

ABORDAJES TEÓRICOS EN LA COMPRENSIÓN DE LA INFLUENCIA DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS EN LA ACTIVIDAD FÍSICA.

Resumen

La actividad física (AF) está definida como un concepto polisémico. Existen factores de contexto externo que afectan el imaginario que los sujetos construyen alrededor de ella, implicando con esto la adopción de definiciones y prácticas específicas.

El presente estudio cualitativo, pretende analizar la influencia de los recursos económicos en la reproducción social de los conceptos y prácticas de AF desde los modelos de determinantes y determinación social.

Para llegar a comprender el concepto de actividad física como un concepto polisémico con una perspectiva desde la teoría de los determinantes sociales de la salud y la teoría de la determinación social, fue necesario obtener una concepción más global e integradora, para lo cual se hizo indispensable realizar la revisión documental y análisis de contenido de los conceptos académicos y las prácticas de AF que se han desarrollado en los últimos 10 años.

Los resultados de la investigación arrojaron un concepto de AF con dos tendencias, el primero desde una dimensión biológica y el segundo el de recurso económico, analizado en su mayoría desde una mirada reduccionista. Las relaciones entre actividad física y recursos económicos se encuentran claramente establecidas, no obstante, la orientación de las relaciones cambia con la perspectiva teórica del autor. La mayor parte de los documentos revisados se basan en el modelo de determinantes, sin embargo, se empieza a notar como algunos elementos de la determinación social aparecen en los artículos.

Palabras clave: actividad motora, factores socioeconómicos, reproducción social, determinación social, determinantes de la salud.

Abstract

Physical activity (PA) is defined as a polysomic concept. There are some external context factors which affect the imaginary that the subjects establish around it, implying the adoption of definitions and specific practices.

This qualitative study pretends to analyze the influence of the economic resources in the social reproduction of the concepts and the PA practices from the determinant models and social determination.

In order to understand the physical activity concept as a polysomic conception, with a perspective from the health social determinants theory and the social determination theory, it was necessary to obtain a more comprehensive and integrated approach, for that, it was essential to make a compendium and analysis of concepts and practices that have been developed PA over the past 10 years in the academic literature.

The results of the research showed a trend of PA concept from a biological dimension and "economic resource" is analyzed mainly from a reductionist point of view. The relationship between physical activity and economic resources are clearly established, however, the orientation of relationships changes with the theoretical perspective of the author. Most of the documents reviewed are based on the model of determinants, nevertheless, it is starting to show how some elements of the social determination appear in the articles.

Key words: motor activity, socioeconomic factors, social reproduction, social determination, social determinants.

Introducción

El concepto de actividad física (AF) se ha transformado a la par con el concepto de salud, reconociendo la noción biomédica y fisiológica pero profundizando en el ámbito psicológico y social, entre otros. Por ejemplo, Pérez y Devis, (2004) considera la AF como una experiencia personal y una práctica sociocultural, haciendo énfasis en el potencial beneficio de ésta en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente. Esta definición, reconoce a la AF como medio de interacción social y hace un llamado a reflexionar sobre el concepto que es más conocido universalmente y especialmente mencionado por los profesionales y personal de salud: “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (Bouchard, 1990; Devís y Peiró, 1993; Hallal, 2005; OMS, 2014).

Además, la AF está definida como un concepto polisémico por su diversidad de significados, manifestaciones y referentes epistemológicos (Correa, 2010). Existen factores externos en el contexto de las personas que afectan el imaginario que los sujetos construyen alrededor de ella adoptando definiciones y prácticas específicas, desde los más elementales factores demográficos y biológicos, pasando por los psicológicos, conductuales, cognitivos y sociales, hasta los factores propiamente ambientales y las características en sí de la propia actividad física (Sallis y Owen, 1999). Estos varían de acuerdo al contexto social, cultural e histórico en que se desenvuelve el sujeto, evolucionando y cambiando al ritmo de la propia humanidad (Alberto, 2013).

Entre los factores sociales y demográficos que influyen en la reproducción social del concepto y las prácticas de AF se encuentra la posición socioeconómica. En los últimos años, la producción académica que vincula el análisis de la relación entre la posición socioeconómica y la actividad física ha aumentado. Este interés se relaciona con que se ha encontrado que los

factores determinantes para la práctica de AF son multifactoriales, y entre estos se encuentra la posición socioeconómica. (Droomers M, 1998; Marmot y Wilkinson, 2006; Redondo, 2012; Hormiga, 2012).

Con lo anterior, y debido a que el campo de trabajo de la AF es muy amplio, así como el de la posición socioeconómica, el presente estudio define como categoría a estudiar: los recursos económicos, siendo este uno de los elementos que definen la posición socioeconómica, y uno de los factores demográficos determinantes para la práctica de AF, el cual incide en el nivel de ésta de manera positiva o negativa (Sallis y Owen, 1999), además se ha encontrado que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Health Canada, 2000).

Así mismo, la literatura académica ha revelado que verdaderamente existe relación entre los recursos económicos que los sujetos poseen y la práctica o no de actividad física. Por ejemplo, se ha documentado una menor práctica de AF en personas con menor nivel educativo o socioeconómico (ONU, 2011), igualmente Elhakeem (2014) encontró una asociación entre posición socioeconómica y actividad física, evidenciando que poblaciones menos favorecidas en la niñez, practican menos AF en el tiempo libre en adultos. Así mismo Gidlow (2006), encontró que quienes están en la parte superior de la escala socioeconómica parecen realizar una mayor actividad en el tiempo libre que los que están en la parte inferior.

No obstante, a pesar de presentarse algunos estudios frente al tema, aún existen desacuerdos sobre la forma como se ha asumido la posición socioeconómica, incluyendo los recursos económicos como unidad de análisis y su relación con la actividad física, lo que conlleva a revisar como las personas que producen conocimiento están comprendiendo el campo de la

actividad física y la influencia de los recursos económicos, ya que se encuentra que aunque se reconoce la amplitud de los conceptos, estos y su relación se estudian desde una perspectiva reduccionista. Es decir, valorados y determinados únicamente desde concepciones influenciadas por el sistema político y socioeconómico imperante, que reduce los análisis desde una perspectiva individual y unidireccional para comprender el fenómeno.

Además, dado que los recursos económicos se vinculan a una nueva discusión en el campo de la salud, el estudio intenta analizar esta relación a partir de dos formas de comprender la salud: Por un lado la de los determinantes (Marmot, 2000) y por otra la de la determinación (Breilh, 1990). Se escogen estos dos modelos por que la AF como factor protector de la salud es una necesidad social, y no depende únicamente del individuo el realizarla o no. Si es cierto que la persona tiene una responsabilidad directa en cuanto a sus estilos de vida y a las conductas que asume, la sociedad en la que vive también es responsable por una serie de factores en el ambiente, la organización y políticas de salud, y vida de las personas, estableciendo esa doble determinación entre lo individual y lo social.

Con lo anterior, el objetivo del estudio es analizar el a bordaje teórico utilizado por diferentes autores de la bibliografía académica para comprender la relación entre AF y recursos económicos, a partir de los modelos de determinantes y de determinación. El estudio demuestra importancia por las siguientes razones:

La posición socioeconómica y la práctica de actividad física, son dos determinantes que influyen en la salud individual y poblacional. Se hace indispensable realizar un análisis de los conceptos y las prácticas de AF que se han tenido y se tienen actualmente, teniendo en cuenta principalmente la influencia de la posición socioeconómica, para que al realizar una planeación

de programas en actividad física se tenga en cuenta la evolución del concepto y especialmente la reproducción de éste en la actualidad.

Además, para llegar a comprender el concepto de actividad física y sus objetivos es necesario obtener una concepción más global e integradora, para lo que se hace indispensable realizar un compendio de los conceptos y las prácticas de AF que se han desarrollado en los últimos 10 años en la literatura académica, lo cual proporciona herramientas para la construcción y la transformación de imaginarios en las poblaciones, fomentando la comprensión de la actividad física como un concepto polisémico con una perspectiva desde la teoría de los determinantes sociales de la salud y la determinación social, esencial para el desarrollo de procesos de interacción social, que vincule tanto la reflexión sociológica como la comprensión que desde la OMS se viene dando.

Igualmente, al realizar la búsqueda en la bibliografía académica de la influencia de los recursos económicos en la reproducción social de concepto y las prácticas de actividad física, se encuentran estudios que argumentan dicha relación, pero no se ha identificado el abordaje teórico desde el cual los autores han generado la relación o interacción entre recursos económicos, los conceptos y las prácticas de la actividad física. Este estudio analiza la influencia de las concepciones proyectadas por los autores de la bibliografía académica en la reproducción social del concepto y las prácticas de la AF.

Esta investigación aportará elementos para una mejor comprensión de la influencia de los recursos económicos en la reproducción social del concepto y la práctica de AF y profundizará en las orientaciones teóricas que los autores establecen en la relación entre actividad física y recursos económicos, lo cual es necesario para la formulación y diseño de políticas públicas en

este campo, y reorientar las intervenciones que posibiliten el aumento de práctica de actividad física y disminuyan las desigualdades en su práctica.

Todos los problemas anteriormente desarrollados toman forma y se expresan a través de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye el abordaje teórico utilizado por diferentes autores de la bibliografía académica para comprender la relación entre AF y recursos económicos, analizado a partir de los modelos de determinantes y de determinación?

Referentes teóricos

La investigación tiene su fundamento en el marco conceptual desarrollado a continuación en tresaristas: Inicialmente, se pretende explicar los conceptos de actividad física reconocidos por diferentes autores, demostrando cómo el concepto y las prácticas de la actividad física se reproducen de acuerdo con el contexto social en que se desenvuelve, por lo tanto, no existe una concepción unificada alrededor de la actividad física, como tampoco estrategias para su promoción.

Seguidamente, se expone cómo diferentes autores conciben los procesos socioeconómicos, y su relación con en el proceso salud y enfermedad de las poblaciones y específicamente de la actividad física.

A continuación se describe como el concepto y las prácticas de AF que un sujeto posee está condicionada, influenciada y orientada por el pensamiento de otros sujetos. Desde esta perspectiva, el concepto es abordado en relación con el análisis de las interacciones entre individuos.

Y por último se hace referencia a la existencia de modelos para comprender el proceso salud enfermedad, los cuales pueden aplicarse al proceso de reproducción social del concepto y las prácticas de la actividad física de acuerdo a los recursos socioeconómicos que posee el sujeto; entre estos se encuentra el modelo de determinación social y de determinantes sociales de la salud, que son los modelos de análisis del presente estudio.

Conceptos de actividad física

No existe una concepción unificada alrededor de la actividad física, como tampoco estrategias para su promoción (Correa, 2010). Algunos autores la definen como “Cualquier movimiento del cuerpo producido por el sistema músculo esquelético y que tiene como resultado un gasto energético”. Este concepto enmarcado en el ámbito biológico ha sido complementado por otros autores con las características de experiencia personal y práctica sociocultural, haciendo énfasis en el potencial beneficio de ésta en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente (Pérez y Devis, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar y del trabajo”. También involucra dentro de este concepto actividades que requieren de algún grado de esfuerzo como, por ejemplo, lavarse los dientes, trasladarse de un lugar a otro para satisfacer las necesidades, limpiar la casa, lavar el carro, realizar un deporte de alto rendimiento y muchas otras más que el ser humano realiza diariamente (Bouchard C, 1990).

Dentro de esta variedad de conceptos, Ocampo (2009) concluye que la actividad física puede reconocerse desde diferentes dimensiones: La biológica se relaciona con las potencialidades físicas y su desarrollo a partir de un consumo energético (Pinheiro, C. y cols., 2009); la positivista, que tiene que ver con la obtención de unos resultados que se pueden comparar y estandarizar (Cancela, J. y Ayan, C., 2011; Cooper J, 2014 y Rombaldi, J. y cols., 2014); la conductual, relacionada con un instrumento pedagógico que busca generar cambios en las conductas de los sujetos (Carratala y Carratala, 1999, Paluska y Schwenk, 2000, Dunn et al.,

2001, Washington, 2001 y Gunter, 2002); y la dimensión sociocultural, que es el resultado de procesos sociales de los grupos en sus interacciones y construcciones cotidianas. Éste último elemento convierte a la actividad física en un elemento cultural que se hereda, transmite y transforma, hasta llegar al punto de poder hablar de costumbres y hábitos que se evidencian en todos los escenarios de desempeño de la vida cotidiana de los sujetos (Maxwell y Tucker, 1992).

En cuanto a que la actividad física (AF) es un medio de interacción social, en el estudio se considera el carácter experiencial y vivencial de la AF, teniendo en cuenta su carácter social, tal como lo define Devis y cols: “cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal que nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea”. Estas experiencias permiten aprender y valorar pesos y distancias, vivir, apreciar sensaciones muy diversas y adquirir conocimientos de nuestro entorno y nuestro propio cuerpo. (Devis y cols., 2000)

La anterior clasificación por dimensiones, se retoma en el presente estudio para establecer la tendencia del concepto de actividad física, determinada por los autores de la comunidad académica para sus estudios.

Procesos socioeconómicos: La lectura de los recursos económicos

En la revisión del estado del arte para el presente estudio, se observó que la categoría recursos económicos se utiliza como una aproximación del nivel socioeconómico aunque entre sus limitaciones se encuentra que no exista una definición estandarizada y varía su análisis entre los estudios. (Guillamón, 2003).

Los índices socioeconómicos más utilizados han sido la pobreza y el nivel socioeconómico. Generalmente la pobreza se ha medido a través de las ganancias o los ingresos familiares: “income” o del cociente entre estas y el número de miembros en la familia: “incometoneeds ratio” (Duncan et al, 1994). La medida más tomada de “income” es el total de ingresos en la familia incluyendo gastos, pagos e impuestos. Otro indicador es el salario por hora o día trabajado, o la riqueza que tiene en cuenta no solo los bienes gananciales sino los bienes materiales (Daly, 1999).

