atención que solo uno de los documentos (Vaquero, R. et al., 2013) parta de una definición clara y explícita de la categoría Imagen Corporal. En los demás textos el concepto se presupone. La noción elemental de Imagen Corporal es expresada como: “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” (ibíd., p. 28). Con esa definición se deslinda la imagen corporal de la apariencia física real, o en otros términos, se pone de manifiesto que no hay una relación estricta entre la imagen corporal y la apariencia física real, sino que la IC se relaciona, sobre todo, con la percepción y valoración que hace un individuo sobre su propio cuerpo. En cuanto a su constitución, la IC abarca cuatro componentes: 1) Perceptual: se percibe el cuerpo; 2) Cognitivo: se valora el cuerpo; 3) Afectivo: sentimientos que despierta el cuerpo; 4) Conductual: acciones que se dan como consecuencia de los anteriores componentes.

Los autores (Vaquero, et al., 2013) demuestran una visión de la salud global y compleja al relacionar la IC con aspectos socioculturales, ambientales y psicológicos, además de los puramente biológicos. En el mismo camino de resaltar y explicitar una perspectiva multicausal de la salud, y específicamente de la IC, se encuentran Camargo (2013), y Camacho, Fernández y Rodríguez (2006). Camargo (2013) parte de exponer que con el reconocimiento, a partir del siglo XX, del papel del cuerpo en la cultura, se comienza a teorizar sobre la corporeidad. El cuerpo también se analiza como una construcción social que debe ser abordada desde un enfoque integral con sus aristas sociales, emocionales y simbólicas.

La postura de Camacho et al. (2006) es más radical. Para los autores “el cuerpo humano se considera como un producto social y, por tanto, irrumpido por la cultura y por relaciones de poder y relaciones de dominación y de clase.” (p. 120). Ubicando el texto en una perspectiva de la Determinación Social de la Salud, donde se reconocen las desigualdades sociales y las relaciones de poder que condicionan el derecho a la salud. Sin embargo, a pesar de aceptar que la

estructura social y económica son centrales en la construcción del cuerpo humano, no ahonda en las implicaciones que acarrearán las relaciones de clase y de poder sobre la percepción que tienen los individuos de su propio cuerpo, esto es, de la imagen corporal.

En el mismo marco de relacionar los factores sociales que afectan la Imagen Corporal, se encuentran los estudios que relaciona IC con las diferencias de género. Al hacer el análisis de contenido horizontal de los artículos escogidos, aparecen dos que se centran en trabajar este tópico. Piedra, García-Pérez, Latorre y Quiñones (2013) incluyen la autopercepción como uno de los factores que establecen diferencias de género y lo trabaja como uno de los ítems a modificar a través de la acción pedagógica. Por su parte, Alvariñas, Fernández, y López (2009) destacan la importancia de los estereotipos de género que “unen lo masculino y lo femenino a una serie de rasgos de identidad relacionando por ejemplo lo masculino con la competitividad, la agresividad y la independencia y lo femenino con la sumisión y el orden” (p. 114). Con lo cual se condicionan no solo los parámetros desde los cuales se juzga el cuerpo, lo que afecta directamente la Imagen Corporal, sino su significado frente a las prácticas de actividad física. Sin embargo, este estudio se limita a los juicios subjetivos de los estudiantes encuestados, olvidando los demás elementos contextuales que condicionan el problema de género e imagen corporal.

El último rasgo sobresaliente que se encontró en el análisis de contenido de los artículos es el de relacionar la Imagen Corporal con las consecuencias tanto psicológicas como físicas que trae sobre los individuos. Silva-Filho, Rabelo-Leitao, Menezes-Cabral, Knacfuss (2008) concluyen que "Personas con una imagen corporal positiva revelan vitalidad, auto confianza y despiertan un sentimiento de belleza y atracción" (551). En su artículo la medición de la imagen corporal se realiza con acuerdo al test de asociación de siluetas propuesto por Stunkard. Por su lado, Figueroa, (2009) sostiene que dentro de los factores que justifican el aumento de la obesidad juegan un papel primordial los de tipo sociocultural, e incluye la aceptación con acuerdo a los cánones de belleza, incluyendo la consideración de que en algunos contextos específicos la imagen del obeso se asume como canónica y "sinónimo de afluencia"(106). Así mismo, contempla como causa de la obesidad la "aculturación a distancia", cuya influencia mediática presenta modelos comportamentales y de imagen donde "los más pobres padecen el conflicto entre sus capacidades y la imagen ideal con la que se identifican" (109).

Tabla 4. Referencias textuales respecto a IC en el corpus.	
PUBLICACIÓN	REFERENCIA TEXTUAL
Alvariñas, M., Fernández, M. y López, C. (2009) Actividad física y percepciones sobre deporte y género. En <i>Revista de Investigación en educación</i> . Pontevedra: Universidad de Vigo.	“lo estereotipos que, como señalan Rodríguez-Teijeiro, unen lo masculino y lo femenino a una serie de rasgos de identidad relacionando por ejemplo lo masculino con la competitividad, la agresividad y la independencia y lo femenino con la sumisión y el orden” (114)
Vaquero, R. et al. (2013) Imagen corporal; revisión bibliográfica. En <i>Nutrición hospitalaria</i> . Murcia: Universidad Católica de San Antonio. 27 – 35	<p>“la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”.</p> <p>“imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo.”</p> <p>“La imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción)” (28)</p> <p>“la imagen corporal está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales” (28)</p>
Camargo, D. et al. (2013) La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. En <i>Revista Facultad Nacional de salud pública</i> . Medellín: Universidad de Antioquia.	<p>“El cuerpo humano se considera como un producto social y, por tanto, irrumpido por la cultura y por relaciones de poder y relaciones de dominación y de clase.”</p> <p>“la concepción del cuerpo como un vehículo de expresión y percepción del hombre, el cual a su vez permite generar en el sujeto procesos de</p>

