

La posición socio económica en el campo de la actividad física y su relación con la imagen corporal: Aproximación desde el enfoque determinantes/ determinación social de la salud.

Oscar Eduardo Babativa Rodríguez

**Trabajo de grado para optar al título de
Magíster en Actividad Física y Salud**

Universidad del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Actividad Física y Salud

Bogotá, 2016

La posición socio económica en el campo de la actividad física y su relación con la imagen corporal: Aproximación desde el enfoque determinantes/ determinación social de la salud.

Oscar Eduardo Babativa Rodríguez

**Trabajo de grado para optar al título de
Magíster en Actividad Física y Salud**

Tutor:

Claudia Margarita Cortés G.

Universidad del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Actividad Física y Salud

Bogotá, 2016

CONTENIDO

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCCION | 6 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 1.1. Horizonte epistemológico: La sociología del conocimiento..... | 8 |
| 1.2. Categorías de observación: ejes del análisis. | 12 |
| 1.2.1. La Actividad Física (AF) como campo de conocimiento..... | 12 |
| 1.2.2. Imagen Corporal (IC)..... | 15 |
| 1.2.3. Posición Socioeconómica | 19 |
| 1.3. Los enfoques de la epidemiología social: aproximación histórica e implicaciones. ... | 22 |
| 1.3.1. Determinantes sociales de la salud. El proceso social frente a la salud..... | 22 |
| 1.3.2. Determinación social de la salud. Una apuesta latinoamericana de la salud, entendida desde la estructura social..... | 25 |
| 1.3.3. Comprendiendo la Determinación Social de la Salud: Una aproximación al origen desde la misma historicidad. | 25 |
| 1.3.4. Los DDSS y la DSS, cara a cara en un Dialogo de Saberes. | 26 |
| 2. METODOLOGÍA | 28 |
| 3. RESULTADOS | 34 |
| 3.1. Caracterización general de los productos académicos seleccionados. | 34 |
| 3.2. Los productos académicos y la AF como campo de conocimiento..... | 38 |
| 3.3. La IC en los productos académicos del campo de la AF | 41 |
| 3.4. Variables usadas como indicador de PSE..... | 42 |
| 3.5. Aporte a la conceptualización de la PSE..... | 48 |
| 3.6. Estudios de la sociología de la salud: dilema entre DSS y DDSS | 55 |
| 4. DISCUSIÓN..... | 59 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 59 |
| REFERENCIAS..... | 63 |

Resumen

El presente trabajo analiza la definición de la categoría posición socioeconómica (PSE) y las variables con las cuales se representa en los productos académicos del campo de la actividad física, además de su relación con la categoría de imagen corporal. Para lograr el objetivo, se rastrean elementos que permiten dar cuenta si los documentos de investigación se abordan desde alguno de los dos contextos: determinantes (DDSS) o determinación social de la salud (DSS). Se inicia con un rastreo global por medio de los motores de búsqueda, las bases de datos y los repositorios institucionales. Posteriormente se parametriza la ruta, desde las categorías imagen corporal (IC) y PSE. Las investigaciones pretenden dar cuenta de la evaluación a 15 años del programa "Salud para Todos" de la ONU de 2001, en el marco de los Objetivos Del Milenio. Se revisaron resúmenes de los productos, descartando aquellos donde la categoría PSE o sus descriptores asociados tuvieran un papel secundario. Se limitó a Latinoamérica y España por su tradición histórica colonizadora; con el ánimo de conocer la postura de esta comunidad frente al proceso globalizado de la salud en el mundo. Al grupo final se le aplican criterios parametrizados a partir de la revisión teórica, para responder los interrogantes basados en las implicaciones que tiene la PSE en el pensamiento actual de la producción científica en el campo de la actividad física; y cómo las otras categorías de análisis se ven o no manifiestas. El índice de calidad científica CASPe, determina la pertinencia de los textos.

En el aspecto teórico, se encuentra que la categoría PSE, a pesar de ser muy utilizada, tiene una conceptualización difusa. Por tal motivo, se propone una definición de PSE sustentada en el pensamiento sociológico. En el aspecto empírico, al rastrear las variables con que se reemplaza la PSE en las investigaciones, se encuentran grandes diferencias y el uso de múltiples y disímiles subcategorías.

Palabras clave: posición socioeconómica; imagen corporal; actividad física; construcción social del conocimiento; determinación social de la salud; determinantes sociales en salud; salud-enfermedad.

Abstract

This paper analyzes the definition of the category socioeconomic status (PSE) and the variables which is represented in academic products in the field of physical activity in addition to its relationship with body image category. determinants (DDSS) or social determinants of health (DSS): To achieve the objective, elements that allow account if research papers are addressed from one of the two contexts are tracked. It starts with a global tracking through search engines, databases and institutional repositories. Then the path is parameterized, from body image categories (IC) and PSE. The research aims to account for the assessment to 15 years of "Health for All" program 2001 UN within the framework of the Millennium Development Goals. summaries of products were reviewed, discarding those where the PSE category or its associated descriptors have a secondary role. He just Latin America and Spain for its colonial historical tradition; with the aim of knowing the position of this community to the global process of health in the world. The final group parameterised criteria are applied from the theoretical review, to answer the questions based on the implications of the PSE in the current thinking of the scientific production in the field of physical activity; and how the other categories of analysis are obvious or not. The scientific quality index CASPe, determines the relevance of the texts.

On the theoretical side, we find that PSE category, despite being widely used, has a fuzzy conceptualization. Therefore, a definition of PSE supported by the sociological thought is proposed. On the empirical side, by tracking variables that the PSE is replaced in the investigations, there are large differences and the use of multiple and disparate subcategories.

Keywords: Socioeconomic position; Body Image; Physical activity; Social construction of knowledge; Social determinants of health; Health social determinants; health disease.

INTRODUCCION

Relacionar el proceso salud-enfermedad con las condiciones socioeconómicas no es nuevo. Esa es una preocupación que viene desde la antigüedad, aunque de manera tangencial. Solo comienza a ser tratada directamente a partir del ascenso de la modernidad y las aperturas intelectuales que ésta permite. En 1677, por ejemplo, en un estudio sobre la gota, ya William Temple relaciona “la posición social con la enfermedad y sus consecuencias” (Rosen, 1993, p. 120). Sin embargo, los diferentes análisis muestran mayor interés en las enfermedades y su aspecto biológico, que era el problema central. La relación con las circunstancias socioeconómicas se notaba menos importante de lo que en verdad pudiera ser considerada.