Por otro lado, el nivel socioeconómico es una medida multidimensional que se basa principalmente en la ocupación educación del padre y la madre, y que hace referencia al status y la posición de prestigio que un sujeto ocupa en la sociedad. El indicador más utilizado es el índice de nivel socioeconómico (SES) (Hollingshead ,1975). Este índice define el nivel socioeconómico a partir de los años de educación del padre y de la madre, y de su ocupación, agrupando el SES en 5 categorías.(Guillamón, 2003). Las tres categorías clásicas que se utilizan con más frecuencia son: la ocupación, el nivel de estudios y los recursos (Redondo, 2012).Aunque este indicador multidimensional ha sido ampliamente utilizado también son numerosos los trabajos que estudian separadamente los efectos de cada uno por separado.

La concepción de los recursos económicos en salud se ha visto matizada por varias discusiones: Una abordada por el campo de las ciencias económicas que muestra influencia de variables microeconómicas dentro del análisis de la salud en términos costo – beneficio, definiendo los recursos económicos como el conjunto de las capacidades humanas, elementos naturales y bienes de capital, que se utilizan casi siempre conjuntamente para producir bienes y servicios. (Smith, 1764; Aspromourgos, 2004; Collazo, 2002).

Otra discusión es la de las demás ciencias sociales (de la antropología y especialmente de la sociología del funcionalismo de la década de los 60), que reconoce que hablar de recurso económico no solo es tener; considera que los ingresos no son la única fuente para verificar una posición y que existen capitales simbólicos que son también importantes como el status, la educación, la clase, la posición (Cortes, 1992; Pinderhughes, 2000). Estas afirmaciones están influenciadas por las ideas de Sen y Neef que relacionan sus teorías con el desarrollo humano y la calidad de vida, (Sen, 1973,1992; Max-Neef, 1993).

Por otro lado la influencia de las ciencias políticas vista como los discursos de las ideas desarrollistas (década de los 60 y retomadas en el 80 y siglo XXI), producto de la influencia de las ideas de Truman que busca que los estados comiencen a desarrollarse producto de la globalización, los tratados de libre comercio, la cooperación internacional entre países del centro y la periferia y el crecimiento de las ideas neoliberales (Truman, 1948). En este marco de ideas de desarrollo humano se determina que el indicador diseñado para hacer seguimiento a los países será a través de tres dimensiones: salud, educación e ingresos. Con esto se intenta una aproximación al carácter multidimensional del desarrollo a través de factores que se consideran entre los más condicionantes del proceso de creación de capacidades, oportunidades y opciones: años promedio de educación, años esperados de educación, esperanza de vida al nacer e ingreso nacional bruto per capita. (Salas, 2014)

Un representante de esta corriente es Fraser (2004), quien afirma que se hace necesario considerar concepciones alternativas de redistribución y reconocimiento para poder obtener mejor resultado de los esfuerzos por reparar las injusticias económicas. Así mismo, Nusbaum (2010) afirma que la causa por la cual se deja de lado la redistribución de los recursos y se

registre niveles alarmantes de desigualdad es debido a que la elaboración de políticas para el desarrollo desde el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, es visto sólo como un indicador económico que califica la calidad de vida de un país en la medida que incrementa su producto interno per cápita, pero el desarrollo humano examinado desde los otros aspectos de la calidad de vida que no están vinculados con el crecimiento económico, tales como: la salud, la educación, la libertad política, la igualdad social, la estabilidad democrática, la calidad de las relaciones de género y raza, no están asegurados por la suerte económica de un país.

Finalmente la influencia de la epidemiología con ideas de Nancy Krieger, quién argumenta que la posición socioeconómica difiere de la clase social y del estatus social. La autora aclara que la posición socioeconómica es un concepto combinado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, vinculadas con la posición de clase social en la niñez y en la adultez. Al referirse a los recursos incluye los bienes materiales y sociales como el ingreso, la riqueza y el cúmulo educativo. Al describir los elementos de prestigio refiere al nivel o condición (status) de un individuo dentro de una jerarquía social. Desde la literatura sociológica se ha enfatizado en reconocer que los recursos económicos son medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades. Este concepto no se equipara a otros más complejos como se menciona anteriormente que superan una relación de producción.

De acuerdo con lo anterior, los procesos económicos se tendrán en cuenta en el presente estudio únicamente como las medidas basadas en los recursos que poseen los sujetos, retomando la definición de Krieger, como los elementos materiales e inmateriales que combinados con el proceso productivo generan bienes y servicios a la sociedad (Krieger. y cols.,

2007). Los recursos económicos se encuentran medidos a nivel individual y colectivo de forma diferente tal como lo observamos a continuación:

Recursos totales individuales: Se relaciona con los ingresos personales de los sujetos, y están medidos como: salarios, ingresos brutos o descontados los impuestos, dividendos, intereses, rentas, cesantías y pensiones, al igual que por los bienes materiales e inmateriales que posee el sujeto.

Recursos colectivos o poblacionales: se relaciona con los ingresos o riquezas que posee un país, y esta medida según el producto interno bruto (PIB), es decir los ingresos de producción dentro de un país; y el producto nacional bruto (PNB), es decir los ingresos de producción fuera del país, que para el Banco Mundial la clasificación para el año 2014 es: ingresos bajos de US\$975 o menos; ingresos medianos bajos, US\$976 a US\$3.855; ingresos medianos altos, US\$3.856 a US\$11.905; e ingresos altos, US\$11.906 o más.

Recursos socioeconómicos y relación con la actividad física

El concepto y las prácticas de la actividad física se reproducen de acuerdo al contexto social en que se desenvuelve. Existen factores externos específicos del contexto social de las personas que afectan los imaginarios que los sujetos construyen alrededor de los conceptos de actividad física, así como su práctica.

Dentro de esas condiciones externas se encuentran los recursos económicos que influyen en el proceso salud y enfermedad de las poblaciones. Se ha documentado una menor práctica de actividad física en personas con menor nivel educativo o socioeconómico (ONU, 2011). En los estudios que relacionan recursos económicos y la actividad física encontramos que las personas

con mayores ingresos, tienen un mejor estado de salud y viven más tiempo que quienes tienen menos ingresos (Ming W. y cols, 2006), igualmente se evidencia que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (HealthCanada, 2000) y que “la posición socioeconómica y la práctica de actividad física, son dos determinantes que influyen en la salud individual y poblacional” (Redondo, 2012).

Sallis y Owen (1999), encontraron que los factores determinantes para la práctica de AF son multifactoriales, influyendo en ella desde los más elementales factores demográficos y biológicos, pasando por los psicológicos, conductuales, cognitivos y sociales, hasta los factores propiamente ambientales y las características en sí de la propia AF, pudiendo incidir en el nivel de AF de manera positiva o negativa. Dentro de los factores demográficos y biológicos: el ser hombre, joven, con un elevado nivel de estudios, con un estatus socioeconómico y salario elevado, es el perfil más habitual para tener un nivel de práctica de AF alto (Sallis y Owen, 1999)

Ramos (2000) distingue tres tipos de determinantes o factores que inciden en la práctica de AF: los personales (características socio-demográficas, la motivación intrínseca, su CF y su salud), los ambientales (disponibilidad de tiempo para la práctica de AFD, la calidad y distancia de las instalaciones y el soporte social de su entorno, especialmente la pareja) y las características en sí de la AF, explicando que los primeros tienen más fuerza a la hora de iniciarse en la práctica de AF y los siguientes a la hora del mantenimiento y supresión. También define el perfil del mayor practicante: varón de menos de 30 años, con un buen nivel de estudios, sueldo y estatus social, prefiriendo los hombres el jogging y los deportes colectivos y las mujeres natación, caminar, ciclismo y gimnasia.

Hernández Mendo (1999) identificaba los factores determinantes de la adherencia a AF, resumiéndolos en situacionales (distancia a la instalación, tamaño del grupo, aspectos sociales y nivel de salud y CF), de entrenamiento (duración de las sesiones y grado de adecuación a los practicantes), biológicos (edad, género y nivel de salud), personales (grado de satisfacción e interés con la AF y disponibilidad de tiempo), sociales (apoyo de la pareja y familia) y psicológicos (actitud hacia las AF).

Se ha encontrado que ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Health Canada, 2000), por esta razón la categoría de análisis en el estudio será la posición social, enfatizando en los recursos que los sujetos poseen.

Reproducción social

Los conceptos y las prácticas de la actividad física forman parte del acervo cultural de la humanidad y se reproducen socialmente, desde las más cotidianas, como andar, a otras menos habituales como el fútbol o cualquier otro deporte. (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, 2010). La reproducción social, destaca la importancia de la educación e la gestación del capital cultural heredado, pone absoluta atención en la importancia del capital cultural heredado en la familia como clave de éxito en la escuela. La educación legitima ciertos saberes culturales inmersos dentro del contexto y se ven absolutamente reproducidos a través de un proceso de adiestramiento influenciado por el sistema socioeconómico imperante. (Bourdieu, 1970). Rizzo, (2012) define la reproducción social como la forma en que la vida de los individuos que se ve condicionada, influenciada y orientada por el actuar de otros sujetos. La reproducción social como proceso significativo analiza la interacción entre individuos y el carácter intersubjetivo de la forma en que es recreado continuamente el mundo social y la reproducción social como

proceso social desigual hace referencia a los condicionamientos de las acciones y de las relaciones a través de exigencias objetivas, el reconocimiento de una lógica de desigualdad en la distribución de recursos materiales y simbólicos. En el estudio se analiza la reproducción social del concepto y las prácticas de la actividad física, a través de inferencias e interpretaciones de lo que nos comunican los autores en los documentos encontrados.

Modelos de análisis: determinantes de la salud y determinación social

Existen diferentes enfoques para comprender la reproducción social del concepto y las prácticas de la actividad física de acuerdo a los recursos socioeconómicos que posee el sujeto, el estudio se analiza desde la propuesta de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud y recogiendo las críticas del movimiento de medicina social y salud colectiva desde la propuesta de la determinación social de la salud.

La medicina social en los últimos años ha cobrado importancia y ha generado las bases para pensar de una manera más sistemática y científica, los problemas de salud en las sociedades. Además las diferencias de contextos sociales e históricos han dado origen a los distintos enfoques sociales de la salud. Entre estos enfoques existen dos principales en torno a la comprensión social de la salud: el primero derivado del saber epidemiológico clásico pero convertido en epidemiología social anglosajona: el de los determinantes sociales de la salud, y el segundo creado como propuesta alternativa a la epidemiología clásica e influenciada por la medicina social y salud colectiva latinoamericana: la determinación social de la salud. (Morales, 2005)

La epidemiología social anglosajona, se desarrolló con propuestas de autores como McKeown (1982), Dubos (1981) y MacIntyre (1997) que modificaron el modelo epidemiológico clásico al destacar, como elemento importante, las desigualdades sociales en salud. Siguiendo esto, autores como Whitehead (1999), Marmot (1999) y Diderichsen (2002) elaboraron una propuesta más concreta sobre determinantes sociales de la salud que sirvieron de referente para el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS. En su informe, la CDSS reconoce, que las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas difiere de los factores de riesgo individuales, ya que busca las causas de la incidencia y no del caso (OMS, 2005), lo que hace que es este modelo analice la salud desde una perspectiva de equidad, dirigida a promover la reducción de las diferencias injustas de salud entre los diferentes grupos humanos. Así mismo, plantea que estas diferencias son producto de la estratificación social, producida por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios (OMS, 2005; 2008; Baum, 2008).

Por otro lado, en Latinoamérica, se desarrolla el movimiento de la medicina social y la salud colectiva bajo la influencia del pensamiento marxista, la revolución cubana, las luchas antiimperialistas y la búsqueda de un desarrollo propio garante de la soberanía de los pueblos, reconociendo la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y que las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. (Morales, 2005)

Los autores García (Galeano, 2011), Márquez y Rodríguez (2009), consolidan el movimiento de la medicina social, así como los trabajos de Arouca (2008), Breilh (1979), Laurell, Granda, Franco y Testa, que colaboran con sus aportes en este enfoque. Cuestionan el

núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo. Difieren de la responsabilidad que se les da a los propios sujetos por la elección que hacen de estilos de vida que no son saludables, pues para esta corriente los verdaderos orígenes de las desigualdades sociales de la salud los encuentran en los determinantes económicos y políticos de la salud y la enfermedad, producto de condiciones estructurales propias del capitalismo. Además este modelo analiza otras fuentes de discriminación, deprivación, opresión y privilegio: la clase, el género, la sexualidad, la raza/etnia, la discapacidad, la religión, la nacionalidad y la edad. (Krieger, 2001).