	autorreconocimiento.” (120)
--	-----------------------------

4.1.3 Relación entre las categorías de Actividad Física e Imagen Corporal

Después de identificar las características de cada una de las categorías en los productos académicos, revisemos la relación entre ellas. Es importante anotar que no todos los artículos le dan una importancia central a tal relación y la mayoría apenas se menciona. Dentro de los artículos que se destacan por detenerse en el tema está el de Camargo, D. et al. (2013), quien resalta desde el comienzo la relación existente entre actividad física e imagen corporal. El vínculo entre cuerpo y actividad física es esencial, pues los humanos tenemos un cuerpo que se “transforma y adapta y que finalmente conforma una corporeidad a través del movimiento, la acción y la percepción sensorial” (p. 176). También hay que mencionar el estudio de Pierón y García (2007), en el cual al analizar los determinantes, llamados por ellos correlatos, que afectan la práctica de actividad física, ponen en tercer lugar los correlatos psicológicos, cognitivos y emocionales. Según los autores este grupo es de “importancia fundamental” porque, por un lado, son factores modificables y, por el otro, “figuran en la esfera de responsabilidades y posibilidades de intervención de profesores, padres, instructores y animadores deportivos” (Pierón, 2007, p. 17). Estos factores son los más relevantes para generar estrategias de intervención. Distintos estudios han analizado la relación del comportamiento y las creencias con la práctica de la actividad física o la ausencia de la misma. Elementos como la autoestima, la imagen corporal, la motivación hacen parte de este grupo de factores que condicionan la participación en actividad física. Se reconoce que las experiencias tenidas en la práctica de AF, los éxitos y fracasos, “se encuentran entre los determinantes críticos del desarrollo de la percepción del alumno en relación con una actividad deportiva” (ibíd., p. 20). Por su parte, Alvariñas, Fernández y López (2009) afirman que los estereotipos de género funcionan como motivante para hacer o no hacer deporte. Por lo tanto, los parámetros socio-culturales sobre la diferenciación de roles entre el hombre y la mujer, que afectan los criterios de autovaloración corporal de los individuos, terminan incidiendo sobre la práctica de actividad física, o la ausencia

de la misma. Como vemos, se da una relación efecto-causa que va en dirección de la Imagen Corporal a la Actividad Física; es decir, se mide qué tanto afecta la IC a la práctica o no de la AF.

A contramano aparecen los estudios que analizan la relación causa-efecto en sentido AF sobre la IC; es decir, cómo afecta la práctica de Actividad Física en la percepción que tienen los individuos sobre el propio cuerpo. De los artículos revisados, solo tres tratan el tema, a saber, el de Camacho, Fernández, y Rodríguez (2006), González et al.(2010) y Vaquero et al. (2013). Los tres estudios coinciden en afirmar que, después de hacer una revisión de los estudios de caso existentes, se encuentran dos conclusiones opuestas en los mismos. El primer grupo de estudios arroja como resultados que la practica de la actividad física define una mejor construcción de la imagen corporal.El segundo grupo, encuentra que el efecto de practicar actividad física sobre la imagen corporal es negativo, puesto que la permanente preocupación de hacer ejercicio puede coincidir con la caída de la autovaloración que se tiene del cuerpo.

4.1.4 Equidad e inequidad, y el encuadre en los enfoques

Una de las principales preocupaciones de la epidemiología social es la de Equidad en salud. Para superar el estrecho enfoque biologicista, se deben tener en cuenta la condiciones de los individuos y uno de los aspectos son las disimilitudes entre los mismos. No solo las desigualdades materiales en que se encuentran, sino también las desigualdades en el acceso y goce efectivo del derecho a la salud. Pero no toda diferencia entre individuos es propiamente una inequidad, como lo señala Hernandez (2008), “equidad implica valorar las desigualdades desde una idea de justicia” (p. 2); es decir, las inequidades son las desigualdades consideradas como injustas. Por lo tanto, las diferencias conceptuales sobre la categoría de inequidad que se presenten entre los DDSS y la DSS, son realmente diferencias conceptuales entre la noción de justicia de las dos corrientes.

Partiendo de esa diferencia, y teniendo en cuenta que la aparición de esta categoría no es facial, podemos analizar los resultados reportados por los artículos. Un primer grupo de estudios (Pérez, et al., 2012; Vaquero et al., 2013; y Pierón y Garcia, 2007) se caracteriza por tratar el tema de manera muy superficial. En este grupo de estudios se ponen en evidencia algunas desigualdades relacionadas con la Actividad Física e Imagen Corporal, pero no se pasa a analizar con detenimiento la naturaleza y justicia de tales desigualdades; por tanto, no se profundiza en discernir las inequidades que se presenten. Pérez, B. et al. (2012) anuncian como punto de partida un proyecto multicéntrico y multiétnico, sin embargo el anuncio solo queda en una promesa cumplida a medias porque lo multiétnico no se hace explícito en ninguna parte y lo multicéntrico queda reducido a dos ciudades de Venezuela. Los autores descartan los factores etarios y socioeconómicos, al entrevistar 2.300 adolescentes de edades similares y de igual nivel socioeconómico. En la práctica el único factor de desigualdad tratado es el de las costumbres familiares, pero como ya se dijo, sin llegar a interrogar sobre su justicia o injusticia; es decir, sin pasar a caracterizarlo desde la categoría de Equidad.