Solamente a partir de mediados del siglo XX se comienza a poner toda la atención en la relación situación social y salud. Con la aparición de nuevas ideas sobre el concepto de salud enfermedad, surgen otras tendencias amparadas en una epidemiología social. En esta concepción de la salud muestra dos grandes enfoques: el de la DSS y el de los DDSS. La cuestión principal, entonces, se reorienta a estudiar cómo influye la situación social de los individuos o poblaciones en su salud.

Entre toda la multiplicidad de factores sociales que afectan la salud (culturales, étnicos, ambientales, etc.), tal vez los más relevantes son los socio-económicos. Casi & Moreno en 1992 se ocupan de enunciar nacientes elementos sobre una posición socioeconómica (PSE) que luego pudiera consolidarse como categoría de estudio. Sin embargo, ésta no ha tenido el suficiente desarrollo teórico que merece. Su conceptualización es sumamente difusa, lo cual constituye un problema para la profundidad de las investigaciones, puesto que se dan variedad de interpretaciones y cada investigador puede manipularla a sus intereses particulares. Este trabajo busca aportar en la resolución de dicho problema y avanzar en la consolidación de una noción coherente. La preponderancia de ésta categoría en las investigaciones científicas actuales, y seguramente en las que están por venir, es justificación suficiente para emprender la tarea de estructurar

y conceptualizar sobre la PSE. Por tal motivo, el objetivo de este trabajo es rastrear el uso que se le da a la categoría PSE, sus diversas conceptualizaciones y las variables con que se representa para la medición en los distintos artículos científicos del área de la salud, particularmente en lo referido a imagen corporal (IC) y actividad física (AF). La relación entre las condiciones socioeconómicas y la actividad física está fundamentada en que las primeras afectan la posibilidad de practicar actividad física por razones culturales (lo que se piensa sobre la AF), por su aspecto contextual (existencia de espacios para practicar) y por los aspectos individuales (suficiencia de tiempo, nutrición adecuada, etc.)

Para tal fin, en primer lugar, se expondrán los diferentes conceptos y categorías que se cruzan a lo largo del trabajo. En segundo lugar, se realiza un análisis de contenido descriptivo de artículos académicos relacionados con actividad física (AF) e imagen corporal (IC). Para el abordaje desde la IC, se tienen como parámetros la autopercepción en salud (APES), autoimagen, manifestaciones comportamentales, tendencias e imaginarios sociales sobre el cuerpo, basados todos en la idea cultural que su PSE le permite concebir. En tercer lugar, se verifica el uso, la conceptualización y la representación en variables o subcategorías de la PSE presente en dichos artículos académicos, que permitan establecer el nivel de filiación de la postura científica frente a los DDSS o por el contrario, sobre la DSS.

Ante la ausencia de una definición clara, es preciso preguntarse, ¿Cuál es el grado de implicación que tiene la PSE en la concepción actual de la producción científica en el campo de la actividad física? ¿Cómo la imagen corporal se ve determinada por la PSE, y la AF sirve de anclaje para modificar socialmente estas estructuras mentales?

El interés particular de este trabajo al pretender dar una propuesta de concepto de la PSE con base en el desarrollo del pensamiento sociológico, es el de aportar elementos que coadyuven a futuras investigaciones, a reconocer las estructuras sociales de los individuos, en medio de las tradicionales miradas de la salud colectiva.

Por último y a modo de conclusión, se exponen los diferentes resultados sobre la forma en que se utiliza la categoría PSE y las variables o subcategorías con que se representa.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Horizonte epistemológico: La sociología del conocimiento.

Una característica fundamental de los seres vivos es la capacidad para reproducirse y así asegurar la continuidad de la especie a la que pertenecen. A la vez, cada individuo debe satisfacer necesidades para garantizar su existencia, sin importar qué tan larga sea. Pero, entre todos los seres vivos del planeta tierra, solo una especie de primate aprende y transmite de forma sistemática conocimientos de su entorno para mejorar y facilitar los procesos de producción (que sustentan la existencia material) y reproducción (que permiten la continuidad de la especie). De igual forma, solo en el homo sapiens se presentan gran multiplicidad de actividades entre los miembros de una misma especie. Esto sucede porque, a diferencia de todos los demás seres del reino animal, para el hombre la biología no es el elemento estructural fundamental en su relación con el mundo exterior. La raíz central de la diferenciación está en los instintos imperfectos de los humanos; sus impulsos o instintos “son sumamente inespecíficos y carentes de dirección” (Berger y Luckmann, 2003, p. 65). Al no ser determinados de manera inequívoca por sus impulsos, los humanos tienen la posibilidad de tomar distintas sendas que los ubiquen en diversas actividades. La ausencia de un determinismo biológico es lo que genera la posibilidad de elegir. Tal como diría Jean Paul Sartre (2007), “no se podrá jamás explicar la referencia a una naturaleza humana dada y fija; dicho de otro modo, no hay determinismo, el hombre es libre” (Sartre, 2007, p. 42).

Pero tampoco se puede pensar que los hombres actúan a su total antojo. Si la biología no condiciona la esencia humana, sí lo hace la sociedad. Tanto la supervivencia como el desarrollo de cada individuo están socialmente determinados. Cada orden social y cultural modela a los hombres según sus necesidades. Así que hablar de la naturaleza humana es una imprecisión y sería “más significativo decir que el hombre construye su propia naturaleza o, más sencillamente que el hombre se reproduce a sí mismo” (Berger y Luckmann, 2003, p. 67). Tal auto-reproducción es por definición una “empresa social”, puesto que el hombre no puede desarrollarse en el completo aislamiento, ni tampoco se

puede hablar de ambiente humano para alguien que esté totalmente aislado. El hombre es hombre en la medida en que pertenece a una sociedad: “el homo sapiens es siempre, y en la misma medida, homo socius” (Berger y Luckmann, 2003, p. 70). Por lo tanto, hacer análisis de lo propiamente humano, es analizar lo social. Esto es particularmente importante en la esfera del conocimiento porque significa que el conocimiento humano también es una construcción social. Y, lo que, es más, la realidad entendida como lo independiente de nuestra voluntad, también se construye socialmente. Lo anterior explica por qué entre las distintas sociedades se establecen realidades que difieren entre sí. Las creencias de una sociedad pueden ser tabú en otras, y viceversa. Esa relatividad del conocimiento crea la necesidad de estudiar las relaciones entre la diferencia de culturas y la diferencia de realidades. Para satisfacer dicha necesidad aparece la sociología del conocimiento que se “ocupa de la relación entre el pensamiento humano y el contexto en que se origina” (Berger y Luckmann, 2003, p. 15).