Con lo anterior encontramos que existen varios representantes para cada una de las teorías planteadas, aunque los autores referentes para analizar los conceptos y las prácticas de AFen el presente estudio son: el de los determinantes de la salud, desde la mirada de Michael Marmot y el de la determinación social, comprendida desde la reflexión de Jaime Breilh. Ambos autores proponen un análisis de la salud desde una perspectiva de equidad, vista esta desde la reducción de las diferencias injustas en salud, que resultan de la estratificación social, la cual, a su vez, se produce por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, reconociendo así como un factor importante de la salud los recursos económicos, categoría principal de presente estudio. Michael Marmot, es el máximo representante de la comisión de determinantes de la salud ante la OMS y Jaime Breilh, en la actualidad tiene una perspectiva crítica de la salud latinoamericana. A continuación se describen los modelos:

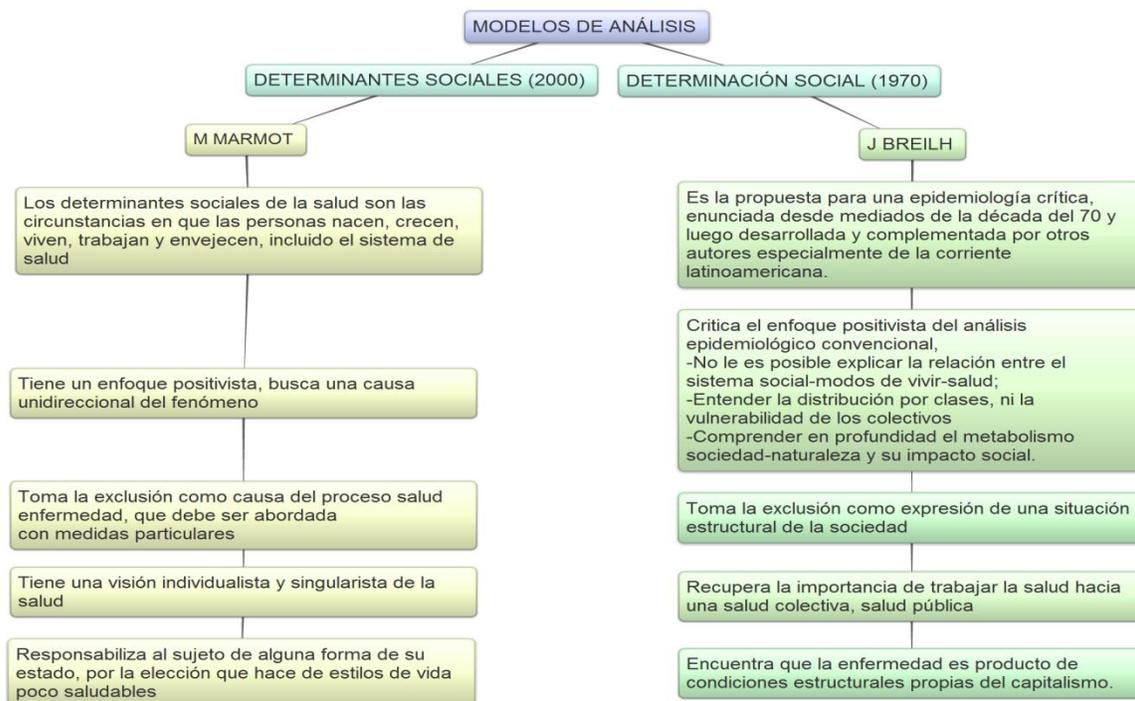
Determinación social: Jaime Breilh (2010), la define como una “herramienta de transformación hacia una nueva salud pública, una salud colectiva”. La salud para Breilh no solo abarca el aspecto de la vida individual sino que abarca lo que suceda en la clase social, en el grupo socioeconómico al que un individuo forma parte, y a su vez, este grupo socioeconómico

forma parte de una sociedad que tiene una lógica en la manera como esta se desarrolla y se condiciona. Reconoce tres dimensiones de la salud: la dimensión general concebida como la estructura socioeconómica de la lógica hacia dónde va una comunidad, configuración política y desarrollo de la cultura, la dimensión particular de los grupos donde relaciona el modo de vida de los diferentes grupos sociales como parte de una lógica general de la economía, de la política y la cultura y la dimensión individual de las familias integrando el modo de trabajar, el modo de consumir, el modo de organizarse, el modo de construir la identidad, las relaciones ecológicas y de calidad ambiental. (Breilh, 1990)

Determinantes de la salud: Según Marmot(2000) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual? Esta pregunta es central al enfoque de determinante social y amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales (Marmot, 2000).

En la figura I se muestra las diferencias entre los dos modelos de análisis: determinación social y determinantes de la salud.

Figura I Esquema comparativo de los modelos de determinantes y determinación social (Creación propia, 2014)



Metodología

El estudio está basado en la revisión documental de diferentes estudios publicados en la bibliografía académica, referidos al objetivo del estudio y que en alguna medida puedan dar respuesta a la pregunta de la investigación. Se enmarca en una investigación de tipo cualitativo. La revisión se realizó, específicamente de artículos publicados en el meta buscador Pubmed, a través de un análisis de contenido el cual se definió desde la propuesta de Piñuel (2002), con las siguientes fases:

Fases del estudio

La investigación se llevó a cabo en cinco fases:

Una **primera fase** de selección de categorías de análisis y su operacionalización:

Para la selección de los documentos y delimitación de la búsqueda, se utiliza los criterios que se conceptualizan a continuación:

Recursos económicos: La categoría reconoce la conceptualización que los autores de la bibliografía académica tiene en cuenta para su estudio, estableciendo desde que visión se realiza la investigación y el contexto desde donde relaciona con AF. Esta categoría se tuvo en cuenta en el presente estudio como los elementos materiales e inmateriales que combinados con el proceso productivo producen bienes y servicios para la sociedad (Krieger, 2001). Clasificados como ingresos familiares o del hogar (Ingresos reconocidos como: salarios (SMLV o según clasificación del país), seguro social, dividendos, intereses, rentas, cesantías y pensiones. Ej.: ingresos bajos, us\$975 o menos; ingresos medianos bajos, us\$976 a us\$3.855 ingresos medianos altos, us\$3.856 a us\$11.905; e ingresos altos, us\$11.906 o más) y como bienes y servicios

(Posesiones materiales reconocidas como: viviendas, vehículos, etc.). Los ejes de indagación para esta categoría son: ¿De qué manera el autor presenta el concepto de recursos económicos?, ¿Qué clasificación de los recursos económicos tiene en cuenta el autor en su texto? y ¿De qué forma el autor relaciona actividad física y recursos económicos?

Conceptos de actividad física: Esta categoría se hace importante definirla para reconocer desde que perspectiva conceptualiza los autores de la bibliografía académica para realizar su estudio y cuáles son las tendencias que se presentan. Se definió como la concepción, idea u opinión frente a la actividad física, clasificándola en: tendencia biológica (Potencialidades físicas y su desarrollo a partir de un consumo energético), conductual (Instrumento pedagógico que busca generar cambios en las conductas de los sujetos) o de práctica sociocultural (Resultado de procesos sociales de los grupos en sus interacciones y construcciones cotidianas). El eje de indagación para esta categoría es: ¿Qué concepto de actividad física predomina en el texto?

Prácticas de actividad física: Esta categoría se tiene en cuenta para reconocer que prácticas los autores de la bibliografía académica utilizaron para realizar su estudio. Definidas como actividades, aplicaciones, o ejecuciones físicas. El eje de indagación de esta categoría es: ¿Qué prácticas de actividad física se tienen en cuenta para el estudio?

Modelo de determinación social y modelo de determinantes de la salud: Estas categorías se incluyen como dos formas actuales de analizar la salud, reconociendo en cada estudio de la revisión, el modelo desde donde analiza cada autor, la forma de recolectar los datos, de usar una u otra metodología, y de presentar sus resultados.

Modelo de determinación social: Propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por autores de la corriente

latinoamericana. Critica el enfoque positivista de análisis epidemiológico convencional, recuperando la necesidad de trabajar la salud hacia una salud colectiva y pública (Breilh, 2013).

Modelo de determinantes de la salud: Definida como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen a su vez de las políticas adoptadas (Brunner, Marmot, & Wilkinson, 2003). Este modelo ilustra cómo las inequidades de salud condicionadas por determinantes sociales, son el resultado de la exposición diferencial al riesgo (ambiental, psicológico y conductual) a lo largo de toda la vida de los individuos. El modelo vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales. El eje de indagación de esta categoría es: ¿Desde qué modelo se para el autor para hacer la recolección de datos y realizar el análisis del estudio?

Una segunda fase de selección de unidades de análisis:

Los documentos fueron extraídos en el meta buscador Pubmed, utilizando los términos descriptores MeSH: actividad motora/física (motor activity), posición socioeconómica/ factores socioeconómicos (socioeconomicactivity, socioeconomicfactors). El cribado de los documentos obtenidos se hizo inicialmente por los títulos, seguido por los resúmenes y finalmente por el contenido completo del documento, con base en su utilidad para responder a las preguntas del estudio.

Se extrajeron únicamente artículos de libre acceso, publicados entre años 2004 y 2014, en idioma inglés, portugués o español, de tipos cualitativos, cuantitativos o mixtos, referidos al

objetivo del estudio y que en alguna medida puedan dar respuesta a la pregunta de la investigación.

Se excluyeron los estudios que no permitan observar la relación entre actividad física y recursos socioeconómicos. La estrategia de búsqueda se muestra en El cuadro N° 1.

Una tercera fase de selección del sistema de recuento o de medida: Dentro de los análisis de contenido se admite según Piñuel (2002) el uso de software, plantillas y protocolos que realicen análisis de frecuenciales y no frecuenciales (presencia o ausencia). Para esto, se utilizó la plantilla STROBE para estudios transversales y la plantilla CASPE para los demás estudios.

<i>Estrategia PubMed</i>
MOTOR ACTIVITY ("socioeconomic factors"[Mesh] AND "Motor Activity"[Mesh]) AND pubmedPMC local[sb] AND loprovpMC[sb] AND ("loattrfull text"[sb] AND "2004/11/10"[PDAT] : "2014/11/07"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms]) AND ((Review[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR systematic[sb] OR pubmed books[filter]) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2004/11/10"[PDAT] : "2014/11/07"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND medline[sb])
MOTOR ACTIVITY - SOCIOECONOMIC FACTORS ("socioeconomic factors"[Mesh] AND "Motor Activity"[Mesh]) AND pubmedPMC local[sb] AND loprovpMC[sb] AND ("loattrfull text"[sb] AND "2004/11/10"[PDAT] : "2014/11/07"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms]) AND ((Review[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR systematic[sb] OR pubmed books[filter]) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2004/11/10"[PDAT] : "2014/11/07"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND medline[sb])

Cuadro No 1. Ecuaciones de Búsqueda. Elaboración propia, 2015

Una cuarta fase de análisis descriptivo, teniendo en cuenta lo arrojado en la fase anterior.

Y por último la fase del análisis explicativo a partir del estado del arte, las categorías establecidas y las preguntas indagadoras; en el cual se codificó y clasificó por tendencias los conceptos, prácticas y modelos de acuerdo a la interpretación de la forma en que los autores

abordan las interacciones y relaciones entre las categorías establecidas, hallando puntos en común en la lectura y contrastando con la teoría a través de las discusiones y propuestas desde el modelo de determinantes y desde el modelo de determinación social, descritos anteriormente.

Elaborando una construcción documental de las categorías emergentes y haciendo análisis de la relación con las preestablecidas y la interpretación de las matrices, obteniendo los conceptos y las prácticas de la actividad física.

Resultados

Análisis descriptivo

De la búsqueda se obtuvo 10.239 referencias en PubMed con las ecuaciones presentadas en el cuadro No 1, de las cuales 2695 se seleccionaron con el primer criterio de inclusión: texto completo, últimos 10 años, en humanos, idioma inglés, portugués o español.

Se revisaron los 2695 títulos y resúmenes con los criterios definidos. Mediante la lectura de los resúmenes se excluyeron 1324 artículos que no cumplían los criterios de inclusión o que eran estudios que no aportaban al objetivo del estudio.

Después se revisó el método y el análisis de los artículos detectando que se incluyera dentro de la unidad de análisis “factores socioeconómicos”, la categoría: “ingresos”, “posesiones”, “salarios”, “dividendos”, “intereses”, “rentas”, “cesantías”, “pensiones”, o “bienes materiales”, para los estudios de los estudios medidos a nivel individual. Y la categoría “producto interno bruto (PIB) o “producto nacional bruto (PNB)”, para los estudios medidos a nivel poblacional. De total con este filtro se excluyeron 363 estudios más.

Finalmente, dos evaluadores revisaron los 71 artículos de forma independiente de acuerdo con los criterios definidos, incluyendo para la revisión 23 artículos definitivos. Se hizo lectura completa y aplicación de la plantilla de evaluación CASPE para el estudio cuasi experimental y el cualitativo y la plantilla STROBE para los documentos transversales (Figura II). La recogida de los datos y su análisis fueron realizados por los mismos dos revisores.

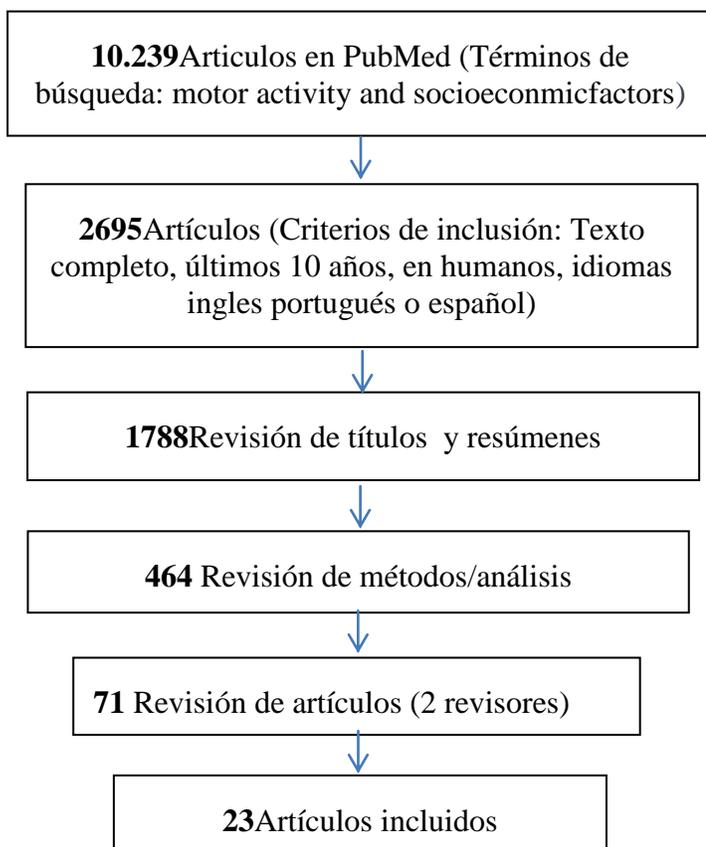


Figura II. Esquema de la selección de artículos para la revisión

Características de las unidades de análisis escogidas

Las características de los 23 artículos incluidos se describen en la tabla N° 1. El 93.5% de los estudios son de diseño transversal y sólo 1 es mixto y otro cuasi experimental.

Los estudios fueron realizados 11 en América, 6 en Europa, 3 en Asia, 2 en Oceanía y 1 en África (Gráfico N°1).

El grupo de edad más estudiado es el de adultos de 18 a 69 años, (43.4% de los estudios), seguido de los niños con un 23% (Tabla N°2).

Se encontraron 22 artículos en idioma inglés y 1 en portugués (Gráfico N° 2).