En el mismo grupo aparece Pierón y García (2007). Según ellos, hay varios elementos que determinan la actividad física. En la perspectiva de los autores, estos elementos realmente deben ser denominados correlatos, en el sentido de reconocer la simultaneidad e igual preponderancia entre ellos y la AF. El primer grupo de correlatos está compuesto por lo biológico, lo demográfico y lo ambiental. Este tipo de correlatos (en los que aparece sexo, edad, etcétera) son inmodificables. El segundo grupo de correlatos recoge los factores sociales y culturales que afectan la práctica de actividad física. En este trabajo tal grupo de correlatos se reduce a la influencia familiar e institucional para practicar actividad física. Los autores dejan de lado los factores políticos y económicos que influyen en la dicha actividad. Por su parte, Vaquero et al. (2013) únicamente toman en cuenta el factor sociocultural que tiene que ver con la edad de las personas, enfocando este aspecto en los imaginarios colectivos de cada generación. El resto de temas en los que se detienen son de naturaleza biológico-clínica: dietas, grasa corporal y actividad física.

El segundo grupo de textos está compuesto por los artículos que sí progresan en la dirección de distinguir las desigualdades que son injustas, las inequidades. Camargo et al. (2013) parten de una perspectiva histórico-social. Por lo tanto, los hechos socioculturales que juegan un

“papel clave en los procesos de integración y de reproducción social” son los que van a terminar condicionando y determinando que existan diferencias, que son producto de imposiciones y relaciones de poder desiguales, consideradas como inequidades. Para Figueroa (2009) una de sus categorías principales es la pobreza, "aquella situación en la cual la población padece escasez de recursos y un acceso limitado y dependiente a los mismos" (p.107). Categoría central porque es la que desemboca en las múltiples injusticias sociales, que en el aspecto puntual de la salud, constituyen las inequidades. El autor, además, aborda una concepción amplia y contempla varios grupos de factores, primero frente al aumento de la obesidad en general, y luego frente a las causas en contextos de pobreza.

Con relación a las inequidades etarias, Chodzko, Schwingela y Romo (2012) encuentran que los resultados sugieren una desatención hacia la población infantil/adolescente. Así mismo, los países con alta tasas de envejecimiento muestran indiferencia por las políticas de actividad física dirigidas a la tercera edad.

En este segundo grupo merecen una mención aparte los artículos que tienen el eje de su discusión sobre equidad en salud en el aspecto de género. Silva, et al. (2008) centran su estudio en adultos que realizan caminata (40-59 años); el estudio evalúa los factores de riesgo asociados a la IC, fijándose en el diferencial de género. Piedra et al, (2013) Asumen la perspectiva del Doinggender como criterio de análisis de las prácticas pedagógicas y está enfocado en identificar con esa perspectiva cuales prácticas de las expuestas propenden por la construcción de una nueva cultura de género. Por último, Alvariñas et al, (2009) concluyen que el lenguaje usado en los ámbitos deportivos es sexista y la representación social dominante del deporte como actividad propia de los varones supone que las chicas puedan tener dificultades para la igualdad, por ejemplo en lo que respecta a su bagaje motriz.

Una vez visto el panorama general de los artículos revisados en el análisis de contenido horizontal, vemos que una gran parte se queda solo en señalar desigualdades sin juzgar si constituyen o no inequidades. Los estudios que sí ubican las inequidades lo hacen limitándose a una o unas pocas. También se puede observar que, a excepción de un documento (Camargo, et al., 2013), en los estudios revisados de este segundo grupo no es posible definir si su noción de justicia hace parte del enfoque de los Determinantes Sociales o del de la Determinación Social.

Por lo tanto, la verdadera diferencia de enfoque no puede ser evidenciada sino en las implicaciones prácticas que tiene la noción de justicia que se asuma.

4.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO VERTICAL. LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA IMAGEN CORPORAL EN LOS LINEAMIENTOS DE LA OMS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS.

Como ya se vio, las nociones de actividad física e imagen corporal no presentan diferencias substanciales entre el enfoque de los Determinantes Sociales y el de Determinación Social, la discrepancia de las escuelas, en lo que se refiere a las categorías señaladas, solo se puede apreciar en su dimensión práctica. Los productos comunicativos que permiten llevar a cabo esa tarea son los que apuntan a incidir sobre la salud de las comunidades. Por tal motivo, es en la política pública donde se puede discernir desde cuál de las dos visiones conceptuales se aborda la actividad física y la imagen corporal. Para ejemplificar esta idea, en este apartado se analizarán las directrices de la Organización Mundial de la Salud para las políticas públicas encaminadas a la práctica de la actividad física, con el propósito de encuadrarlas dentro de una de las dos corrientes. Se escogieron las propuestas de la OMS por ser el principal y más influyente organismo a nivel mundial en lo referido a temas de salud. En un primer momento se expondrá el contenido de lo difundido por la OMS, para luego ubicar dichos planteamientos en alguna de las dos corrientes.

Por otra parte, la relación entre imagen corporal y actividad física se enmarca en los resultados expuestos por Camacho, Fernández y Rodríguez (2006), quienes encuentran dos conclusiones opuestas en los estudios existentes: 1) un grupo de estudios que sostienen que el efecto de la actividad física sobre la imagen corporal es positivo; 2) los estudios que relacionan un efecto negativo de la actividad física sobre la imagen corporal. La misma disimilitud en las conclusiones del efecto de la AF sobre la IC es comprobada posteriormente por González et al. (2010) y Vaquero et al. (2013).

En este apartado nos limitaremos a indicar someramente los posibles efectos que las recomendaciones de la OMS sobre AF pueden tener en la IC de los ciudadanos que siguiesen tales postulados.