A mediados de los años treinta, Fleck en sus investigaciones concluyó que “las enfermedades no existen 'allá afuera' en la naturaleza, sino que son socialmente construidas. (...) todos los hechos científicos son socialmente construidos” (Obregón, 2002, p. 53). Ese, pudo ser el primer paso en el enfoque de la construcción social del conocimiento. Uno de los desarrollos posteriores y más importantes por su complejidad, es el realizado por Berger y Luckmann en su célebre libro *“La construcción social de la realidad”*. Los autores, apoyados en las contribuciones de Marx, Nietzsche y el historicismo, proponen un análisis global de la interrelación entre el conocimiento y el lugar histórico-cultural en que se genera. De Marx retoman la determinación social de la conciencia; de Nietzsche, la tesis del conocimiento como instrumento de lucha; y del historicismo, la relatividad histórica del conocimiento.

El punto de partida es la certeza de que la sociedad es un producto humano que se va realizando constantemente con la práctica humana. “El orden social no forma parte de la 'naturaleza de las cosas' y no puede derivar de las 'leyes de la naturaleza'. Existe solamente como producto de la actividad humana” (Berger y Luckmann, 2003, p. 71). Es una constante, derivada tanto de esa actividad pasada acumulada, como de la que está presente y que se mantiene. Pero simultáneamente, la sociedad que produce la actividad humana es

una realidad objetiva e independiente de los deseos y voluntad de quien se desarrolla en ella. No puede transformarla a su acomodo, ni puede desaparecerla. Aunque no se quiera, esta va a seguir ahí con las características que la identifican. Por lo tanto, se deben analizar los aspectos objetivos y subjetivos de la construcción de esa realidad.

La postura que ellos defienden identifica tres momentos dialécticos de la realidad social: externalización, objetivación e internalización. La externalización hace referencia a la incidencia de las acciones humanas sobre la realidad circundante. La objetivación es “el proceso por el que los productos externalizados de la actividad humana alcanzan el carácter de objetividad” (Berger y Luckmann, 2003, p. 81). Y la internalización es definida como el proceso mediante el cual el mundo social objetivado se refleja en la conciencia tras la interacción social. Los tres momentos también pueden ser interpretados como características del orden social: “La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social.” (Berger y Luckmann, 2003, p. 82). Tener en cuenta estos tres momentos (o características) sin omitir ninguno es la principal virtud de la propuesta de Berger y Luckmann y lo que la diferencia de otros análisis que ellos consideran “distorsionados”.

Hay que aclarar que los tres momentos son simultáneos y se determinan recíprocamente. Únicamente con la intención de entender el proceso en conjunto, se puede hacer la abstracción de cada momento y analizarlo por separado para ver el proceso de la construcción social del conocimiento.

Los seres humanos repiten pautas y acciones durante lo sucesivo de la existencia. Esas pautas permiten realizar una misma tarea de forma más rápida y con menos esfuerzos. Tales pautas repetidas son las que van a constituir los hábitos, y estos a su vez, juegan un papel importante en la sociedad por dos razones: primero, “la habituación provee el rumbo y la especialización de la actividad que faltan en el equipo biológico del hombre” (Berger y Luckmann, 2003, p. 73); segundo, los hábitos que se reconocen recíprocamente en la sociedad se consolidan como instituciones. Las instituciones son los hábitos compartidos y que son accesibles y reconocidos por todos. Así que las instituciones se presentan como realidad objetiva que en primer término fue definida por el hombre (externalización), pero que ahora se le presenta como algo independiente de su volición (objetivación). Y ahora, con vida propia, “las instituciones también controlan el comportamiento humano

estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada...” (Berger y Luckmann, 2003, p. 74).

Pero no solo determinan las conductas, las instituciones condicionan el conocimiento en sí mismo. El conjunto de conocimientos que recogen las instituciones se toma en cada sociedad como “un cuerpo de verdades válidas en general acerca de la realidad”, y, por tanto, “cualquier desviación radical que se aparte del orden institucional aparece como una desviación de la realidad, y puede llamársela depravación moral, enfermedad mental, o ignorancia a secas” (Berger y Luckmann, 2003, p. 87). Cada sociedad establece su conocimiento y, además, ese conocimiento va a encarrilar todo el conocimiento por venir.

Hasta este punto, ha sido posible reconocer que la sociedad a la que se pertenece influye en qué se conoce, cómo se conoce y qué se puede conocer. Pero ese solo es un aspecto de la relación entre producción del conocimiento y el contexto en que se lleva a cabo ese proceso. El otro aspecto importante se refiere al condicionamiento del rol que se tiene dentro de la sociedad para la construcción de conocimiento. Si la ubicación histórico-socio-cultural afecta la producción de conocimiento, la posición que se ocupa dentro de la sociedad también lo hace. Según el rol que se desempeña en la sociedad, cada individuo debe conocer una serie de normas, valores y conceptos que son específicos del lugar que ocupa. Así que el puesto que se tiene en la sociedad limita el conocimiento que se tiene y el sesgo con que se asuma el conocimiento por venir. Tener un rol en la sociedad implica tener un conocimiento específico del total del conocimiento de la sociedad. Aparece una diferenciación entre el conocimiento que es relevante para la sociedad en general y el conocimiento que solo importa para un rol en particular. Esto “implica una distribución social del conocimiento” (Berger y Luckmann, 2003, p. 99).

Finalmente, se debe resaltar otro importante aporte desde la visión propuesta por los autores revisados: la importancia que se le da al conocimiento que no hacen los intelectuales, al conocimiento del hombre de a pie desprevenido. Que sean muy pocos los que teorizan, darle mucho peso a la teoría en el devenir histórico y que las teorías no encierren lo real, son las tres razones que arguyen Berger y Luckmann para no limitarse a los productos de intelectuales.

Al contrario, los otros tipos de conocimiento en la sociedad, sobre todo el conocimiento de los individuos en su vida cotidiana, también deben ser fuente de estudio de la sociología del conocimiento. Esta forma de entender el conocimiento como determinado por la ubicación histórico-social en que aparece, es sobre la cual se soporta la presente tesis.