Las publicaciones fueron realizadas recientemente: 11 artículos del año 2014 y 9 del año 2013 (Gráfico N° 3)

TIPO DE PUBLICACIÓN	N° DE ARTICULOS	%
Transversal	21	91.3%
Mixto	1	4.3%
Cuasi experimental	1	4.3%
IDIOMA ORIGINAL DE LA PUBLICACIÓN		
Inglés	22	95.6%
Portugués	1	4.3%

Tabla N° 1 Caracterización de los artículos, Elaboración propia, 2015

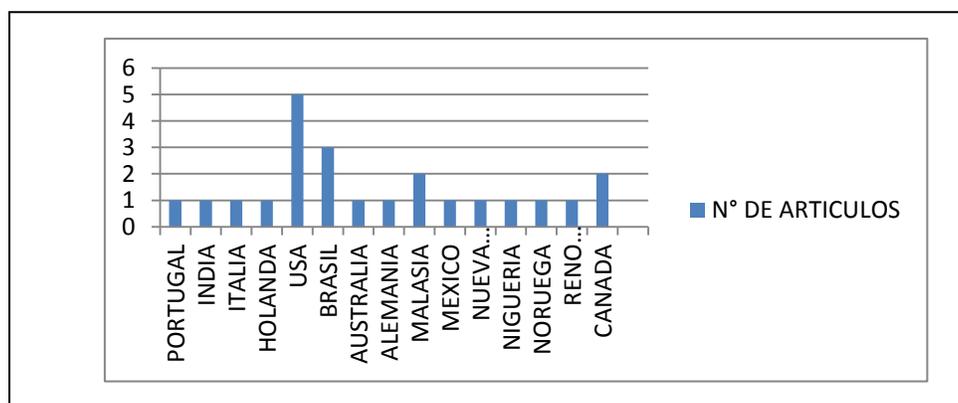


Gráfico N° 1 País de origen de las publicaciones

POBLACION	N° DE ARTICULOS	%
ADULTOS	10	43.4
ADULTO MAYOR	2	8.8
PAREJAS	1	4.3
NIÑOS	6	26.1
JOVENES	3	13.1
PADRES DE NIÑOS (3-5)	1	4.3

Tabla N° 2 Población de estudio

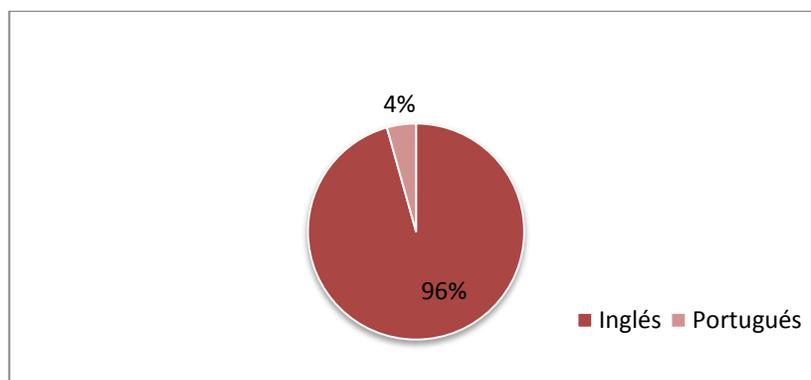


Gráfico N° 2 Idioma de las publicaciones

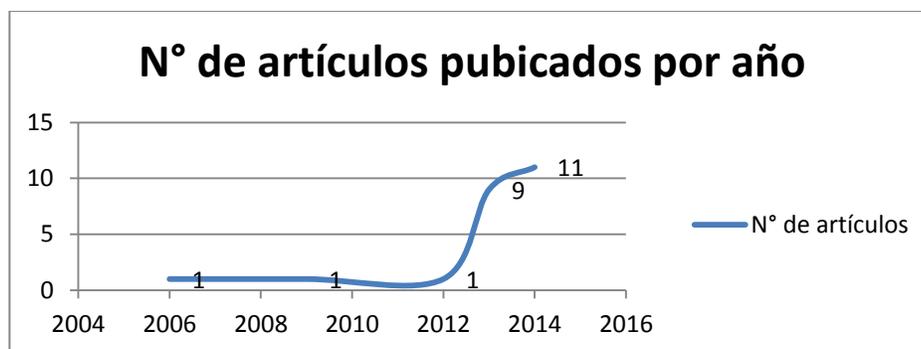


Gráfico N° 3 Distribución por año de documentos publicados

Análisis explicativo

Concepto de recurso económico, clasificación y relación con AF

ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE RECURSO ECONÓMICO

En el artículo de ALVES et al (2013) encontramos un concepto de recurso económico amplio, que incluye no solo ingresos, sino además se tienen en cuenta 11 variables para clasificar en 3 clases barriales, caracterizando los barrios en cuanto a edad, la distribución de educación /ocupación de sus habitantes, y características de la vivienda, así: 1. Proporción de personas jubiladas 2. Proporción de familias con niños ≤ 15 años 3. Índice de envejecimiento 4. Proporción de sujetos analfabetos 5. Proporción de sujetos con educación superior 6. Proporción de sujetos con menor ocupación 7. Tasa de desempleo 8. La media de gasto en vivienda (vivienda en propiedad) 9. La media de gasto en vivienda (vivienda en alquiler) 10. Atractivos 11. Proporción de edificios con necesidades de reparación. Se identifican tres clases diferenciadas de barrios homogéneos con respecto a las características socioeconómicas. El autor en cuanto a las mujeres concluye, que el vivir en un barrio menos pudiente se asoció con una disminución de AF en el tiempo libre de 47,8 MET min / día (IC del 95%: -91,8 a 1,41), en comparación con los barrios más ricos. A diferencia de los hombres en donde no se observó relación de práctica de AF en el tiempo libre y los recursos económicos del barrio. La desigualdad en la distribución de los recursos en los barrios puede estar influenciada por las oportunidades para la AF (por ejemplo, senderos para caminar). Alves, reconoce además que las diferencias de sexo en la participación deportiva pueden ayudar a entender estos hallazgos, argumentando que aunque la brecha de sexo parece estar disminuyendo, las mujeres prefieren actividades más estéticas e individuales como

la natación o aeróbicos, que han de ser pagadas y practicada en instalaciones adecuadas que son más escasos en los barrios desfavorecidos.

ANJANA et al (2014), igualmente desarrolla un concepto amplio de recursos económicos, aunque le da mucha importancia a los ingresos. Para su clasificación utiliza la escala de Kuppuswamy [2011], basado en parámetros como: la ocupación, la educación y el ingreso familiar por mes (en rupias). Los individuos fueron clasificados como pertenecientes a la posición socioeconómica alta si la puntuación total en la escala Kuppuswamyera de 26 a 29, posición socioeconómica media (media alta y media-baja) si la puntuación total era de 11 a 25 y posición socioeconómicabaja (inferior y superior inferior) si la puntuación total era menor que 11. Además se utilizan el tipo de casa y el estándar de índice de vida (SLI) propuesta por la Encuesta Nacional de Salud Familiar-3 (NFHS-3). Las casas fueron clasificadas como Kachca, semi-pucca o pucca. (Clasificación dada por el tipo de construcción de la casa). En el sistema de puntuación SLI, recibieron puntuaciones las instalaciones de la casa, y las posesiones de la familia. Los hogares con una puntuación de 0 a 14 se clasificaron como un SLI de bajo, una puntuación de 15-24 como medio SLI y mayores a 25 fueron considerados como de alta SLI. Este autor reconoce la relación actividad física recursos económicos afirmando que los sujetos inactivos tienen más probabilidad de tener un ingreso superior a la mediana y pertenecen a los estratos socioeconómicos superior en comparación con sujetos activos y altamente activos. Reconoce además que la prevalencia de sedentarismo fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales, argumentando que los factores como los niveles más altos de ingresos, ocupaciones menos exigentes físicamente y mayor disponibilidad de transporte mecanizado y electrodomésticos entre los habitantes de las ciudades podrían explicar esta disparidad.

En el artículo de BORRACCINO et al (2009) para el análisis del recurso económico, únicamente se tiene en cuenta el ingreso familiar, conceptualizándose como una definición de recurso económico influenciada por las ciencias económicas. Así mismo, se evaluó mediante la Escala de Afluencia de la Familia (FAS). FAS es una medida que refleja los recursos materiales de la familia, es un sustituto para el ingreso de la familia que está disponible para la compra de bienes específicos (artículos incluyen coches de la familia, la informática, el número de días de fiesta, dormitorio propio del niño). Una puntuación FAS compuesto (0-9 rango) se calculó para cada alumno en función de sus respuestas en estos cuatro elementos. De acuerdo con el protocolo internacional, se utilizó una escala ordinal de tres puntos, donde FAS 1 (puntuación <2) indicó recursos económicos bajos, FAS 2 (puntuación 3-5) indica recursos económicos medio FAS 3 (puntuación > 6) indica recursos económicos altos. El autor reconoce que la situación socioeconómica parece estar asociado de forma significativa con la cantidad de AF declarada. Cuanto mayor sea el nivel de FAS (un indicador de la clase social), mayor es la asociación con actividad física moderada a vigorosa (AFMV). Todos los países muestran la misma dirección en la relación entre AFMV y el nivel de FAS; con la excepción de la República Checa, Groenlandia, Irlanda, Macedonia, Malta, Suiza y Ucrania, los niños con mayor nivel de FAS informe un nivel significativamente más alto de AFMV con respecto a sus pares con FAS inferiores.

BOSDRIESZ et al (2012), se basa en los recursos de los países teniendo en cuenta el producto interno bruto (PIB) de cada país, aunque se tienen también en cuenta factores como educación, tasas de alfabetización, gobernabilidad, población rural e instituciones sociales y de género. El recurso económico de cada país se midió teniendo en cuenta la densidad de vehículo motor, a través del número de automóviles, camiones y autobuses por cada 1.000 personas. El desarrollo económico se midió como el PIB (en US 2011) dividido por la población a mitad de

año. Los datos sobre el PIB per cápita se recuperaron del Banco Mundial para el año 2002 con la excepción de Myanmar (Birmania). El autor relaciona recurso económico con AF, afirmando que los niveles de AF fueron más altos en los países con un PIB relativamente bajo. Así mismo reconoce que una mayor densidad de vehículos de motor se asoció con caminar más para las mujeres. Y además que los países de bajos y medianos ingresos con un fuerte crecimiento económico y la urbanización se pueden ver como en riesgo de desarrollar niveles reducidos de AF.

CAMPBELL et al (2014), se basa en los recursos familiares, presentando un concepto influenciado por la corriente de las ciencias económicas. Para medir los recursos económicos se les preguntó a los Encuestados de Salud de la Comunidad Canadiense (CCHS) sobre sus ingresos familiares. La mayoría de los encuestados (70%) contestó por su ingreso anual del hogar y para el resto, el ingreso fue imputado utilizando una técnica de vecino más cercano incluidas las rentas código postal mediana, tamaño del hogar y aproximada gama de ingreso familiar. Se definió bajos ingresos como un ingreso familiar de $\leq \$ 30,000$ CAD, que se aproxima a la de ingresos bajos valores de corte para una familia de 2-3 personas, según la definición de Estadísticas de Canadá. El autor concluye que en comparación con los que tienen altos ingresos, los encuestados de bajos ingresos fueron significativamente menos propensos a reportar elección personal como una razón para no adherirse a varios cambios de comportamiento en salud, incluyendo: dieta (PRR ajustado: 0,50; IC del 95%: 0,31-0,80), ejercicio (PRR ajustado: 0,53; IC del 95%: 0,34 a 0,84), y pérdida de peso (PRR ajustado: 0,55; IC del 95%: 0,33 a 0,92). Al considerar otras razones para la no adhesión o no recepción de recomendaciones y seguimiento, en comparación con aquellos con altos ingresos, los encuestados de bajos ingresos fueron

significativamente más propensos a informar las razones de elección no personales entre otros factores la actividad física.

CHEN et al (2014) indaga por los recursos económicos desde un concepto amplio, determinándose con años de educación, ingresos y situación laboral. Para su estudio tiene en cuenta a nivel personal el ingreso anual de los individuos, clasificándolo en: <US \$ 10.000, US \$ 10,000-24,999, US \$ 25,000-47,999, y US \$ 48,000 o más. A nivel pareja se incluyó categoría de ingresos de los hogares (pobres / pobres cerca de: <línea de 1,25 pobreza; de bajos ingresos: 01/25 hasta 01/09 línea de pobreza; de ingresos medios: 2,0-3,9 línea de pobreza; de altos ingresos: ≥ 4 umbral de la pobreza , como se deriva de las estadísticas sobre la pobreza por la Encuesta de Población Actual), si recibe cupones de alimentos en el último año (sí - no), y tamaño de la familia (2, 3-4, o ≥ 5 personas). Concluye utilizando el uso de los ingresos familiares de 200% de la línea de pobreza como un punto de corte, el OR para AF habitual del cónyuge fue significativamente mayor para las familias de bajos ingresos que en la para las familias más ricas. Sin embargo, las parejas de bajos ingresos eran menos propensos a participar en AF habitual que sus homólogos más ricos.

COLEDAM et al (2014), le da mayor importancia a los ingresos, a pesar que se estima además la educación de los padres, el número de hermanos y con quien vive. El nivel socioeconómico fue estimado por el Criterio de Clasificación Económica Brasil (Asociación Brasileña de Empresas de Investigación), que proporciona valoraciones sobre la situación socioeconómica de acuerdo con los ingresos estimados medio de la familia: A1 (R \$ 11 480), A2 (R \$ 8.295), B1 (R \$ 4.754 mil), B2 (R \$ 2656), C1 (R \$ 1.459), C2 (R \$ 962), D (R \$ 680) y E (R \$ 415). Reconoce que aunque se ha reportado en la literatura que la práctica deportiva se

asocia positivamente con el nivel socioeconómico y la educación de los padres, y este hecho es posiblemente debido al apoyo que los niños expuestos a esta condición tienen sobre los lugares y equipos adecuados para los deportes, en este trabajo los resultados son contrarios a la literatura, lo que indica que el nivel socioeconómico no se asocia con el deporte. Una posible explicación es que no se encontró ninguna asociación entre la práctica deportiva y la disponibilidad de lugares adecuados para practicar.