El primer documento importante sobre el tema apareció en 2004 bajo el título *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. En éste se parte de reconocer que la actividad física, al ser consumo de energía, reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes y de obesidad con las enfermedades que puede acarrear. Por tal motivo, se hace necesario “impulsar la formulación y promoción de políticas” (p. 6) sobre AF para mitigar uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles: la inactividad. Exhorta a los gobiernos a desarrollar políticas, planes y proyectos para aumentar la actividad física en la población, en el marco de “unos esfuerzos de salud pública más amplios, integrales y coordinados” (p. 8). El documento pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta las diferencias de género, raza, cultura y edad para la formulación de las políticas nacionales en lo que se refiere a AF. También tiene en cuenta las diferencias internacionales al reconocer que en los países de ingresos bajos las principales causas de muerte son las enfermedades transmisibles y la desnutrición, por lo cual las políticas para promover la AF “sólo pueden afectar inicialmente a los sectores más acomodados” (p. 2). Sin embargo, alerta del aumento de enfermedades no transmisibles y la obesidad en estos países, lo cual es una buena razón para que también los países pobres trabajen de lleno en la promoción de la actividad física.

Con todas estas aclaraciones y salvedades, el documento sostiene que la principal estrategia para promover la actividad física es “integrar la actividad física en la vida cotidiana” (p. 12). El trabajo, el hogar y la escuela deben ser los escenarios centrales para el consumo sistemático de energía. Es importante incentivar y asegurar que la movilización del hogar a los otros espacios pueda ser aprovechada para la actividad física. Así mismo, se llama a crear entornos, instalaciones e infraestructura que faciliten realizar ejercicio y deporte.

Finalmente, la OMS resalta el papel protagónico que debe jugar el sector privado para la consecución de tales propósitos.

Seis años después del primer documento, la OMS publica otro en el que da las pautas para la realización de la actividad física en la población. El documento, denominado *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud* (2010), como se puede deducir de su nombre, da las “recomendaciones de alcance mundial que aborden los vínculos entre la frecuencia, la duración, la intensidad, el tipo y la cantidad total de actividad física necesaria para prevenir las Enfermedades No Transmisibles” (p. 11). Actualizando el panorama frente al documento anterior, informa que para ese momento “la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo” (p. 7) y que cada vez aumenta el porcentaje de la población que no practica actividad física. Además, si para el año 2004 se dejaba a los países de bajos ingresos en una situación especial en la cual las políticas de AF tenían un alcance limitado, para el 2010 se afirma que los países de ingresos bajos y medios padecen del incremento de las enfermedades no transmisibles y, por ende, hay que priorizar en la mitigación de sus factores de riesgo. Retoma la estrategia central y las derivadas de ella que aparecen en el documento del 2004, y pasa a dar “directrices sobre la relación dosis-respuesta entre la actividad física y los beneficios para la salud” (p. 14), con el fin de que sean seguidas por los responsables de las políticas públicas de cada nación adaptándolas a los contextos particulares y con énfasis en los sectores más vulnerables. Con el propósito de llevar la AF a la vida cotidiana, vuelve a insistir en la necesidad de garantizar que los entornos laborales, escolares y familiares, así como el desplazamiento entre los distintos espacios, permitan y propicien el consumo sistemático de energía. Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS previene de la posibilidad de que cambios en la infraestructura o en las políticas económicas disminuyan la cantidad de actividad física que realiza la población, aun cuando no lo haga de manera deliberada y consiente, ya sea porque se encuentra en un trabajo que le requiere mucho gasto de energía, o porque en su desplazamiento se ve forzado a realizar actividad física.

Una vez expuestas las principales ideas de los documentos, podemos pasar a ver si esos lineamientos hacen parte del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud o del de Determinación Social. Luego se señalarán someramente las implicaciones que sobre la imagen corporal pueden tener las recomendaciones de la OMS en lo referido a AF.

Que los documentos tengan en cuenta las diferencias de raza, cultura, género, edad y riqueza para la formulación de políticas públicas de actividad física, demuestra que se esta en

una concepción de la salud más amplia que la visión puramente biologicista. El hecho de que se parta de reconocer la división de países como algo dado, evidencia que el enfoque es puramente desde los Determinantes Sociales de la Salud. No se propone un cambio estructural que mejore las condiciones materiales de vida de la población, y en el cual la práctica de AF sea otro de los aspectos a mejorar; sino que se pretenden ajustar las condiciones existentes, que se presentan estructuralmente inmodificables, para que permitan y promuevan el hábito de la AF en la población. La categoría Actividad Física es abordada por la OMS teniendo en cuenta el sexo, la edad y la raza como puros Determinantes Sociales de la salud en un contexto que ya está establecido, en el que hay una división internacional entre países ricos y pobres, y una diferenciación nacional entre ciudadanos ricos y pobres. Pero como se pudo notar, la OMS no solo acepta la situación actual como inmodificable, sino que incluso llega a la exageración de promover la consolidación y profundización de las desigualdades presentes al afirmar que se deben evitar los cambios políticos, económicos y en la infraestructura que reduzcan la actividad física que hace la población, de forma forzada y no consiente, en su trabajo y en los trayectos de su cotidianidad; esto sirve de excusa para que inmensos sectores de la población se vean obligados a caminar a su lugar de ocupación por falta de medios para pagar un transporte público, así mismo, no se puede olvidar que en los países pobres los trabajos con alta carga de actividad física generalmente son en malas condiciones laborales y en trabajos que, en total contradicción con el objetivo de la OMS, son altamente riesgosos para la salud.

Pasemos a ver la relación de los postulados de la OMS con la categoría de Imagen Corporal. Arriba se mencionó que la práctica de AF puede tener efectos positivos o negativos en la IC de las personas. Las indicaciones del organismo internacional al respecto del tiempo mínimo recomendado para realizar actividad física privilegiando los espacios cotidianos pueden terminar generando un efecto negativo en la IC de las personas porque dichas indicaciones dejan en un plano inferior el aspecto educativo y cultural necesario para lograr un efecto positivo. Las comunidades pueden verse acorraladas por la exigencia de realizar AF, con lo cual se genera la sensación de tener una mala situación corporal actual.