1.2. Categorías de observación: ejes del análisis.

A partir del horizonte epistemológico en el que se enmarcó el presente estudio, y en relación con su objetivo principal, es necesario aproximarse a las categorías que se articularán para clarificar la ruta seguida frente a ellas. Con este fin, a continuación, se exploran conceptualmente las categorías de Actividad Física (AF), Imagen Corporal (IC) y Posición Socioeconómica (PSE).

1.2.1. La Actividad Física (AF) como campo de conocimiento.

El origen de la AF como preocupación humana se remonta a los inicios de la civilización. Rodríguez (1995) señala que ya en Homero, Píndaro y Platón se pueden encontrar referencias claras desde su relación con la filosofía, y en Aristóteles algunas reflexiones sobre biomecánica y entrenamiento que le conciernen a este campo. En el mismo sentido, Lain Entralgo (1982) apunta la relevancia de la gimnasia y la AF en las culturas orientales, así como en los inicios de la medicina y las disciplinas militares occidentales. Sin embargo, su proceso de conformación como campo de conocimiento no se inicia hasta bien entrado el siglo XX y se encuentra aún en consolidación.

La idea de la AF como unidad susceptible de conformarse como campo de conocimiento ha sufrido un proceso evolutivo gradual a nivel histórico, como señala Oña (2002). Este autor rastrea un proceso de marginación del campo a partir de la Edad Media, cuando se acentuó la dicotomía cuerpo/alma, derivada del neoplatonismo cristiano y que consideraba que el acceso al conocimiento estaba restringido al segundo término de la dupla (Oña, 2002, 13); de manera que el cuerpo quedaba ajeno a esta posibilidad. Esa marginación, derivada de la concepción dualista, prevaleció con el racionalismo cartesiano mediante el reemplazo del alma por la mente. Según Oña, será necesario que se recorra el camino en dirección a la disolución de esta dicotomía, para que el campo de la AF empiece

a tener cabida en el horizonte de la producción de conocimiento. Como es sabido, el empoderamiento del racionalismo y su exacerbación epistemológica por vía del positivismo, instauró la primacía de las ciencias naturales. Aunque ese cambio de paradigma avanzó hacia la concepción holística del ser humano y concretó la secularización del conocimiento, restringió el desarrollo del campo de la AF en virtud de la jerarquización de las ciencias. Sin embargo, es precisamente por vía positivista que la AF inicia su formalización como campo de conocimiento. Las primeras apariciones se remiten a la validación de la antigua relación entre AF y Salud, que pretenden demostrar los efectos benéficos de la primera sobre la segunda; estuvieron, pues, fundamentadas en la epidemiología clásica y en una concepción biologicista. Como referente ineludible en esta vertiente del campo es necesario mencionar a Jeremiah Noat Morris, pionero de la epidemiología de la actividad física; aunque sus trabajos no fueron los primeros con esta perspectiva.

Aunque indudablemente la práctica de la AF siempre ha sido un fenómeno social (Camargo, Gómez, Ovalle & Rubiano, 2013) que confluye un sinnúmero de factores, el interés por estudiar su interrelación solo cobra fuerza en las últimas décadas del siglo XX. Camargo y colaboradores (2013), por ejemplo, exploran la literatura sobre el tema para “identificar las concepciones y enfoques de la cultura física y el deporte en los diferentes momentos de la historia” (Camargo, Gómez, Ovalle & Rubiano, 2013., P. 116); en el trabajo de Pedraz y Brozas (1997), se ponen en discusión las relaciones de poder que intervienen en la promoción de la actividad física, en los juegos y la cultura corporal populares. Rodríguez (1995), por su parte, clasifica una de las vertientes científicas, sociales y naturales, que intervienen en el sistema del campo de la AF. Allí, el primer lugar es ocupado por las disciplinas biomédicas, seguido por la Psicología del deporte, las ciencias sociales en general, la historia de la AF, la antropología filosófica y, finalmente, lo relacionado con la educación física. El estudio, sin embargo, termina por restringir su análisis al aspecto educativo.

Lo que resulta claro es el interés desde diferentes disciplinas por fortalecer y consolidar un campo de conocimiento con relación a la AF, bien sea que se aborde desde miradas más o menos específicas. Las concepciones de AF, en coherencia, presentan iguales variaciones.

En este sentido, puede identificarse como concepto dominante de AF el que abarca cualquier movimiento corporal realizado por músculos esqueléticos y que provocan un gasto de energía. Aunque en numerosas ocasiones se genere debate a raíz de actividades como dormir o reposar y del objetivo de la práctica (divertirse, relacionarse, mejorar la salud o la forma física, o competir) (Guillen del Castillo & Linares, 2002). Sin embargo, derivado de las diferentes disciplinas, el concepto crece y se sustenta por sí mismo.

La Organización Mundial de la Salud le asigna un papel como factor que interviene en el estado de la salud de las personas (OMS, 2010) pero le incluye algunas actividades diarias, como las tareas del hogar y del trabajo. La Organización Panamericana de la Salud, por su parte, vincula la AF en el campo de la salud si se concibe como una estrategia preventiva desde lo biológico, psicosocial y cognitivo, pero que además puede ser un factor protector frente a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) (OPS, 2007).

Por su carácter transversal, la AF cobra significados sutilmente diversos pero que dependen del momento vital con que se relacione. Sin duda alguna, elementos derivados del juego, hacen de la estimulación en los primeros años de la infancia su mejor propuesta para el desarrollo de los niños. Ya en la juventud, se espera que la AF este mediada por las formas deportivas y de competencia. En la edad adulta aparece el concepto de recreación y disfrute mientras que, para el adulto mayor, toma un sentido terapéutico e incluso de rehabilitación (Vidarte, Vélez, Sandoval, & Alfonso, 2011).

Correa (2010) en el documento de sustentación para la conformación de los grupos de investigación en AF de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, consideró que para emitir un consenso sobre la práctica de AF debe considerarse un concepto polisémico. De igual manera, dice, debe pensarse desde una experiencia perceptivo-motora de exploración para el reconocimiento del mundo y la interacción con la realidad y el entorno. (Correa, 2010).