FERRAR et al (2014) indaga por los recursos económicos desde un concepto amplio ya que es concebido en términos de dos variables: educación de los padres / cuidadores y los ingresos del hogar. Se mide a través del nivel de educación más alto alcanzado por los padres y se clasificó como: (a) de la escuela secundaria solamente, (b) algún tipo de educación post-secundaria (por ejemplo, un certificado o diploma), o (c) título universitario. Los ingresos del hogar se estratificó en cuatro grupos que representan los cuartiles aproximadas para esta muestra: > AU \$ 104.000; AU \$ 75,000-104,000; AU \$ 52,000-75,000; y <AU \$ 52.000. Relaciona los recursos económicos con la AF reconociendo que los muchachos del grupo categorizado como saludable se caracterizó porque los padres informaron el nivel de ingreso y la educación alta, mientras que las niñas del grupo saludable se caracterizó por una sola variable: una mayor frecuencia de altos ingresos de los padres.

FERRER et al (2014), se centra en las oportunidades que le brinda la sociedad para obtener diferentes recursos para tener una vida sana, tales como: los insumos o bienes y servicios disponibles y el poder adquisitivo para acceder a ellos; y los factores de conversión que moderan la capacidad de una persona para convertir los bienes y servicios disponibles en oportunidades reales. El autor concluye que los participantes identificaron la presencia, la comodidad, y el costo

de los recursos de la comunidad como determinantes importantes de las conductas de salud, además que los participantes cuestionan no solo la ausencia de un parque, si no que más comúnmente se describen los recursos de utilidad relativa a sus propias circunstancias. Llegar a un parque, por ejemplo, podría depender de tener un vehículo personal, una ruta de autobús que conecta, o una parada de autobús con asientos adecuados para quienes no pueden soportar por largos períodos. Igualmente reconoce que los subsidios programáticos eran contribuciones importantes para el acceso a servicios tales como membresías en gimnasios, programas de recreación, y cuidado de la salud, sin dichos servicios se percibe a menudo como fuera de su alcance, así como los participantes reconocieron el valor de los subsidios, pero los procedimientos de inscripción para los programas basados en la comprobación podrían ser experiencias negativas. Los participantes describieron vetar cuidadosamente los costos de los recursos, los medios de prueba, y si se excluyen las personas indocumentadas.

FINGER et al (2013), analiza los recursos económicos (RE) desde una concepción amplia ya que tiene en cuenta los ingresos, la ocupación y la educación. La clasificación de RE se construyó en base a dos preguntas que indagaron acerca del “ingreso neto aproximado de hogar” y el “tamaño del hogar”. El índice de ingresos se utilizó para construir una variable categórica y dividir a la población en tres grupos iguales (terciles) con el fin de definir el ingreso como “bajo”, “medio” o “alto”. ‘Educación’ se evaluó mediante dos preguntas sobre el certificado de escolaridad más alto y el certificado de formación profesional más alto alcanzado por el demandado. ‘Ocupación’ se construyó sobre la base de una formulación de preguntas acerca de la situación profesional actual o pasada. El “Prestigio Ocupacional comparado en perspectiva”, enfoque para Alemania, se aplicó para categorizar los encuestados en tres categorías de estatus ocupacional (bajo, medio, alto). El autor concluye que los RE pueden influir en el nivel de

actividad física en el trabajo de tal manera que los grupos de bajos recursos tienen más probabilidades de tener trabajos físicamente exigentes y los grupos de altos recursos, trabajos sedentarios. Aunque en el tiempo libre las personas de bajo recursos son menos activos que los de altos recursos.

IBRAHIM et al (2013), toma los recursos económicos únicamente teniendo en cuenta el ingreso familiar mensual de los hogares, presentando un concepto influenciado por la corriente de las ciencias económicas. Lo clasifica en ingresos mensuales de <RM1500, de RM1500 a RM3500 y de >RM3500. Se demostró que los ingresos de los hogares están asociados con las barreras percibidas para la práctica de AF. La falta de dinero para comprar equipamientos deportivos y para ir a las instalaciones deportivas también fue uno de las más frecuentes barreras informadas.

KHEIROLLAHPOUR et al (2014) indaga por los recursos económicos desde un concepto más amplio ya que tiene en cuenta diversos factores como: educación, ocupación, ingresos individuales y del hogar, dinero dado a los niños y empleados domésticos. Clasifica por niveles socioeconómico alto y bajo. Los resultados indicaron que había una poderosa relación entre el nivel socioeconómico de los padres y la participación en la actividad física. La evidencia indica que los padres de alto nivel social, (ingresos y educación) tenían más conocimientos sobre los beneficios de la actividad física, y también que mayores ingresos permitieron a los padres y a los niños llegar fácilmente a las instalaciones físicas.

LAMPARD et al (2013), indaga por el concepto de empoderamiento de recursos que ofrece el entorno. Se midió utilizando cinco elementos (Por ej. “Yo sé de los recursos que puedo utilizar para asegurarse de que mi hijo está físicamente activo”, “Tengo la capacidad de acceder a los

recursos que necesito asegurarme de que mi hijo está físicamente activo ”, “Cuando necesito recursos adicionales para aumentar la actividad física de mi hijo, sé cómo encontrarlos”). Los padres respondieron a cada elemento utilizando una escala de cuatro puntos (desde 1 = muy en desacuerdo a 4 = muy de acuerdo). El autor concluye que los padres con baja potenciación de los recursos interfieren y pueden inhibir la educación positiva hacia la práctica de AF. Los padres de bajos ingresos se enfrentan a una serie de factores de estrés y dificultades a diario que la restringen su capacidad para apoyar y dar prioridad a la AF.

MEDINA et al (2013), indaga por los recursos económicos teniendo en cuenta únicamente los recursos separadamente del nivel de educación. Recursos se midió mediante la combinación de 8 variables que evaluaron las propiedades del hogar y servicios disponibles: materiales de construcción del piso, techo y paredes; habitaciones para dormir; el acceso al agua; propiedad del vehículo; artículos para el hogar (nevera, lavadora, microondas, estufa, calentador de agua); y aparatos eléctricos (televisión, radio, teléfono y ordenador). El índice se dividió en terciles y se utiliza como un indicador de posición socioeconómica (SES) como baja, media y alta. El autor concluye que la AF vigorosa moderada fue menor en el grupo de nivel más alto SES, y en el grupo más educado.

MOURAO et al (2013), el autor indaga por los recursos económicos a través de la variable per cápita de ingresos. (Relación entre el ingreso total y el número de miembros del hogar) por separado de las demás variables sociodemográficas. Realiza una clasificación de acuerdo al salario mínimo: Menos de 1, 1 a 3, 3 a 4, más de 5. Se concluye en el estudio que la mayor prevalencia de inactividad se observó en aquellos con menos de un salario mínimo (87,6%). Baja per cápita de ingresos se asoció con una menor prevalencia de las personas mayores con

insuficiente actividad en los desplazamientos (82,9%). Las personas con condiciones socioeconómicas más pobres probablemente no utilizaron medios individuales de transporte (coche) para desplazarse. Muchas de las personas de más edad tenían bajo poder adquisitivo, y hubo una asociación entre estar en una renta más baja y no ser lo suficientemente activo en el tiempo libre, que también se ha encontrado en otros estudios. La influencia de la posición socioeconómica en la práctica de AF regular se determinó en que los de mayor poder adquisitivo tienden a ser más activos físicamente que los que tienen menor poder adquisitivo. Los individuos sobre los ingresos más altos tienen más facilidad y oportunidad de hacer actividad física, así como habitantes de una sociedad en la que se reconoce por sus pares.

OLIVER et al (2014), indaga por los recursos económicos a través de los ingresos anuales del hogar presentando un concepto influenciado por la corriente de las ciencias económicas. Preguntando para clasificar sus ingresos anuales combinados como “ninguno”, <\$ 20,000, \$ 20,001- \$ 40.000, \$ 40,001- \$ 60,000, \$ 60,001- \$ 80,000, \$ 80,001- \$ 100,000, o > 100.001 dólares, en dólares de Nueva Zelanda. Los ingresos anuales se dicotomizó como 0- \$ 80,000 o mayor a \$ 80.000. La mediana de ingreso familiar anual para Nueva Zelanda en 2010 fue de \$ 75.700. El autor concluye que el ingreso del hogar no se relacionó significativamente con el transporte activo a la escuela (ATS) a pesar que investigaciones de Nueva Zelanda han demostrado que los niños que residen en zonas de alta privación son más propensos a usar ATS que los que viven en las zonas menos desfavorecidas. Del mismo modo, después de considerar otros factores significativos no se encontró relación entre el acceso del coche (o falta de ella) y ATS en el estudio actual. Casi todos (90%) encuestados tenían acceso en coche frecuente o ilimitado, así homogeneidad en este factor puede haber obstaculizado nuestra capacidad para detectar una relación con ATS.

OYEYEMI et al (2014), aunque pregunta por otros factores que componen el recurso económico (educación y ocupación) se analiza separadamente los ingresos (a nivel de barrio). La información sobre ubicación de la casa se utilizó para determinar el nivel de la zona posición socioeconómica (SES) del barrio de cada participante, clasificados como de bajos ingresos o barrio de altos ingresos. El autor concluye que los ingresos a nivel de Barrio no mostro alguna asociación de las percepciones ambientales con el transporte activo a la escuela y AFMV en el tiempo libre. Los ingresos a nivel de Barrio moderó la asociación entre la percepción de seguridad y AFMV en el tiempo libre ($\beta = 0,60$, IC = 0,63, 6,32). Análisis post-hoc mostró que en los niños que viven en barrios de altos ingresos, la seguridad más percibida se asoció con menos AFMV en el tiempo libre ($\beta = -0,16$; IC = -0,01, -0,70, $p = 0,05$), mientras que en los niños que viven en barrios de bajos ingresos y la seguridad más percibida fue marginalmente asociados con más AFMV en el tiempo libre.

PIRO et al (2006), aunque indaga por otros factores que componen el SES (educación y barrio de residencia) se analiza separadamente los ingresos (Ingresos, fortuna). Los ingresos fueron tomados como la renta imponible total de 1.999, es decir, sumando los ingresos ocupacionales, las rentas de capital y las transferencias, y dicotomizado entre los cinco deciles más bajos (0) y los cinco deciles más altos (1). Fortuna se definió como la riqueza gravable 1999, y dicotomizado por un corte en € 37 000, que actúa de interfaz entre los cinco deciles más bajos de la fortuna (0) y los cinco deciles más altos de la fortuna (1). Los datos sobre los ingresos y la fortuna (medidos para los individuos, no hogares) se registran desde archivos vinculados de Estadísticas de Noruega. EL autor concluye que las diferencias entre los barrios a nivel de actividad física de las personas mayores no se explican por las diferencias en la salud, sino por

las características socioeconómicas, la violencia (para los hombres) y en parte por la auto percepción de seguridad (para las mujeres).

PULSFORD et al (2013), toma el concepto de recursos económicos de una manera amplia, pues se tiene en cuenta la educación, el ingreso anual de los hogares, el número de coches disponibles en el hogar, y si la propiedad tiene un jardín privado (incluyendo cualquier espacio exterior). Se mide el ingreso anual del hogar <£20000, £20-40000, £40-60000, >£60000, el número de carros: 1, 2 o ≥ 3 , la propiedad con jardín: si o no. El autor concluye que los niños que viven en las zonas menos deprimidas también pueden ser más sedentarios después de la escuela y los fines de semana. Igualmente concluye que el vivir en una casa con un jardín privado se asoció con una reducción significativa en el tiempo sedentario fuera del horario escolar.

SHAW et al (2014), mide el nivel socioeconómico por la riqueza agregada. La riqueza se define como el valor neto de todos los activos menos el valor neto de toda la deuda por el demandado y su cónyuge / pareja. La medida de la riqueza se dividió en cuartiles, clasificándolos en: < \$38.3, 38.3-\$125.8, \$125,8- \$320, >\$320. El autor concluye que el tabaquismo y la inactividad como las conductas de riesgo de salud más responsables del mantenimiento de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la edad avanzada. También fumar y la inactividad median parcialmente las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad.

REIS et al (2013), indaga desde todas las secciones censales y fueron clasificadas de acuerdo a su capacidad de caminar y los ingresos por deciles. El segundo y tercer decil fueron utilizados para representar cuadrantes de bajo transitabilidad / bajos ingresos; los deciles octavo y noveno fueron seleccionados para representar los cuadrantes de alta transitabilidad / altos ingresos. Clasifica la población como de bajos y altos ingresos. También se tuvo en cuenta el

número de coches en la casa (sin coche; 1 auto; ≥ 2 coches). El autor no encontró interacción entre transitabilidad y los ingresos, lo que indica que transitabilidad se asocia con la actividad física, independientemente del nivel de ingresos del vecindario. Además los resultados mostraron que el caminar para el transporte en los niveles recomendados fue mayor en las zonas de alto transitabilidad, independientemente de sus ingresos. La AF fue mayor en zonas de altos ingresos, lo que confirma que las zonas más prósperas son más propicias para la actividad física en el tiempo libre, ya que proporcionan zonas seguras de descanso.

SPRINGER et al (2013), indaga en estudiantes de grado tercero de ocho escuelas primarias públicas de bajos ingresos, ubicadas en un distrito escolar urbano en el centro de Texas. Se escogieron escuelas con $> 60\%$ de la composición de la escuela de los estudiantes en desventaja económica con base en datos de la Agencia de Educación de Texas. El autor concluye que la muestra de estudiantes de 3 grado que asisten a escuelas predominantemente de bajo ingresos, de origen hispano en un distrito escolar urbano en Texas gastó más de la mitad de su tiempo de recreo dedicada a AF.

VANDER et al (2014), indaga por los recursos económicos a través los datos de ingresos del hogar y educación, aunque se analizan separadamente. La información sobre los ingresos del hogar se clasifica: $\leq \$ 50,000$, $\$ 50,001 - \$ 100,000$; $y > \$ 100,000$. El autor evidencia que la promoción de la salud basada en la escuela reduce las desigualdades en salud, demostrado que después de dos años de un programa de AF, los niveles de actividad física de los niños que viven en barrios desfavorecidos aumentaron en la medida en que se aproximan las de los niños que viven en medio de los barrios de estatus socioeconómico alto.