En conclusión, la propuesta de la OMS se concibe dentro del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, donde los factores sociales se tienen en cuenta y se trata su incidencia sobre el individuo, pero sin imaginar si quiera un cambio estructural. Por otra parte, nada

garantiza que las recomendaciones de la OMS tengan un efecto positivo sobre la IC, al contrario, hay razones para pensar que dichas recomendaciones, si no tienen en cuenta el aspecto educativo, pueden terminar acarreado un efecto negativo en la IC de la población. En ese mismo sentido, aunque se reconocen diferenciales para la formulación de políticas específicas, las implicaciones de las recomendaciones dejan de lado el criterio de justicia y, con este vacío, hace posible la existencia de las inequidades en salud en los contextos donde se acojan estas directrices.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Una vez realizado el análisis del corpus de productos académicos seleccionados podemos volver sobre las preguntas de investigación planteadas inicialmente para sintetizar los resultados de dicho análisis. Así pues, pasemos a compendiar, en primera instancia, cuál es el tratamiento conceptual de la AF y la IC en ese corpus científico de la última década.

Abordados desde la perspectiva epistemológica amplia que constituye la sociología del conocimiento, es claro que los conceptos de AF e IC tienen grandes vacíos de tratamiento. En lo que respecta a la AF, sus concepciones siguen girando prominentemente con la perspectiva biologicista como eje; su definición más usual dentro del corpus se restringió a la idea de gasto energético y actividad muscular. Si bien es cierto que se ha avanzado en la incorporación de criterios y factores que la sitúan como constructo social, los alcances de los estudios conservan la perspectiva epidemiológica clásica como prevaeciente y es extendido su uso como categoría funcional paramétrica antes que como prioridad de las discusiones; es decir, se asume como elemento metodológico diferenciador de poblaciones, como comparador por presencia/ausencia de AF. Resulta revelador el que las poblaciones privilegiadas para el estudio de la AF sean las que están en la edad de la adolescencia, pues ello muestra el carácter proyectivo con acuerdo a la tendencia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde el hábito, que es una de las tendencias fundadas por la epidemiología social (presente en los dos enfoques, DSS y DDSS).

La concepción dominante de la IC dentro del corpus, por su parte, se remite a la percepción del propio cuerpo y se centra en la presencia/ausencia de desajustes frente a medidas antropométricas (medida de circunferencia abdominal, talla, peso, etc.) y clínico-funcionales (p.j. Desórdenes alimenticios o niveles tensión arterial). Por su misma concepción, ligada al ámbito subjetivo, el concepto de IC se muestra más correlacionada con aspectos de tipo social. Sin embargo, su instrumentalización en los estudios analizados está restringida a la proyección epidemiológica causal asociada a problemas nutricionales. Frente a este concepto, un campo de estudio no rastreado es el relacionado con el papel de los ideales mediáticos en la configuración

de la IC. Así mismo, sería importante su inclusión como categoría grupal que orqueste los resultados de las observaciones individuales con fenómenos sociales en ámbitos como el educativo y el comunicacional.

Observando segunda pregunta que orientó la revisión de contenido de los productos académicos; es decir, la relacionada con la filiación del corpus con alguno de los enfoques de la epidemiología social con la mediación de la categoría de equidad-inequidad, es resaltable la ausencia casi total de un encuadre en el todo estructural de la problemática de la salud como fenómeno social. La filiación metodológica de los estudios muestra una tendencia mayoritaria a los estudios cuantitativos con filiación a la epidemiología clásica desde la perspectiva causal. Aunque algunos estudios mencionan la importancia de factores socio-culturales en el campo de la AF, su inserción es accesoria; esto es, se consideran como listado de factores asociados pero no se realiza un análisis de las dinámicas relacionales. Así, se establece una filiación (aunque no completa) con el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, en tanto incluye la AF como un factor funcional y no estructural de la problemática.

Como ya se anotó, el hecho de que el campo de la IC tenga un obligado referente subjetivo hace que esta categoría muestre una relación mayor con elementos sociales. Sin embargo, como en el caso de la AF, los estudios analizados no se ocupan de su articulación estructural. Antes bien, por la carencia de incorporación de criterios de grupo, clase social, o procedencia étnica, existe la tendencia a traducir subjetividad por individualidad, alejando el campo de una de las concepciones básicas de la Determinación Social de la Salud.

Como se pudo notar, la filiación con los enfoques se ha establecido mayoritariamente con el de los Determinantes Sociales. Sin embargo, y dado que la categoría de equidad-inequidad no aparece facialmente, el vínculo se establece a través de sus características metodológicas, la presencia/ausencia de categorías o aspectos de índole social o cultural, y su grado de articulación con perspectiva estructural. En efecto, los artículos explorados muestran una tendencia mayoritaria a sopesar desigualdades sin llegar a cuestionar la justicia o la evitabilidad de las mismas. Una mención particular merece el trabajo de Camargo et al. (2013), pues es el único que

incorpora un aspecto socio-histórico en el análisis que lleva a cabo, a partir del cual sopesa los elementos estructurales que influyen en la práctica de AF y en el deporte.

Resultó evidente que el abordaje científico de las categorías no logra encuadrarlas taxativamente en las tendencias de enfoque con acuerdo a su papel frente a equidad-inequidad. De manera que, para atender a las implicaciones conceptuales de las categorías revisadas que se plantearon como la segunda preocupación de este trabajo, se hizo necesario revisar las recomendaciones de la OMS para precisar su aplicación práctica y así dimensionar sus implicaciones.