Estas afirmaciones dan sustento a que un sujeto en movimiento es el resultado de una acumulación experiencial que le permite hacer una identificación se su propia realidad. Los patrones motores maduran y se desarrollan debido a las necesidades que su medio ambiente y sus condiciones de vida le exigen (Correa, 2010). Este tipo de consideraciones logran posicionar a la AF como un medio para mejorar las condiciones de salud de las personas. Muchas de las enfermedades derivadas de los malos hábitos en salud, pueden ser

contrarrestadas con una buena disciplina deportiva, una rutina de ejercicio o una de entrenamiento (Meléndez, 1986).

Vidarte y colaboradores (2011) hacen un reconocimiento y resumen las principales tendencias sobre las cuales se apoya el abordaje de la AF en tres grandes corrientes: salud y terapéutica, entrenamiento deportivo, y educación. La mirada desde la salud se enmarca en los programas que pretenden coadyuvar en las condiciones de salud y bienestar de las personas: promoción, prevención y rehabilitación son algunos de sus objetivos principales. Respecto al entrenamiento deportivo, se abordan todos aquellos temas relacionados con el desarrollo de capacidades físicas durante periodos de tiempo que generan alto rendimiento y competencia, principalmente desde componentes biológicos y mentales. La tercera tendencia es una de las mayores en su complejidad, toda vez que desde el plano educativo deben incluirse conceptos tales como el desarrollo infantil y la formación de experiencias motrices significativas en el contexto escolar.

Es reconocido desde diferentes perspectivas, el papel de la AF como factor benéfico a nivel metabólico y preventivo de ECNT y trastornos alimenticios (OMS, 2010; OPS, 2007; García y Correa, 2007; Montenegro & Rubiano, 2006). Además, se considera que la práctica regular de AF permite mejorar la autopercepción, la imagen corporal y los ya mencionados beneficios biológicos. En lo social, posibilita también una afiliación con grupos que comparten los mismos gustos e intereses, lo que supone un disfrute en el plano psicológico y cognitivo (OMS, 1986).

De este abordaje puede concluirse que, aunque sin un status científico oficializado (Oña, 2002; Borda, 2006), el campo de la AF ha ampliado sus horizontes de estudio y acción, y se ha consolidado como un campo del conocimiento que, por su apertura de concepciones y su carácter interdisciplinar, guarda estrecha relación con la perspectiva epistemológica de la sociología del conocimiento.

1.2.2. La Imagen Corporal (IC) en sus distintas consideraciones.

El papel de esta categoría dentro del presente estudio se relaciona con su posibilidad medial entre las categorías principales. Su relación con el campo de la AF ha sido estudiada desde diversas perspectivas y ha arrojado resultados dispares. En algunos se considera que la relación entre AF e IC es positiva, de manera que individuos que muestran prácticas de

AF también muestran una mejor IC (Silva-Filho; Rabelo-Leitão; Menezes-Cabral; & Knackfuss, 2008). En otros, la conclusión es contraria al considerar el grado de relación entre motivación y resultados en la práctica de AF.

Frente a la categoría de PSE, la relación se establece en tanto la IC, como se verá, tiene implícitos componentes directamente relacionados con el lugar en que se posiciona el sujeto en sociedad, de manera que se puede entender que los factores de tipo socioeconómico son relevantes para su construcción. Hechas estas consideraciones, se permite el rastreo del concepto imagen corporal (IC) y sus características generales.

La IC es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” (Schilder, 1999). Se puede entender que la imagen corporal no está relacionada directamente con la apariencia física real, sino que el individuo, a partir de sus experiencias, hace un juicio de valor sobre su propio cuerpo. De igual manera podría decirse que aquellos sujetos que, al momento de evaluar sus dimensiones corporales manifiestan algún juicio valorativo que no corresponda con la percepción de las dimensiones reales, presentan una alteración de la imagen corporal. (Sepúlveda, León y Botella, 2004)

A partir de la revisión de Salaberria, Rodríguez y Cruz, (2007), se puede afirmar que la imagen corporal se compone de diferentes variables. Primero reconoce como aspectos perceptivos a la exactitud con la que se puede percibir la forma del cuerpo o sus partes sin estimaciones que exageren o disminuyan su realidad. También identifica aspectos cognitivos-afectivos determinados por los procesos psíquicos básicos como la atención, sensación y percepción; y superiores tales como las actitudes, sentimientos, y pensamientos, frente a una valoración subjetiva derivada del concepto de cuerpo. En el plano emocional la IC también puede definir otras realizaciones como placer, satisfacción, conformidad, o sus opuestos. Un tercer grupo de variables se refiere a los aspectos conductuales, que son el resultado de la combinación entre la percepción y los afectos derivados en el cuerpo real. Estas conductas actúan como mecanismos de evitación, o de otras prácticas tales como los rituales, modificaciones, identificaciones, imitaciones, etc. De igual manera, estas conductas pueden generar otras reflexiones frente al comportamiento del individuo. Como afirma Guimón (1999), la identificación o evitación de ese cuerpo

reconocido por el sujeto puede manifestar incluso un alto porcentaje de su personalidad. En síntesis, uno se percibe tal como se siente y así mismo actúa (Thompson, 1990).

El carácter transversal de la imagen corporal a lo largo del ciclo vital, le adhiere otros significados que dependen de la etapa etaria de los sujetos. La interiorización del concepto del cuerpo, varía conforme la utilidad que se le dé al mismo (Rosen, 1993). Sobre los tres primeros años experimentan relaciones primarias con las texturas del medio ambiente. De ahí en adelante, comienza la integración de los órganos de los sentidos y las actitudes resultantes frente al aspecto psicomotor (Salaberria et al, 2007). Los cambios físicos en la adolescencia suelen ser traumáticos conforme se pierde el cuerpo infantil y surge una necesidad de que la IC sea reformada (Salazar-Mora, 2008). El adolescente vive una lucha por la necesidad de tener una imagen favorable en función de la aceptación en su grupo de pares. Esta preocupación se acentúa durante la pubertad, que es el momento en el que cuerpo se transforma por sí solo y sin explicación lógica para esa etapa vital (Santrock, 2004). El cuerpo para el adulto tiene una idea de prevención y pro esbeltez mediada por patrones de moda y belleza ampliamente difundidas por los medios de comunicación (Toro, Cervera y Pérez, 1989). Ya en las personas mayores, estas consideraciones se hacen vagas, toda vez que se ha encontrado que los hombres se muestran más abiertos a las experiencias corporales que las mujeres. Los factores culturales parecen ejercer presión sobre la IC del anciano y hacen que la percepción negativa disminuya con la edad. Pareciera que se sufre un proceso de "adaptación pasiva" relacionado con la resignación. (Pichón Rivière, Pampliega de Quiroga, 1985).