Concepción general de Recursos económicos.

El concepto de “recurso económico” que los autores presentan en sus artículos es analizado desde tres perspectivas diferentes.

La primera desde una mirada reduccionista, debido a que la única variable que indaga por el recurso es el ingreso mensual/ anual familiar o los bienes materiales con que cuenta la población en estudio, tal es el caso de los estudios de Borraccino (2009), Campbell (2014), Ibrahim (2013), Oliver (2014) y Reis (2013). Igualmente el estudio de Maourao (2013) que lo denomina “ingresos per capita” (Relación entre el ingreso total y el número de miembros del hogar) y el de Shaw (2014) quien midió la “riqueza agregada” definida esta como el valor neto de todos los activos menos el valor neto de toda la deuda por el demandado y su cónyuge / pareja. Medina (2013) midió los recursos económicos mediante la combinación de 8 variables que evaluaron las propiedades de la familia (posesiones) y los servicios disponibles. Y el estudio de Springer (2013) quien para su estudio tiene en cuenta las escuelas de bajos ingresos.

Una segunda perspectiva es la que nos plantean los autores que miden diferentes variables para determinar los recursos económicos de la población de estudio pero finalmente se analizan los ingresos separadamente de las demás variables o se le da mayor importancia a los ingresos, tal es el caso de los estudios de Anjana (2014), Coledam (2014), Oyeyemi (2014), Piro (2006), y Vander (2014). Pulsford (2013) en su estudio indaga por la educación pero da mayor importancia al ingreso anual de los hogares, el número de coches disponibles en el hogar, y si la propiedad tiene un jardín privado.

Finalmente una tercera perspectiva más amplia, ya que no se reduce únicamente a indagar por los ingresos familiares sino que reconoce la categoría recursos económicos como una

variable compuesta de diferentes factores tal como el estudio de Alves (2013), quien considera 11 ítems para caracterizar los barrios en cuanto a edad, la distribución de educación /ocupación de sus habitantes, y características de la vivienda, así: 1. Proporción de personas jubiladas 2. Proporción de familias con niños ≤ 15 años 3. Índice de envejecimiento 4. Proporción de sujetos analfabetos 5. Proporción de sujetos con educación superior 6. Proporción de sujetos con menor ocupación 7. Tasa de desempleo 8. La media de gasto en vivienda (vivienda en propiedad) 9. La media de gasto en vivienda (vivienda en alquiler) 10. Atractivos 11. Proporción de edificios con necesidades de reparación Se identifican tres clases diferenciadas de barrios homogéneos con respecto a las características socioeconómicas. (p.3)

Bosdriesz (2012) además de ingresos tiene en cuenta factores como educación, tasas de alfabetización, gobernabilidad, población rural e instituciones sociales y de género. Chen (2014), Ferrer (2014) y Finger (2013), conciben las variables: educación, ocupación (situación laboral) y los ingresos del hogar. Keinollahpour (2014), además de las anteriores, indaga por el dinero dado a los niños y el número de empleados domésticos. Ferrar, (2014) se centra en las oportunidades que le brinda la sociedad para obtener diferentes recursos para tener una vida sana, tales como: los insumos (bienes y servicios disponibles y el poder adquisitivo para acceder a ellos); y los factores de conversión que moderan la capacidad de una persona para convertir los bienes y servicios disponibles en oportunidades reales y Lampard (2013) quien en su estudio toma el concepto de apoderamiento de recursos que ofrece el entorno.

Concepto de actividad física

Dentro de los artículos estudiados, la mayoría de estos analizan la actividad física con tendencia del concepto desde una dimensión biológica (21 artículos), muy pocos reconociendo

el concepto desde una dimensión sociocultural (2 artículos) y ningún artículo específicamente estudiado con tendencia hacia un concepto reconocido desde la dimensión conductual.

Los estudios con tendencia hacia un concepto sociocultural son los de Chen (2014), quien demuestra que las parejas tienen semejanzas en sus estilos de vida como resultado de sus interacciones y construcciones cotidianas, y Ferrer (2014), quien sugiere que: “la AF es un bienestar individual centrado en las oportunidades prácticas (capacidades) que la gente tiene de lograr los objetivos que valoran” (p.47).

Así mismo Ferrer (2014) tiene en cuenta las AF de acuerdo a las oportunidades que le da el barrio para realizarlas tales como:

Disponibilidad de espacio al aire libre para hacer AF cerca, AF al aire libre agendada, sentirse seguro al caminar durante el día, tener un lugar seguro para la actividad al aire libre, lugares fáciles de caminar en el barrio, AF bajo techo cerca, tener un lugar seguro para AF interior, sentirse seguro caminando en la noche, permitirse ir al gimnasio, o las demás personas tales como: el médico fomenta la actividad física, las personas con las que vivo son físicamente activos, los amigos me hacen compañía para la actividad física.(p.3)

Los demás autores estudian la actividad física como movimientos físicos y su desarrollo a partir de un consumo energético, para la prevención o factor protector de enfermedades no transmisibles. Un ejemplo, es el de Bosdriesz (2012) quien afirma que: “la actividad física (AF) es de vital importancia para la prevención y tratamiento de la obesidad y la mala salud en general” (p.1), o Campbell (2014) quien estudia la relación entre la capacidad de un individuo para cumplir con las recomendaciones en salud (AF) y el ingreso económico; además de la finalización de las pruebas de seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas; igualmente Alves (2013) reconoce la AF como posible mecanismo que disminuye el riesgo de

desarrollar diabetes y otras enfermedades no transmisibles. Ferrar (2014) determina si el uso del tiempo y el tipo de dieta de los jóvenes se relacionan con el estado del peso y la posición socioeconómica, para prevenir sobrepeso y obesidad y Borraccino (2009) define la actividad física de moderada a vigorosa como “una actividad que por lo general aumenta el ritmo cardíaco y te hace perder el aliento algunas de las veces”(p.3).

Prácticas de actividad física

Para el estudio las prácticas de actividad física se entendieron estas como las aplicaciones o ejecuciones físicas y los tipos de actividades utilizadas por los autores dentro de los diferentes estudios.

Las actividades físicas en los estudios son determinadas en diferentes tiempos de práctica: domésticos (ducharse, ver la televisión y tomar la basura), profesionales, de trabajo u ocupación (trabajos físicamente exigentes, trabajos sedentarios), de forma de transporte (caminar, bicicleta, vehículo motorizado u otro), en tiempo libre (juegos en calle, juegos en parque), de ocio o reposo (durmiendo o sentado / tumbado despierto), en participación en clases de educación física (caminar, correr, jugar o jugar) o en prácticas deportivas (fútbol, baloncesto, surf, etc.).

El instrumento de medición de la actividad física en la mayoría de estudios se realiza mediante protocolos estandarizados tales como: el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) en estudios como: Bosdriesz (2012), Ibrahim (2013), Lampard (2013), Medina (2013), Mourao (2013) y Reis (2013). El cuestionario Actividad Física Habitual de Baecke (BQHPA) como en el estudio de Coledam (2014). El Cuestionario de actividades para adolescentes y adultos jóvenes (AQuAA) como en el estudio de Oyeyemi (2014). El cuestionario digital Multimedia activityrecallforchildren and adolescents (MARCA) como en el estudio de Ferrar

(2014) y los protocolos SystemforObservingFitnessInstruction Time (SOFIT) y SystemforObserving Play and LeisureActivity in Youth (SOPLAY) como en el estudio de Springer (2013).

La intensidad de la actividad física en los estudios se clasificó en leve, moderada y vigorosa, teniendo en cuenta la duración y la frecuencia de práctica. Estuvo medido en METS o esfuerzo percibido en expresiones como: “perder el aliento” en el estudio de Borraccino (2009) “se siente cansado y sin ganas de realizar otras actividades que impliquen esfuerzo” como el estudio de Coledam (2014).

Las prácticas de actividad física analizadas en los estudios van en concordancia con el concepto determinado por la Organización Mundial de la Salud (1975), el cual la define como: “cualquier movimiento corporal que producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Se destaca el estudio de Ferrar (2014) que analiza 259 prácticas de actividad física como ducharse, patinar, ver la televisión y tomar la basura, a través del cuestionario digital MARCA.

Se tienen en cuenta actividades ligeras en tiempo de ocio como ver la televisión, jugar a las cartas o leer, como en el estudio de Alves (2013) o actividades sedentarias como “sentarse, estar de pie, hablando con amigo” como en el estudio de Springer (2013). Actividades más moderadas o vigorosas como: “correr, caminar a paso ligero, fútbol, baloncesto, fútbol, o el surf” como en el estudio de Borraccino (2009), “ir de paseo, jugar al aire libre, actividades de programas activos” como el estudio de Lampard (2013), “caminar y montar bicicleta” como en los estudios de Oliver (2014) y de Pulsford (2013), “deportes, tareas domésticas pesadas o un trabajo que implica trabajo físico” como en el estudio de Shaw (2014), “perseguidas, juegos de saltos, juegos de manipulación” como en el estudio de Springer (2013) o “danza, saltos, clubes de yoga,

programas en el parque infantil y actividades no competitivas y divertidas como Go-Girls / Go-Boys” como en el estudio de Vander (2014).

En los estudios que utilizan como instrumentos de medición los cuestionarios estandarizados, se analizan las prácticas de actividad física específicas de los protocolos.

Relación recurso económico – actividad física

La relación entre recursos económicos y actividad física que hallaron los diferentes autores en sus estudios, se relaciona a continuación:

Alves (2013), Borraccino (2009), Cambell (2014), Ferrar (2014), Keirollapour (2014), Lampard (2013), Medina (2013) y Mouroao (2013), coinciden que la población en estudio con mayores recursos económicos realizan mayor actividad física. Mientras Anjana (2014), Finger (2013), Oyeyemi (2014) y Pulsford (2013), afirman que la población en sus estudios con mayor recursos económicos realizan menos actividad física que quienes tienen menos recursos. Por su parte Coledam (2014), no encontró ninguna asociación y Oliver (2014) con respecto al transporte activo a la escuela tampoco la halló. Chen (2014), afirma que:

AF habitual del cónyuge fue significativamente mayor para las familias de bajos ingresos que en la para las familias más ricas. Sin embargo, las parejas de bajos ingresos eran menos propensos a participar en AF habitual que sus homólogos más ricos. (p.4)

Por otro lado, Shaw (2014), demuestra que el tabaquismo y la inactividad son las conductas de riesgo de salud responsables del mantenimiento de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad. Springer (2013) afirma que los niños de escuelas de bajos ingresos gastan más de la mitad de tiempo de recreo en AFMV y Vander (2014) reconoce que los programas de promoción de AF reducen las desigualdades en salud. Igualmente Piro (2006), concluyó que “las diferencias

en AF se explican por las características socioeconómicas, la violencia en los hombres y por la auto percepción de seguridad en las mujeres”.

Modelos de determinantes de la salud y determinación social

De la totalidad de unidades de análisis finalmente consultadas, encontramos que la mayoría de artículos los autores realizan la recolección de datos y el análisis desde el modelo de determinantes de la salud y muy pocos desde el modelo de determinación social. Las características tenidas en cuenta para establecer el modelo de enfoque de cada autor se resumen en el Figura N° 1.

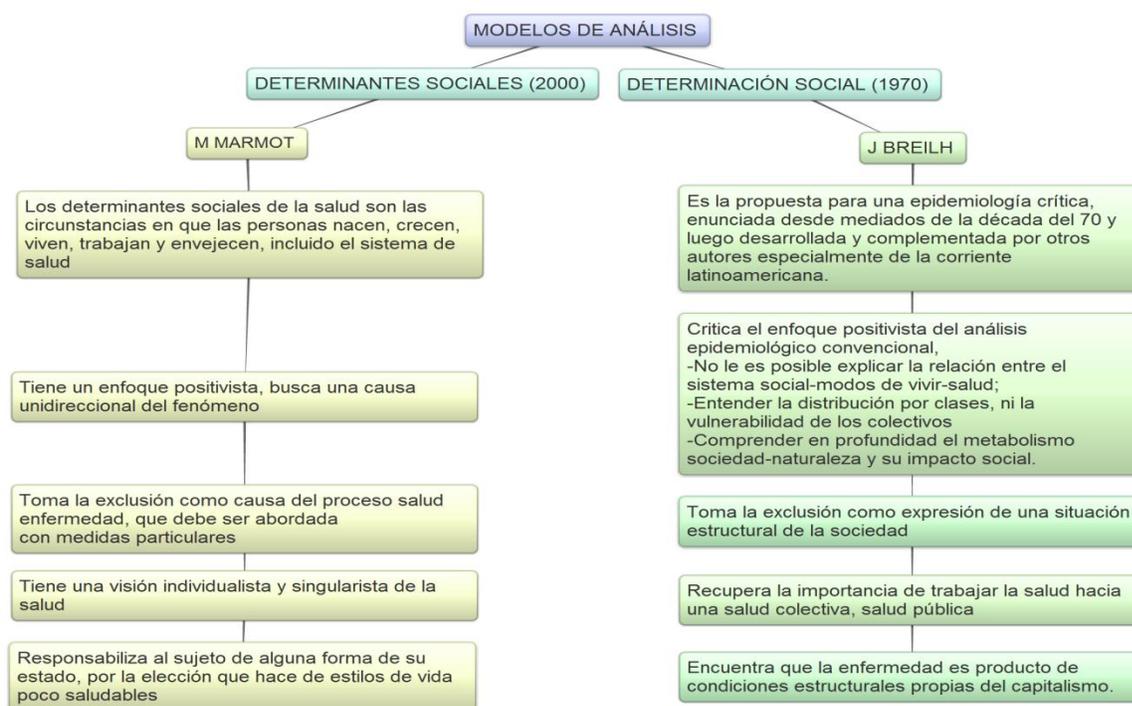


Figura I Esquema comparativo de los modelos de determinantes y determinación social (Creación propia, 2014)

Un ejemplo de esto, lo encontramos en los artículos de Alves (2013), Anjana (2014), Borraccino (2009), Cambell (2014), Coledam (2014), Ferrar (2014), Ibrahim (2013) , Kheirollahpour (2014), Lampard (2013), Medina (2013), Mouroao (2013), Oliver (2014), Oyeyemi (2014), Piro (2006), Pulsford (2013), Shaw (2014), Reis (2013), Springer (2013) y

Vander (2014), quienes en sus estudios, evidencian un modelo desde los determinantes de la salud, ya que su enfoque característico es positivista, con una recolección de datos estructurada cuantitativamente, su análisis estadístico y su interpretación y conclusiones se realizan a partir de los resultados numéricos encontrados, sin tener en cuenta contextos, circunstancias, imaginarios sociales, etc., que pueden afectar dichos resultados.