En el análisis temático de ese corpus restringido (análisis vertical de productos comunicativos), se observó que los lineamientos de la OMS están profundamente arraigados en el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud. No se mira la situación social en su conjunto, sino que los aspectos sociales que se tienen en cuenta solo se abordan como factores de riesgo que pueden incidir sobre las decisiones de los individuos. Las iniciativas de la OMS no solo dan como terminado el orden social y las relaciones de producción, sino que incluso se pueden usar como argumento para continuar y profundizar el modelo actual en que hay una división internacional del trabajo entre los países subdesarrollados y las potencias. Se ubica, en conclusión, el enfoque de DDSS como hegemónico en la perspectiva de este organismo. Efectivamente, no solo los informes analizados, sino la bibliografía producida en el marco de este organismo internacional, se inclina a una concepción parcializada de los aspectos que generan la enfermedad y sienta límites dentro de la esfera proximal. Así, la posibilidad de evaluar la raíz socio-económica o en términos de las relaciones de poder de las causas de la dupla salud/enfermedad se ven afectadas por una falta de amplitud de perspectiva y articulación categorial.

También se encontró que las recomendaciones de la OMS no necesariamente pueden conseguir un efecto positivo sobre la IC, pues la parcialización de su enfoque en relación a la cantidad de AF contra sus beneficios en salud, no atiende a los componentes fundamentales de la IC. Así mismo, por la falta de énfasis en el aspecto educativo que necesita crear el hábito de la

actividad física, las recomendaciones del organismo internacional podrían causar efectos negativos en la IC de las personas.

En lo concerniente a la perspectiva teórica, aunque los enfoques abordados han hecho hincapié en la importancia del concepto de equidad-inequidad en salud, los resultados del análisis de los artículos científicos de la última década muestran que su incorporación es limitada y sesgada. La adecuación a de los conceptos de AF e IC en esa dirección es, por decir lo menos, incipiente. Ello muestra un dominio soterrado de los principios de la epidemiología clínica y señala las falencias en la dirección de proyectar los estudios a la praxis social; se puede decir que la concepción epistemológica de la epidemiología dentro del marco de la sociología del conocimiento adolece aun de desarrollo.

En la misma dirección, salta a la vista que las metodologías usadas, principalmente cuantitativas, no logran dar cuenta del entramado complejo de aspectos que interactúan en el campo de la AF y, menos aún, de sus implicaciones en dirección a subsanar las situaciones de inequidad. Cabe destacar acá los esfuerzos realizados por Jaime Brehil (1997) y otros investigadores de la medicina Social Latinoamericana o inclusive de posturas como las de Nancy Krieger (2001; 2002) al proponer una perspectiva metodológica específica que logre conjugar aspectos cualitativos y cuantitativos o interdisciplinarios.

Se requiere, para que el campo de la AF y el de la IC atiendan a los avances propuestos por la epidemiología social, que revalue su propuesta conceptual. Que se interese por relacionar categorías que atiendan a los aspectos sociales y observar su influencia en los campos respectivos. Una vez asumido este camino de indagación se requerirá que sopesen cual de los dos enfoques resulta más fértil para su campo particular. Sin embargo, en opinión del investigador, asumiendo que tanto la AF como la IC tienen como horizonte justificativo la mejoría de las condiciones de vida a través del estudio de campos específicos de la actividad humana, un esfuerzo por incorporar en ellos el enfoque de la determinación social de la salud, repercutiría en una profundización de sus esquemas de análisis y en una ampliación de su perspectiva de comprensión de los fenómenos de los que se ocupan. La incorporación de una visión estructural

de la influencia de las esferas económica y socio-cultural en las condiciones de salud/enfermedad y en la eficacia de las acciones preventivas, clínicas o paliativas, aportarían a plantear soluciones más pertinentes que conduzcan a la erradicación de aquellas condiciones evitables que producen la enfermedad.

Es una deuda de este estudio el análisis de la procedencia geográfica de los artículos abordados, pues no se usó como criterio de búsqueda, de selección o de clasificación. Se puede plantear como un campo a explorar que dé luces sobre los lugares de arraigo de los enfoques y las perspectivas. Derivado de ello, se podrían analizar las acciones particulares que se asuman a partir de cada enfoque para avanzar en un diagnóstico comparativo de las implicaciones prácticas de las concepciones académicas. En el futuro, un estudio de ese tipo puede contribuir a identificar fortalezas y debilidades de cada uno de ellos.

Así mismo, se puede proyectar la importancia del análisis crítico de los contenidos de los documentos que recomiendan o formulan políticas públicas en el campo de la AF. Un trabajo de ese talante puede ayudar a precisar los elementos específicos que se encaminan a la superación de las inequidades en salud y, contrastado con un análisis de los resultados de las acciones orquestadas por esos documentos, puede ser insumo para una evaluación del desarrollo correlativo entre teoría y acción. En ese mismo sentido, una posible proyección del presente trabajo consistiría en el análisis de contenido de las normas puntuales que en diferentes países se hayan derivado de las recomendaciones, y cruzar este análisis con las estadísticas sobre práctica, intensidad o frecuencia de la AF, presencia/ausencia de trastornos de IC.

BIBLIOGRAFÍA

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L., y Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(1). 103-109.
- Alvariñas, M., Fernández, M. y López, C. (2009) Actividad física y percepciones sobre deporte y género. En *Revista de Investigación en educación*. Pontevedra: Universidad de Vigo. 113-122.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª edición). Washington, DC.: APA.
- Andrade, J., Ignaszewski, A. (2007) Exercise and the heart: A review of the early studies, in memory of Dr R.S. Paffenbarger. En: *British Columbia Medical Journal*, Vol. 49 (10). 540-546.
- Aracil, A., Moya, M. (2011). Jeremy Noah Morris: el hombre que descubrió el ejercicio. En: *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, vol. VII, (22). 72-73.
- Arenas, M. (2008). *Actitudes, percepciones y prácticas corporales de los usuarios adultos de programas de actividad física en las subregiones de Antioquia*. Tesis para Magíster en Motricidad y Desarrollo Humano. Medellín: Universidad de Antioquia. Disponible en: viref.udea.edu.co/contenido/pdf/145-actitudes.pdf
- Armus, D. (2002) *La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna*. En *Asclepio*, Vol. LIV
- Berger, P y Luckmann, T. (2003) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Borde, E., Morales, C., Eslava, J., y Concha, S. (2013) ¿Determinación Social o Determinantes Sociales? Diferencias Conceptuales e Implicaciones Praxiológicas. *Rev. De Salud Pública*. 15(6). 797-804.