Tradicionalmente el cuerpo ha sido objeto de todo tipo de clasificaciones y de evaluaciones frente a modelos estandarizados de cada época. Desde la antigüedad se ha concebido una idea de cuerpo perfecto y armonioso como garantía de fertilidad o de éxito en la guerra. (Toro, 2014) Hacia la edad media el patrón de salud y posibilidades de fecundación se daba frente a la apariencia robusta de las mujeres y un cuerpo atlético de los hombres. (Cervera, 1996). Sobre los inicios del siglo XX, el aspecto libertario de las mujeres promovió la aparición de las curvas femeninas, en tanto que el cine ayudaba a difundir un nuevo concepto de belleza. Hacia los años 50 se comienza a promulgar un aspecto de higiene y belleza, y por primera vez se asocia a estas prácticas el cuidado del cuerpo. (Toro, 2014).

Hacia los años 70 y 80 los estudios se centraban en las cualidades perceptivas de la IC. En los años 90, la tendencia se ubica en un aspecto más subjetivo y de actitud. Aparecen términos para referirse a lo “correcto” frente a la percepción del cuerpo y una carrera para contrarrestar la insatisfacción con el mismo. (Rosen, 1997).

La sociedad occidental ha convertido el cuidado del cuerpo en un negocio. Una preocupación obsesiva por la apariencia física ha generado una industria de miles de millones. Ese fenómeno ha suscitado que mucha gente construya su ideal de vida en el aspecto físico, y así mismo, desarrolle gran cantidad de alteraciones patológicas (Cash y Brown, 1987). Estas alteraciones pueden manifestarse de manera cognitiva y afectiva, a nivel perceptivo, y desencadenar problemas de conducta tales como la distorsión de la imagen corporal y trastornos alimenticios.

Una excesiva preocupación por la apariencia puede configurarse en un trastorno dismórfico corporal. (Grant y Cash, 1995). Hombres y mujeres presentan gran ansiedad por el aspecto que muestran ante los demás. (Rosen, Reiter y Orosan, 1995). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV) en su versión revisada, lo define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa entidad. (APA, 1994). Este tipo de preocupaciones alteran la vida cotidiana de quienes la padecen. Una deficiente correspondencia entre lo corporal y lo mental, supone la aparición de desórdenes incluso en el comportamiento. Uno de los temas espinosos de la actualidad, es la falta de identificación entre los órganos sexuales y la identidad de género, factor que explica el concepto de la transexualidad. (Salaberria, 2007)

La mayoría de los estudios iniciales sobre la IC, surgieron de la relación con el aspecto nutricional, incluso en lo que respecta a las enfermedades como dismorfías, anorexia, bulimia y vigorexia (Phillips, McElroy, Keck, Pope, Hudson, 1993); otros se centraron en la obesidad y la acumulación de grasa (Raich, Torras & Mora, 1997), el uso excesivo del gimnasio, la publicidad global, y los patrones estándares de salud (Phillips, McElroy, Keck, Pope, Hudson, 1993). Por otra parte, aparecen aquellos relacionados con el peso y el consumo de laxantes y productos nutricionales complementarios (Thompson, 1990; Perpiña, Botella y Baños, 2000). De ellos ha saltado a la vista que las dietas que no

son asesoradas por expertos implican una insatisfacción corporal (Raich, Torras, y Mora, 1997).

El significado de cuerpo y la reflexión ontológica de la corporalidad ayudarían a determinar la incidencia de la construcción social de la imagen corporal frente a la reproducción social de la misma. Para efectos de este estudio, es importante su reconocimiento porque permite identificar las posibles relaciones que se dan por el abordaje de la AF, el concepto propio que se tiene sobre imagen corporal y la PSE como factor determinante de acceso al conocimiento y los derivados de las representaciones sociales.

1.2.3. **La Posición Socioeconómica como categoría de anclaje.**

La superación del enfoque puramente clínico de la salud permitió relacionar factores distintos a los biológicos al problema de la salud. Merecieron particular importancia los factores sociológicos y los económicos, así que muchos estudios comenzaron a analizar la relación entre éstos y el derecho a la salud. Sin embargo, la principal preocupación de los trabajos es estudiar el vínculo de los factores socioeconómicos con la posibilidad de acceder a una salud integral que cobije prevención, atención y tratamiento. Se correlacionan algunas variables sociológicas y económicas con indicadores de la salud, pero no se cuestionan de manera explícita qué se entiende por posición socioeconómica, o cuáles son los factores representativos de los ámbitos sociológico y económico. El propio nombre de la categoría es controvertido, aparecen los nombres Posición socioeconómica (PSE), nivel socio-económico (NSE) y estratificación socioeconómica como sinónimos de la categoría que agrupa los factores sociológicos y económicos. Incluso, en la década del 80 y ante la variedad de términos para referirse a los aspectos antes descritos, Liberatos, Link y Kelsey (1988), profesores de la Universidad de Columbia, abogaron por volver al término primigenio de Clase social para nominar la categoría en cuestión. Casi & Moreno, (1992) también son partidarios de usar la expresión Clase social para abarcar los elementos económicos y sociales que caracterizan a un individuo y afectan su derecho a la salud.

En oposición, Krieger (2001) hace una distinción tajante entre Clase social y Posición socio-económica. Para ella, el primer término está condicionado por las relaciones de producción y distribución de bienes y servicios. La clase social depende del lugar que se ocupa en la estructura productiva, “tiene como premisa la situación estructural de la

persona dentro de la economía” (Krieger; 2001; p. 486). Lo que diferencia a un individuo de una clase de un individuo de otra, es el papel y las relaciones que tiene en el sistema económico establecido. Por último, la categoría de clase social implica “la asimetría de la explotación económica, mediante la cual los propietarios de los recursos (por ejemplo, del capital) obtienen ganancias económicas del trabajo o esfuerzo de los que no son propietarios y trabajan para ellos” (Krieger; 2001; p. 486). Por otra parte, para la autora la posición socio-económica “es un concepto agregado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio” (Krieger; 2001; p. 487). Los recursos incluyen los activos económicos y sociales, y el prestigio tiene en cuenta “el rango o estatus de los individuos en la jerarquía social, evaluados típicamente en función del acceso de las personas al consumo de bienes, servicios y conocimiento, y ligados al prestigio de su ocupación, a los ingresos y al nivel educacional”. Finalmente, en la misma senda de trazar diferencia entre las nomenclaturas del concepto, Krieger sostiene que no se debe hablar de Estatus o situación socio-económica porque se presenta al estatus como el principal determinante de la posición socioeconómica.