Por ejemplo en la afirmación de Alves (2013) “las personas que viven en los barrios menos pudientes tenían una pequeña disminución de la actividad física en el tiempo libre de 47,8 (IC del 95%: -91,8 a 1,41) MET .min / día, en comparación con los que viven en los barrios más ricos”, y concluye que la población de menos recursos realizan menos actividad física que quienes tienen mayores recursos económicos; conclusión realizada desde el análisis estadístico únicamente.

Por otro lado, se encuentran los autores que analizan su estudio desde una mirada más profunda, que siguiendo un enfoque menos positivista y se preocupan por establecer otros múltiples agentes biológicos, naturales y sociales que interactúan en red y son la real causa del fenómeno estudiado, tales como: Bosdriesz (2012), Chen (2014), Ferrer (2014) y Finger (2013). Por ejemplo Finger (2013), afirma:

La actividad laboral (sólo en los hombres), la actividad deportiva (sólo en mujeres), índice de masa corporal, el tabaquismo (sólo en mujeres), la autopercepción de salud (sólo entre las mujeres), la ingesta de alimentos ricos en grasa, la ingesta de frutas y verduras (sólo entre las mujeres) y la ingesta de alcohol fueron factores de confusión significativas (nivel de 95% de confianza) para la asociación entre la educación y la ingesta de alimentos ricos en azúcares alta“, y concluye: “las disparidades sociales en la ingesta de alimentos ricos en azúcares parecen no sólo es atribuible a diferencias en los conocimientos, actitudes y preferencias personales;

también parecen estar determinados estructuralmente, ya que la actividad de trabajo físico es un factor estructural”; conclusión dada desde una análisis más profundo que el análisis estadístico realizado.

Un aporte importante del estudio fue que a partir del análisis surgieron otras categorías en los estudios revisados que no se tuvieron en cuenta y que son de gran importancia para la construcción de un modelo desde la determinación social. Estas categorías son el género, violencia y condiciones geográficas, las cuales se relacionan directamente con las condiciones socioeconómicas y las prácticas de actividad física.

En los estudios de Alves (2013), Borraccino (2009), Bosdriesz (2012), Coledam (2014), Ferrar (2014), Finger (2013), Ibrahim (2013), Mourao (2013), Oyeyemi (2014), Pulsford (2013) y Shaw (2014) se evidencia la relación actividad física – recursos socioeconómicos, con una clara diferencia por sexo. Anjana (2014), a su vez, diferencia entre la zona rural y la urbana y Bosdriesz (2012) reconoce que el concepto de AF y las interpretaciones de intensidad tienden a variar entre personas de diferentes países y culturas. En el estudio de Piro (2006), emerge una nueva categoría, que es la violencia de barrio como factor determinante de la práctica o no de actividad física.

Discusión y Conclusiones

Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la actividad física y el deporte, no reconocidas como del área de la salud, identifican la actividad física y específicamente el deporte como un medio de interacción social, que permite construir valores, favorecer la convivencia y genera procesos de identidad (Min. Protección Social, (2004). Estas aproximaciones no se vislumbran en documentos revisados que han orientado sus estudios desde una mirada de salud biológica, la cual desde finales del siglo XX se ha ido transformando hasta alcanzar definiciones cercanas a los determinantes sociales de la salud; así como desde un concepto de actividad física como medio, que impacta la salud física de los sujetos.

La mayor parte de los documentos revisados se basan en el modelo de determinantes ya que es la tendencia que en este momento está marcando, la más ampliamente difundida y especialmente respaldada por la organización mundial de la salud (OMS), en respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades en salud, estableciendo en el 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas (OMS, 2005).

Dentro de la relación definida en el presente estudio, una de las categorías de análisis era el concepto de actividad física; éste concepto aunque ha sido abordado por algunos estudios, presenta diferentes perspectivas que en las prácticas definidas por los autores no se vislumbran fácilmente, debido a la hegemonía del concepto biológico de la actividad física, el cual define claramente sus prácticas. Es importante aclarar que los conceptos son definidos por los autores, mas no consideran los imaginarios construidos en los procesos de reproducción social, lo que no asegura el dialogo de saber científico y el saber popular, propuesto por Breilh.

Se encuentra que la mayoría de las investigaciones revisadas, relacionadas con actividad física y recursos económicos, se ubica en una perspectiva positivista del fenómeno, siendo muy pocos los estudios que incluyen otros elementos de los niveles particular y estructural, propuesto por Breilh, quien identifica condiciones relacionadas con el contexto que pueden afectar la práctica de la actividad física y del deporte, tales como el poder adquisitivo de las familias, las condiciones de trabajo y los modelos económicos. Es así como la AF se apega aún a la forma como el concepto de salud ha sido trabajado históricamente: “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (Bouchard, 1990; Devís y Peiró, 1993; Hallal, 2005; OMS, 2014).

Sin embargo, se empieza a reconocer como algunos elementos de la determinación social aparecen en los artículos, por ejemplo es el de Bosdriesz (2012) quien afirma que: “la actividad física (AF) es de vital importancia para la prevención y tratamiento de la obesidad y la mala salud en general”, concibiendo la salud como mucho más que ausencia de enfermedad. Campbell (2014) quien estudia la relación entre la capacidad de un individuo para cumplir con las recomendaciones en salud (AF) y el ingreso económico; además de la finalización de las pruebas de seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas; igualmente Ferrar (2014) determina si el uso del tiempo y el tipo de dieta de los jóvenes se relacionan con el estado del peso y la posición socioeconómica, para prevenir sobrepeso y obesidad.

En cuanto a las prácticas de AF, en la mayoría de artículos revisados en el estudio se encuentra que vinculan además de las prácticas cotidianas otro tipo de acciones que tradicionalmente no son llamadas como actividades físicas como por ejemplo: caminar, subir y bajar las escaleras, hacer los oficios cotidianos de aseo en el hogar, lavar el carro, arreglar el jardín o la huerta, pasear con el perro o la mascota. Las personas realizan AF de manera

inconsciente, pues para cada una de estas personas lo único ellas realizan son tareas domésticas, sin embargo al momento de medir la AF se les indaga a las personas por estas actividades y son catalogadas como AF, tal como lo propuso en su definición la OMS (2010). Estas aproximaciones planteadas en los países desarrollados y anglosajones, ha sido cuestionada por las posturas del movimiento de la medicina social latinoamericana, quien reconoce la necesidad de analizar los fenómenos relacionados con la salud desde el realismo dialectico, que interrelaciona el saber popular y el saber científico, los paradigmas positivista e interpretativo, para comprender realidades complejas y generar respuestas acordes con el sentir de los actores involucrados. (Breilh, 2010)

Las prácticas recreativas, deportivas y de actividad física, por ser expresiones del ser humano, son consideradas parte de la cultura. De este modo, la cultura se concreta tanto en lo material como en las valoraciones, creencias y percepciones de las personas. Construcción que le da sentido de identidad y pertenencia y que refuerza la solidaridad y la cohesión de las comunidades para confrontar los retos del presente (Secretaria Cultura, recreación y deporte, 2010).

Las relaciones entre actividad física y recursos económicos se encuentran claramente establecidas, no obstante la orientación de las relaciones cambia con la perspectiva teórica del autor, la cual determina los medios y las metodologías a través de las cuales se estudia el fenómeno. Esto se evidencia entre el estudio de Kheirollahpour (45) quien indica que los padres de alto nivel social, (ingresos y educación) tenían más conocimientos sobre los beneficios de la actividad física, y también se podría decir que mayores ingresos permitiría a los padres y los niños llegar fácilmente a las instalaciones físicas y por el contrario en su estudio Pulsford (39), indica que los niños que viven en las zonas menos deprimidas pueden ser más sedentarios

después de la escuela y los fines de semana, estos resultados contradictorios en la relación son debido a las fuentes de información consideradas. Es por esto, que es necesario ampliar los estudios relacionados con el tema considerando metodologías cualitativas, que describan los imaginarios relacionados con la actividad física y las condiciones del contexto que directa o indirectamente influyen en las prácticas. Esto permitiría comprender la relación desde el modelo de determinación social, con una perspectiva de cambio y transformación, más allá de la generación de relaciones causales.

Por otro lado, es importante mencionar que la mayoría de las investigaciones considera los recursos económicos, como los ingresos de los individuos y de los hogares, lo que reduce la relación con la actividad física en términos materiales, sin reconocer el concepto de recursos planteado por Krieger, N y cols. (21), quienes definen los recursos económicos como las condiciones materiales e inmateriales, tales como los ingresos, la educación, la ocupación y el reconocimiento social. Considerar estos elementos amplía los análisis que desde una perspectiva social, se esperaría para comprender el fenómeno y de esta manera darle solución desde procesos participativos y emancipatorios.

La interrelación de estas condiciones propias de las poblaciones, descritas por algunos como las interseccionales (Dora Munevar), permite como lo plateaba Breilh, entender las inequidades que afectan los modos y estilos de vida de los sujetos, entre ellos la práctica de la actividad física. Desde esta perspectiva, se hace el llamado para desarrollar investigaciones que incluyan las condiciones sociales de los sujetos, pero no únicamente desde el modelo de determinantes de la salud, el cual nace de la epidemiología convencional, de redes causales, en donde lo social es una causa más en la relación (Iriart, 2002), lo que desde la perspectiva de los fenómenos

sociales, reduce la interpretación de los mismos, hacia ecuaciones y modelos estadísticos que expliquen las realidades.

RECOMENDACIONES

Se hace el llamado a desarrollar investigaciones que incluyan las condiciones sociales de los sujetos, pero no únicamente desde el modelo de determinantes de la salud, reduciendo la interpretación de los mismos, hacia ecuaciones y modelos estadísticos que expliquen las realidades. Así mismo, considerar metodologías cualitativas y ampliar los estudios que describan los imaginarios relacionados con la AF y RE y las condiciones del contexto que directa o indirectamente influyen en las prácticas.

Igualmente, es necesario la producción y el desarrollo de estudios que reconozcan la AF Y RE como conceptos globales e integradores, sin desconocerse la reproducción social que se tienen dentro de los grupos sociales, y no limitados a un solo enfoque de análisis. Se encontró que la mayoría de las investigaciones considera los RE, como los ingresos de los individuos y de los hogares, lo que reduce la relación con la AF en términos materiales, con esto es necesario considerar otros elementos, que amplíen los análisis que desde una perspectiva social se esperaría para comprender el fenómeno y de esta manera entender RE como un concepto más amplio.

Así mismo, es importante profundizar en las orientaciones teóricas que los autores establecen en la relación entre actividad física y recursos económicos, lo cual es necesario para la formulación y diseño de políticas públicas en este campo, y reorientar las intervenciones que posibiliten el aumento de práctica de actividad física y disminuyan las desigualdades en su práctica.

Igualmente, se hace un llamado a los autores de la bibliografía académica incluir dentro de los estudios, el abordaje teórico desde el cual se realizan los análisis de los fenómenos que de orientaciones generales y que pueden ser de utilidad para los demás investigadores.

Referencias

- Alberto, L. (2013). Actividad Física y Enseñanza: Algunos conceptos afines y diversos. *Revista electrónica de ciencias aplicadas al deporte*, 6(23).
- Aspromourgs, T. (2014). Entrepreneur ship, risk and income distribution in Adam Smith. *European Journal of the History of Economic Thought*, 21(1), 21-40.
- Alves L, S. S. (2013). Association between neighborhood deprivation and fruits and vegetables consumption and leisure-time physical activity: a cross-sectional multilevel analysis. *BMC Public Health*, 13 (6).doi: 10.1186/1471-2458-13-1103.
- Anjana, R. M., Pradeepa, R., Das, A. K., Deepa, M., Bhansali, A., Joshi, S., Shukla, D. K. (2014). Physical activity and inactivity patterns in India – results from the ICMR-INDIAB study (Phase-1) [ICMR-INDIAB-5]. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 26.doi:10.1186/1479-5868-11-26.
- Arouca S. (2008). *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Baum F. (2008). The Commission on the Social Determinants of Health. Reinventing health promotion for the twenty-first century. *Critical Public Health*. 2008 dic; 4 (18): pp. 457-66.
- Borraccino, A., Lemma, P., Iannotti, R., Zambon, A., Dalmasso, P., Lazzeri, G., Cavallo, F. (2009). Socio-economic effects on meeting PA guidelines: comparisons among

32countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(4), 749–756.

doi:10.1249/MSS.0b013e3181917722.

Bosdriesz, J. R., Witvliet, M. I., Visscher, T. L., & Kunst, A. E. (2012). The influence of the macro-environment on physical activity: a multilevel analysis of 38 countries worldwide. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 110. doi:10.1186/1479-5868-9-110.

Breilh, J. (1979). *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*, 1era edición. Quito: Universidad Central.

Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton J, McPherson B. (1990). *Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea]*, 31.

Breilh J. (1996). *El género entrefuegos: inequidad y esperanza*. Quito:CEAS

Breilh, J; Capela, P. y Matiello, E (2010). *Ensayos alternativos latino-americanos de educación física deportes e sude*. CopiarLtda-Florianópolis .

Brunner, E., Marmot, T. y Wilknsn, R. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.