- Blair, S.N., Davey, G., Lee, I.M., Fox, K., Hillsdon, M., McKeown, R.E., Haskell, W.L., Marmot, M. (2010) A tribute to Professor Jeremiah Morris: the man who invented the field of physical activity epidemiology. En: *Epidemiol* Vol. 20(9). 651-660.
- Brehil, J. (1997). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: Ediciones CEAS.
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder: la construcción de lo social y del género. En: Viveros, M. y Ayala, G. (comp.) *Cuerpos, Diferencias y Desigualdades*. Bogotá: Utópica Ediciones. 130-141.
- Breilh, J., Estrada, A., Iriart, C., Merhy, E., y Waitzkin, H. (2002). *Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos*. *RevPanam Salud Pública* 12(2). 128-135.
- Caballero, E., Moreno, M., Sosa, M., Figueroa, E., Vega, M., y Columbié, L. (2012). Los Determinantes Sociales de la Salud y sus diferentes modelos explicativos. Recuperado de: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid06212.htm>
- Camacho, M., Fernández, E., Rodríguez, M. (2006) Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: Incidencia de la modalidad deportiva. En: *International Journal of Sport Science* Vol. II. 1-19
- Camargo, D., Ovalle, J., y Rubiano, R. (SF). Una mirada desde la determinación social de la cultura física como fenómeno social. Avance de investigación en curso, GT 23: *Sociología del Deporte, Ocio y Tiempo Libre*. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Disponible en:

http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT23/GT23_CamargoRojas_Ovalle.pdf
- Camargo, D., Gomez, E., Ovalle, J., y Rubiano, R. (2013) La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. En: *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31 (supl 1). 116-125.
- Chave, S.P., Morris, J.N., Moss, S., Semmence, A.M. (1978) Vigorous exercise in leisure time and the death rate: a study of male civil servants. En: *J EpidemiolCommunityHealth*. Vol. 32(4). 239-243.

- Chodzko, W.,Schwingela, A., y Romo, V. (2012) Un análisis crítico sobre las recomendaciones de actividad física en España. En Gaceta Sanitaria. Barcelona: Sociedad española de Salud Pública. 525-533
- Cortés, C. (2010). La investigación social en salud: un punto de encuentro para las ciencias sociales y las ciencias de la salud. En: Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 58 (4). 259-262.
- Correa, J. (2010). Documento marco que sustenta la relación del grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano con los currículos de los programas de pregrado de rehabilitación de la escuela de medicina y ciencias de la salud. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Courtine, J.; Corbin, A.; y Vigarello, G. (coords.). (2005). Historia del cuerpo. Madrid: Taurus Ediciones.
- Devís, J., Peiró,C.(1992). Nuevas perspectivas curriculares en educación física: la salud y los juegos modificados. Madrid: INDE Publicaciones.
- Duperly, J.(2000). Actividad física y obesidad. En: Acta Médica Colombiana Vol. 25 (1). 31-43
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (eds.) (2001).Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud.
- Feachem, R. (2000). Pobreza e inequidad: un enfoque necesario para el nuevo siglo. En inglés: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1): 1-2.; Versióncastellana disponible en:
<http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0410.pdf>
- Figueroa, D. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. En: Saude Soc. Vol. 18 (1). 103-117.

García, C. (2006). Las fiebres del Magdalena: medicina y sociedad en la construcción de una noción médica colombiana, 1859-1886. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia

González, A y González, C. (julio – diciembre 2010). Educación física desde la corporeidad y la motricidad; En Hacia la Promoción de la Salud, Vol. 15, (2). Págs. 173 – 187.

González-Montero, M., André A., García, E., López N., Mora A., Marrodán M. (2010). Asociación entre actividad física y percepción de la imagen corporal en adolescentes madrileños. En: Nutrición clínica y dietética hospitalaria. Vol. 30 (3). 4-12.

Gwatkin, D. R. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?. En inglés en: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1): 3–18. Versión castellana disponible en:

<http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/bu287.pdf>

Hernandez-Sampieri & Otros (2006). Metodología de la Investigación, México, McGraw Hill Interamericana.

Hernández, M. (2008) El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. En Revista de salud pública. Bogotá: Universidad Nacional.

Krieger, N. (2001). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. En: International Journal of Epidemiology, Vol. 30. 668-677. Traducción: Rafael González Guzmán, Profesor del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. En: Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11(5-6). Consultado el 14/10/2015 en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500028&script=sci_arttext#top1

Laín Entralgo, P. (1982) Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat .

- Lee, I. y Skerrett, P. (2001) Physical activity and all cause-mortality: what is the dose-response relation? En: *Medicine & Science in sports & exercise*. Vol. 33(6). 459-471.
- LópezChicharro, J. (2008). *Fisiología clínica del ejercicio*. Bogotá, Ed. Médica Panamericana.
- Lukacs, G. (1984) *Historia y conciencia de clase*. Madrid: Grijalbo.
- Mancilla, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Amaya, A., Alvarez, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. En *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (3). Págs. 62-79.
- Márquez, S., Rodríguez, J., y De Abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. En: *Revista Apunts. Educación física y deporte*. 12-24.
- Martínez, A. (2006). Historia y antropología del cuerpo. En *Gazeta de Antropología*. (22). Págs. 22-19. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2049505>.
- Martinez, F. (2007). Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En: *Equidad y salud, debates para la acción*. Colección La seguridad Social en la encrucijada, Tomo 4. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo – Universidad Nacional de Colombia, Secretaria Distrital de Salud. 69-100
- Marx, K. (1971). *Contribución de la crítica de la economía política*. Medellín: Oveja Negra.
- Mejía, L. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: Base Teórica de la Salud Pública. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(1). 29-36.
- Meneses, M. y Moncada, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. En *Revista de iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte* Vol. 3, (1). 13-30.
- Merleau-Ponty M. (1994). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Ed. Planeta de Agostini.

- Ministerio de Salud Pública, Cuba. (MSP) (1999). Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 15(1).46-87
- Morris, J.N.; Heady, J.A.; Raffle, P.A.; Roberts, C.G.; Parks, J.W. (1953). Coronary heart-disease and physical activity of work. En: Lancet, 265(6796). 1111-1120.
- Morris, J.N., Chave, S.P., Adam, C., Sirey, C., Epstein, L., Sheehan, D.J.(1973). Vigorous exercise in leisure-time and the incidence of coronary heart-disease. En: Lancet (1). 333-339
- Morris, J.N., Everitt, M.G., Pollard, R., Chave, S.P., Semmence, A.M. (1980). Vigorous exercise in leisure-time: protection against coronary heart disease. Lancet (2). 1207-1210.
- Norman, D., Bryant, J., Castaño, R.A., Dantes, O.G., Khan, K.S. y Pannarunothai, S. (2000). Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. En: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6). 740-750. Versióncastellanadisponible en:
<http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/bu0583.pdf>
- OMS. (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.
- OMS (2010) Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.
- Oña, A. (2002). La ciencia en la actividad física: viejos y nuevos problemas. En: Revista Motricidad (9). 9-42.
- Oña, A. (2004). Factores psicológicos implicados en los programas de Actividad física para la longevidad. En: Ejercicio, salud y longevidad. 391-412
- Paffenbarger, R.S., Wing, A.L., Hyde, R.T.(1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. En: J Epidemiol. 161-175.

- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Hsieh, C.C. (1986) Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. En: *Engl J Med* Vol. 314. 605–613.
- Paffenbarger, R., Blair, S., Lee I. (2001) A history of physical activity, cardiovascular health and longevity: the scientific contributions of Jeremy N Morris, DSc, DPH, FRCP. En: *J Epidemiol*. Vol. 30(5). 1184-92.
- Pascal, B. (1981). *Pensamientos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pedraz, M. (1997). Poder y Cuerpo- El (incontestable) mito de la relación entre ejercicio físico y salud. En revista de *Educación Física y Ciencia*, Año 3 (2). La Plata: Departamento de Educación Física de la UNLP.
- Pérez, B. et al. (2012) Patrón de actividad física, composición corporal y distribución de adiposidad en adolescentes venezolanos. En *Anales venezolanos de nutrición*. 5-15
- Piedra, J., García-Pérez, R., Latorre, A., Quiñones, C. (2013) Género y educación física. Análisis de buenas prácticas coeducativas. En: *Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado*. Vol. 17 (1). 221-241.
- Pierón, M. y Garcia, M. (2007) Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una perspectiva de salud. En *Tandém. Didáctica de la educación física*. Barcelona: Grao.
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. En: *Estudios de Sociolingüística* Vol. 3(1). 1-42.
- Pohl-Valero, S. (2012). Perspectivas culturales para hacer historia de la ciencia en Colombia. En: Hering, M., Pérez A. (eds.) *Historia Cultural desde Colombia: Categorías y Debates*. Bogotá: Universidad Javeriana, Universidad Nacional, Universidad de los Andes. Pp. 399-430.
- Porter, D. (1999). *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge.

- Quevedo V., Emilio (1997) "Las relaciones de poder en la investigación y la construcción de una comunidad científica". *Nómadas*, 7: 21-37.
- Quevedo, E. (2012). Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una renovación curricular en medicina. En Gustavo A. Quintero. *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje*, 269-314. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario.
- Quevedo, E., Hernández, M., Cortés, C y Eslava, J. (2013) Un modelo para armar: una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. En *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 22. Págs. 15-27.
- Rosen, G. (1993). *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rubio, D. (2013). Causalidad, Derechos Humanos y Justicia Social en la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(1).87-90.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. En *Osasunaz, cuadernos de ciencias de la salud*, (8). Págs. 171-183.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En *Psicothema*, Vol. 13 (3). Págs. 381-392.
- Silva-Filho, L.; Rabelo-Leitão., A; Menezes-Cabral, A.; yKnackfuss, M. (Septiembre de 2008). Imagen Corporal, Actividad Física y Factores de Riesgo. En *Revista Salud Pública*, No. 10 (4). Págs. 550 –560.
- Turner, B. (2008). *Body and Society. Explorations in Social Theory*. London: Sage.
- Universidad Nacional de Colombia (UNAL) (2015). Grupo de Equidad. Recuperado de: <http://www.equidadensalud.unal.edu.co/proyectos.html>

Vaquero, R. et al. (2013) Imagen corporal; revisión bibliográfica. En *Nutrición hospitalaria*. Murcia: Universidad Católica de San Antonio. 27 – 35.

Vidarte, J., Alvares, C., Cuellar, C., Alfonso, M. (2011). Actividad física: estrategia depromoción de la salud. En: *Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 16 (1). 202 – 218.

Weineck, J. (2005). *Entrenamiento total*. Barcelona: Ed. Paidotribo.