Algunas publicaciones institucionales intentan abordar el concepto, pero lo hacen de manera muy superficial. Por ejemplo, *The New Dictionary of Cultural Literacy*, “lo refiere como la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica” (Vera y Vera, 2013, p. 41). Y para *The National Center for Educational Statistics*, la PSE es una “medida de la posición relativa económica y social de una persona/hogar” (Ídem).

Aparte de los citados, son contados los casos en que los autores de artículos científicos sobre temas de salud entran a definir y delimitar el concepto que se usa para abarcar los factores económicos y sociales. Como la PSE o NSE “no es una característica física y fácilmente formable, sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares” (Vera y Vera; 2013; p. 40), la problematización de la categoría se elude y simplemente “se han utilizado diferentes indicadores de clase social (o PSE o NSE), basados sobre todo en aproximaciones multidimensionales cuantitativas” (Fernández, Alonso & Quer, 2000; p. 219). Así que se utilizan variables que representan la posición socio-económica sin entrar a discutir sobre la categoría en sí misma.

A continuación, algunos casos de cómo utilizan algunas variables o subcategorías como sustitutos o indicadores de la PSE.

El primer gran grupo, tal vez con la postura más recurrente, asocia la PSE a la triada del ingreso, la educación y la ocupación. Estos tres indicadores representarían la clase y la condición, dos de las dimensiones propuestas por Weber para medir la PSE, dimensiones que se completan con el poder (Casi y Moreno, 1992, p. 18). Dentro de este grupo que utiliza el ingreso, la educación y la ocupación como aproximación de la PSE, se puede mencionar el estudio de Jiménez y Ortega (2014), en el cual se defienden los tres indicadores mencionados como los “principales” de la PSE.

Muy cercanas a esta propuesta, pero sin ser idénticas, son las posiciones de Romero (2009) que reduce los indicadores únicamente a la educación y el ingreso; de Casi y Moreno (1992), para quienes los indicadores más precisos serían la ocupación, la educación y la vivienda; y de la Asociación Argentina de Marketing (1996), que plantea a la educación y ocupación del principal sostén del hogar junto con el patrimonio del hogar, como las tres variables que representan la PSE.

El Registro General de Clases Sociales de Reino Unido clasifica a los individuos en seis clases que son definidas por los indicadores de prestigio, especialización y remuneración.

Aproximaciones más completas, o por lo menos con mayor número de variables, son las de Vera y Vera (2013) y las de López (2009). Para los primeros las variables que representan la PSE son: 1) instrucción del jefe de familia; 2) comodidades del hogar; 3) características de la vivienda 4) acceso a salud en caso de hospitalización; 5) ingreso económico de la familia; 6) hacinamiento. Para López (2009): 1) escolaridad del jefe del hogar; 2) número de habitaciones; 3) número de baños con regadera; 4) tipo de piso; 5) número de focos; 6) auto; 7) calentador; 8) lavadora de ropa automática; 9) videocasetera; 10) tostador de pan; 11) aspiradora; 12) horno de microondas; 13) computadora personal.

Con tantas versiones para representar la PSE con subcategorías, variables o indicadores, no es de extrañar que Vera y Vera (2013, p. 43) y Casi y Moreno (1992, p. 25) terminen por concluir que, existe la necesidad de encontrar una medición más precisa y clara de la PSE.

Sin embargo, una correcta medición depende de la definición que se use de PSE. Según lo que se entienda por PSE, se mediría con unas determinadas variables. Regidor (2006) afirma que la ausencia de un abordaje serio de la categoría “ha producido una

considerable ambigüedad conceptual”, que lleva incluso al extremo de la “imposibilidad de definir en muchas de las teorías propuestas si la posición socioeconómica es o no una categoría diferente de los determinantes sociales.” (p. 897. Traducción propia). Además, en algunos casos la falta de conceptualización lleva a que se excluyan de la categoría PSE algunos elementos que deberían estar ahí. Regidor pone como ejemplo el Informe Acheson, en el cual se afirma que se “requieren políticas que mejoren el nivel de salud y de sus principales determinantes, como los ingresos, la educación y el empleo en las personas que son menos favorecidos en términos de estatus socioeconómico, sexo o etnia” (Regidor, 2006; p. 899. Traducción propia). Afirmación que evidentemente deja la PSE “como algo diferente de los ingresos o la educación...”.

1.3. Los enfoques de la epidemiología social: aproximación histórica e implicaciones.

1.3.1. Determinantes sociales de la salud. El proceso social frente a la salud.

Una apuesta académica en la actualidad es la que pretende identificar los factores que influyen en la salud de los individuos y su carácter de integrantes de la sociedad. Con ello se busca comprender como las condiciones de vida deberían servir para promocionar políticas públicas encaminadas a la satisfacción y bienestar de todas las personas (Mejía, 2013).

Dicha apuesta ha consolidado un enfoque de abordaje del área de la salud que ha sido llamado “Determinantes Sociales de la salud” (DDSS) (Marmot, 1999). Para la Organización Mundial de la Salud, “los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluidos los sistemas de salud, contexto altamente responsable de las desigualdades en salud que se observan” (OMS, 2005).

A comienzos del siglo XIX se hicieron los primeros cuestionamientos acerca de la baja calidad en las condiciones de vida de la población y su relación con la salud. Por esos días las altas tasas de migración hacia las ciudades obligaban a repensar los modelos de producción. Este fenómeno, sin pensarlo, acrecentaba la aparición de nuevas epidemias y el deterioro de las condiciones sociales, particularmente de los trabajadores (Perdiguero,

Bernabeu, Huertas, & Rodríguez-Ocaña, 2001). La revolución industrial trajo consigo, pues, nuevas reflexiones sobre las condiciones higiénicas de la época.