- Camargo D, Mena B. (2010). *Los usuarios con osteoartritis de rodilla, Unisalud, Colombia: una mirada desde la epidemiología crítica. p.203.*
- Campbell, D. J., Ronksley, P. E., Manns, B. J., Tonelli, M., Sanmartin, C., Weaver, R. G., (2014). The Association of Income with Health Behavior Change and Disease Monitoring among Patients with Chronic Disease. *PLoS ONE*, 9(4), e94007. doi:10.1371/journal.pone.0094007.
- Cancela, J. y. (2011). Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 499-505.
- Carratalá, V. y García, A. (1999). Diferencias en las motivaciones y actividades de ocio y tiempo libre entre adolescentes deportistas y no deportistas. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 5, 111-131.
- Camargo, Diana. (1999). Promoción de la actividad física: la mejor inversión en salud pública. *Human Kinetics*:8-35.
- Chen, H.-J., Liu, Y., & Wang, Y. (2014). Socioeconomic and Demographic Factors for Spousal Resemblance in Obesity Status and Habitual Physical Activity in the United States. *Journal of Obesity*, 2014, 703215. doi:10.1155/2014/703215.
- Coledam, Diogo Henrique Constantino, Ferraiol, Philippe Fanelli, Pires Junior, Raymundo, dos-Santos, Júlio Wilson, & Oliveira, Arli Ramos de. (2014). Factors associated with participation in sports and physical education among students from Londrina, Paraná State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 533-545. Doi: 10.1590/0102-311X00087413.

Collazo Herrera, Manuel, Cárdenas Rodríguez, Justo, González López, Roxana, Abreu, Rolando Miyar, Gálvez González, Ana María y Casulo, Jorge Cosme. (2002). La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(5), 359-365.

Cooper, J. (2014). Asociación entre el tiempo de sedentarismo y de actividad física con los factores de riesgo metabólicos en personas con diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico . *Public Health*.

Correa J. (2010) Documento marco que sustenta la relación del grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano con los currículos de programas de pregrado de rehabilitación de la escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá: Universidad del Rosario

Cortés, Fernando. (1992).Determinantes de la pobreza de los hogares. México. *Revista Mexicana de Sociología* Vol. 59, No. 2 (Apr. - Jun., 1997), pp. 131-160. Publishedby: Universidad Nacional Autónoma de México Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3541165>

Delgado, M., & Tercedor , P. (2002). *Estrategias de intervención en Educación para la salud*. INDEpublicaciones.

Daly, M. C., Duncan, G. J., McDonough, P. y Williams, D. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Federal Reserve Bank of San Francisco*.(No. 99-03).

Devis, J. y Peiró, C. (1993). La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la educación física. *Revista de Psicología del Deporte*. 4, 71-86.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhulya A, Wirth M. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington. OPS.13-25

Dubos R. (1981) *El espejismo de la salud: Utopías, Progreso y Cambio Biológico*.3º reimpresión. México: FCE; SBN: 681608798, 97896816087989. 311 p.

Duncan GJ, Brooks-Gunn JyKlebanov PK.(1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Dev. 1994 Apr ;65(2 Spec No):296-318.*

Dunn, A.; Trivedi, M. y O'Neal, H. (2001). Actividad física efectos dosis-respuesta sobre los resultados de la depresión y la ansiedad. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 33, 587-97*

Elhakeem, A., Cooper, R., Bann, D., & Hardy, R. (2014). Niñez posición socioeconómica y la actividad física para adultos en el tiempo libre: Una revisión sistemática. *International Journal of Behavioral Nutrición y Actividad Física, 12, 92.* Doi: 10.1186 / s12966-015-0250-0

Fraser, Nancy (1997). *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en tomo a la justicia en una época "pos socialista*. Bogotá: Siglo de Hombres Editores.

Ferrar, K &Golley, R (2014) Adolescent Diet and Time Use Clusters and Associations With Overweight and Obesity and Socioeconomic Position. *Health EducBehav* 1090198114560017, f doi:10.1177/1090198114560017.

Ferrer, R. L., Cruz, I., Burge, S., Bayles, B., & Castilla, M. I. (2014). Measuring Capability for Healthy Diet and Physical Activity. *Annals of Family Medicine*, 12(1), 46–56.

doi:10.1370/afm.1580.

Finger, J. D., Tylleskär, T., Lampert, T., & Mensink, G. B. M. (2013). Dietary Behaviour and Socioeconomic Position: The Role of Physical Activity Patterns. *PLoS ONE*, 8(11), e78390.

doi:10.1371/journal.pone.0078390.

Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social. (2011). Notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*. 7(3): 285-31

Gidlow C ,Johnston L ,Crone D ,et al. (2006) A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity.

HealthEducationJournal 2006; 65: 338 67.

Guillamón, N. (2003). *Variables socioeconómicas y problemas interiorizados y exteriorizados en niños y adolescentes*. Tesis Doctoral: Universidad Autónoma de Barcelona

Gunter, M. .. (2002). La maduración, la separación y la integración social. Algunos aspectos de la psicología del desarrollo de los deportes de la infancia. *Prax Kinderpsychol*

Kinderpsychiatr, 51, 298-312.

Health Canada. (2000). *Hacia un futuro sano: Informe de salud de la población canadiense*. Washington.OPS. p.26.

- Hollingshead, A. B. (1975). Four factor index of social position. *Unpublished manuscript, Yale University, New Haven, CT.*
- Hormiga S., Claudia M. (2012). Práctica regular de actividad física: influencia del género y la posición socioeconómica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 12-14.
- Ibrahim, S., Karim, N. A., Oon, N. L., & Ngah, W. Z. W. (2013). Perceived physical activity barriers related to body weight status and sociodemographic factors among Malaysian men in Klang Valley. *BMC Public Health, 13*, 275. Doi:10.1186/1471-2458-13-275.
- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merthy E. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam. Salud Pública.* 12 (2): 128-36. 21. 5
- Karr, W (2002) *Una teoría para la educación hacia una investigación en la teoría.* Edición Morata Tercera edición. p.(67)
- Kheirollahpour, M., & Shohaimi, S. (2014). Dimensional Model for Estimating Factors influencing Childhood Obesity: Path Analysis Based Modeling. *The Scientific World Journal, 2014*, 512148. doi:10.1155/2014/512148
- Krieger, N. (1997). A glossary for social epidemiology. *Epidemiology Community Health, 55*, 693-700.
- Lampard, A. M., Jurkowski, J. M., Lawson, H. A., & Davison, K. K. (2013). Family ecological predictors of physical activity parenting in low income families. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.), 39*(4), 97–103. doi:10.1080/08964289.2013.802215

MacIntyre S. (1997). The black report and beyond what are the issues? *SocSciMed*; 44(6): 723-745.

Mckeown T. *El papel de la medicina, ¿sueño, espejismo o némesis?* México: Siglo XXI editores; 1982.

Marmot M. y Wilkinson R. (1999). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.

Marmot M. (2000) Social determinants of health: From observation to policy. *Med. J. Aust.* 2000;172:379–382

Marmot, T. y Wilknsn, R. (2003). *Determinantes sociales de la salud. Los hechos sólidos*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Márquez M, Rojas F, (2009). *ALAMES en la memoria*. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos.

Max-Neef, M.(1993). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Barcelona: Icaria-Nordan Comunidad. ISBN: 8474262178

Maxwell, K. y Tucker, L. (1992). Efectos del entrenamiento con pesas en la imagen corporal y el bienestar emocional de las mujeres: predictores de mayor beneficio. *American Journal of Health Promotion*, 6(5), 338-344.

M. Droomers, C. T. Schrijvers, H. van de Mheen, J. P. Mackenbach. (1998) Educational differences in leisure-time physical inactivity: a descriptive and explanatory study. *SocSci Med.* 1998 December; 47(11): 1665–1676.

Medina, C., Janssen, I., Campos, I., & Barquera, S. (2013). Physical inactivity prevalence and trends among Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT) 2006 and 2012. *BMC Public Health*, 13, 1063. doi:10.1186/1471-2458-13-1063.

Ming Wen, L., Hawkey, J., & Cacioppo, M. (2006). Percepción del entorno vecindario, situación socioeconómica individual, factores psicosociales y y autopercepción de la salud. Un análisis de adultos mayores en el condado de Cook, Illinois. *Social Science & Medicin.* Noviembre 2006

Ministerio de protección social (2004). *Guía para la elaboración de programas de actividad física.* www.minsalud.gov.co.

Morales C, Pérez N, Pinzón G, Mantilla P. (2005). *La escuela como centro de calidad de vida: aportes desde una experiencia local.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. p.184.

Mourão, A. R. de C., Novais, F. V., Andreoni, S., & Ramos, L. R. (2013). Physical activity in the older adults related to commuting and leisure, Maceió, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1112–1122. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004904.

Munevar, D; Mena, L.(2013) *Mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad.* *Dialogos intersecciones en la academia.* Universidad Nacional de Colombia. Bogota - Colombia.

Nussbaum, M. (2010). *Sin Fines de Lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Buenos Aires: Katz, Editores.

Ocampo, M. y Correa, J. (Septiembre . Diciembre de 2009). Concepciones de actores institucionales alrededor de la. *Revista científica de la salud*, 7(3), 17-26.

Oliver, M., Badland, H., Mavoa, S., Witten, K., Kearns, R., Ellaway, A., ... Schluter, P. J. (2014). Environmental and socio-demographic associates of children's active transport to school: a cross-sectional investigation from the URBAN Study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 70. doi:10.1186/1479-5868-11-70.

Organización de las Naciones Unidas. (2011) *Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. New York: ONU.

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Glosario de promoción de la salud. Salud entre todos*. Ginebra: Ministerio de sanidad y consumo.

Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Resumen analítico del informe final. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Commission on Social Determinants of Health. (2005). Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization. p. 17-18.

Oyeyemi, A. L., Ishaku, C. M., Deforche, B., Oyeyemi, A. Y., De Bourdeaudhuij, I., & Van Dyck, D. (2014). Perception of built environmental factors and physical activity among adolescents in Nigeria. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *11*, 56. doi:10.1186/1479-5868-11-56.

Paluska, S. y Schwenk, T. (2000). La actividad física y la salud mental: conceptos actuales. *Sports Medicine*, *28*(3), 167-80.

Peñaranda, Fernando. (2013). Public health and social justice in the debate of social determinants of health. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*(Supl. 1), 91-102. Retrieved August 01, 2015, from http://www.scielo.org.co.ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400011&lng=en&tlng

Pérez Samaniego, Víctor; DevísDevís, José (2004). Conceptuación y medidas de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. *Revista de Psicología del Deporte*, *13*(2): 157-173.

Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Zelli, A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2000). Discipline Responses: Influences of Parents' Socioeconomic Status, Ethnicity, Beliefs About Parenting, Stress, and Cognitive–Emotional Processes. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *14*(3), 380–400.

Pinheiro, C.; Sousa, W.; Oliveira, J; Ferreira, M.; Motta, R.; Lima, M. y Bruno , C. (2009). *Alteraciones cardiometabólicas inducidas por el uso crónico de glucocorticoides*. Fortaleza: Archivos Brasileiros de Cardiologia.

Piñuel, J. L. (2002). *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido, en estudios de sociolingüística*, 3(1), p.1-42.

Pulsford, R. M., Griew, P., Page, A. S., Cooper, A. R., & Hillsdon, M. M. (2013). Socioeconomic position and childhood sedentary time: evidence from the PEACH project. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 105. doi:10.1186/1479-5868-10-105.

Piro, F. N., Næss, O., y Claussen, B. (2006). Physical activity among elderly people in a city population: the influence of neighborhood level violence and self-perceived safety. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(7), 626–632. doi:10.1136/jech.2005.042697.

Redondo , N. (2012). *Relación de la práctica de actividad física y la posición socioeconómica con los factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de infarto agudo de miocardio*. Barcelona: Tesis.

Reis, R. S., Hino, A. A. F., Rech, C. R., Kerr, J., & Hallal, P. C. (2013). Walkability and Physical Activity: Findings from Curitiba, Brazil. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(3), 269–275. doi:10.1016/j.amepre.2013.04.020.

Rombaldi, J. y cols. (2014). Prevalencia y factores asociados a la ocurrencia de lesiones durante la práctica de la actividad física. *Rev Bras Med Esporte*, 20(3), 190-194

Salas-Bourgoin, María (2014). “Una propuesta para la modificación del índice de Desarrollo Humano”, *Revista CEPAL*, No. 112, p. 32-46.

Sallis, J. y Owen, N. (1999). *Physical Activity and Behavioral Medicine*. California: Thousand Oaks.

Secretaria de cultura, recreación y deporte (2010). *Politica pública distrital de actividad física deporte y recreación*. www.cultura-recreacionydeporte.gov.co.

Sharma R. (2011). Kuppuswamy’s Socioeconomic Status Scale – revision for 2011 and formula for real-time updating. *Indian J Pediatr* 2012, 79:961–962.

Shaw, B. A., McGeever, K., Grubert, E., Agahi, N., & Fors, S. (2014). Socioeconomic inequalities in health after age 50: Are health risk behaviors to blame? *Social Science & Medicine* (1982), 101, 52–60. doi:10.1016/j.socscimed.2013.10.040.

Smith, A. (1994). *Riqueza de las naciones* (1776). Madrid: Alianza.

Springer, A. E., Tanguturi, Y., Ranjit, N., Skala, K. A., & Kelder, S. H. (2013). Physical activity during recess in low-income 3rd grade students in Texas. *American Journal of Health Behavior*, 37(3), 318–324. doi:10.5993/AJHB.37.3.4.

Sen, A. (1992), *Inequality reexamined*. Oxford: Clarendon Press.

Sen, A. (1973), *On Economic Inequality*. Oxford: Clarendon Press.

Truman, H. (1948). Executive order 9981. *Harry S. Truman Library and Museum [online]*, 26.

Valdivieso, F., & Peña, L. (2007). *Los enfoques metodológicos cualitativos en las ciencias sociales: una alternativa para investigar en educación física.*(U. P. Libertador, Ed.)

Laurus,13(23), 381-412.

Vander, P., Maximova K, McGavock J, Davis W, Veugelers P. (2014) Do school-based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health? *SocSciMed* 112:80-87

Washington, R. (2001). Los deportes organizados para los niños y preadolescentes. *Pediatría*, 107(6), 1459-1462.

Whitehead M. (1999) The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*; 222 (3): 429–445.