Con estas preocupaciones crecía el Movimiento Sanitarista cuyos intereses se volcaban hacia el análisis de la morbilidad y mortalidad, pero al mismo tiempo comenzaban a incluir el discurso de los problemas en salud derivados de factores sociales como resultado de las formas emergentes de economía (Sigerist, 1974). Por otra parte, algunos factores como la fatiga, condiciones laborales deficientes, y falta de higiene, entre otros, mostraban su influencia en el bajo rendimiento de los trabajadores y en la aparición de enfermedades profesionales. El bajo nivel educativo también era considerado al momento de emplear a las personas, toda vez que se traducían en mano de obra barata (García, 1981).

Luego de estas y otras aproximaciones a la necesidad de reconsiderar cambios en los sistemas de organización social, muchos países comenzaron a estudiar la implementación de políticas públicas sanitarias (Cardona A., 1999). Otras variables que soportaban esas primeras políticas sanitarias estaban relacionadas con las enfermedades propias de la pobreza (Campos, 1995).

Estas nuevas concepciones potenciaron el concepto de salud-enfermedad como resultado de construcciones sociales. La mayoría de las veces, estas influencias son negativas y por ende el estado debería facilitar los mecanismos de protección adecuados para toda su población (Rosen, 1958).

Estas y otras lecturas sobre la realidad social, permitirían fundamentar la relación entre salud derivada y condiciones sociales. Marx y Engels reclaman, por ese entonces, una justicia distributiva en términos de clase (Marx & Engels, 1985)

El concepto DDSS fue introducido por primera vez por el estadounidense Charles-Edward. De él se deriva la idea de que la sociedad debe aunar esfuerzos para asegurarles a todos sus integrantes un nivel de vida apropiado y puedan convertirse en agentes primarios en la preservación de su propia salud (Viseltear, 1982). Sigerist agrega que “la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación cultura física y medios de descanso y recreación” (Sigerist, 1974).

Sobre la década de los 90, surge en firme toda una generación de académicos preocupados por intervenciones concretas sobre los ya conocidos DDSS y las implicaciones sobre la salud y la salud pública (Terris, 1992). A partir de esta nueva generación,

comenzaron a darse reuniones internacionales con el ánimo de reconocer la importancia de estos hallazgos y sus discusiones darían paso a trascendentales decisiones frente a las políticas públicas de salud.

Alma Ata es la primera apuesta sobre promoción de la salud, y su nombre resuena por ser una iniciativa desde la OMS (OMS, 1978); allí se prenden las alarmas al hacer énfasis en la salud como un objetivo social prioritario. Años más adelante, se propone la conferencia de Ottawa (1986), con el ánimo de reconfirmar que la salud debe ser un principio vital de cualquier individuo de cualquier sociedad, pero que, para lograr una adecuada condición de bienestar físico, mental y social, la sociedad misma debe propender por estilos de vida más saludables. Esta conferencia agrega incluso otros elementos constitutivos tales como la educación y la promoción de la actividad física para la salud (OMS, 1986).

En 1991 la conferencia de Sundsvall amplió el tema de entornos saludables y sugirió la participación de países desarrollados en la creación y sostenimiento de políticas públicas de los países más pobres (OMS, 1991). El sector privado fue convocado a participar de la iniciativa frente a los DDSS en la conferencia de Yakarta en 1997. Su responsabilidad, recae especialmente en ayudar a reducir las implicaciones económicas sobre la inequidad social (OMS, 1997).

Para la quinta conferencia celebrada en México en el año 2000, se concluye que una mejor salud individual, será el resultado de un sistema sanitario estatal armónico y acorde a las necesidades del gradiente social. Los más privilegiados pueden ayudar a subsidiar a los más pobres, mediante una acción intersectorial (OMS, 2000). Ya en 2005, la conferencia realizada en Bangkok, logró instituir cuales serían los retos para tratar los DDSS en ese decenio.

Como órgano para el estudio y articulación práctica de los DDSS, la Organización Mundial de la Salud en 2005 crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDDSS), y le confiere a Sir Michael Marmot la misión de presidirla. Esta iniciativa académica logra durante los últimos 10 años la difusión internacional de políticas de salud exitosas basadas en la resolución de las necesidades humanas (OMS, 2011).

La CDDSS ha exigido que los gobiernos tengan una política pública en salud, después de haber identificado cuales de los DDSS serían los principales a ser intervenidos.

Estas acciones han contribuido a generar reflexiones sobre los DDSS en contextos más específicos. Latinoamérica ha buscado atender su particularidad, a partir de su propia propuesta.

1.3.2. Determinación social de la salud. Una apuesta latinoamericana de la salud, entendida desde la estructura social.

La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) y del Centro Brasileiro de Estudos de Saude (Cebes), (2011), definen la Determinación Social de la Salud (DSS) como:

Una categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo del pensamiento empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan. (p.29)

Entre los elementos importantes de la respuesta propuesta por la DSS, se encuentra el interés por plantear una mirada multidimensional y añadir el componente histórico. Es decir, que los estudios que asumen esta perspectiva deben atender a un plano social amplio que dé cuenta de los elementos estructurales del mismo (Mejía, 2013). Propone, entonces, la idea de una participación activa que permita a los individuos, ser actores dinámicos como parte de la estructura histórica y social (Alames-Cebes, 2011)

1.3.3. Comprendiendo la Determinación Social de la Salud: Una aproximación al origen desde la misma historicidad.

Sobre la década del sesenta, mientras en Europa se afianzaba el enfoque epidemiológico de los DDSS, América Latina, ya comenzaba a debatir acerca de las condiciones especiales de sus modelos sanitarios. Dichos modelos, aunque pretendían distar de la hegemonía europea de los DDSS, conservaban sus enfoques epidemiológicos y los preceptos biologicistas en el concepto salud-enfermedad (García, 1981).

Ésta reflexión coadyuvó para que un grupo de académicos hicieran frente a la epidemiología tradicional, y mediante una búsqueda de sus propias experiencias, nutrida del pensamiento Marxistas, se creara el Movimiento Latinoamericano de Medicina Social

(MLMS) (García, 2007); cuyo objeto era un análisis de las condiciones de la salud colectiva. Desde sus inicios este movimiento social se autoproclamó como opuesto al pensamiento positivista en salud pública (Iriart, Waitzkin, & Breilh, 2002).

Este y otros movimientos sociales latinos, tuvieron auge hasta mediados de la década del noventa, cuando la inclusión de políticas neoliberales agudizaba la crisis de los países socialistas europeos. Las alianzas público privadas contrarrestaron el avance del poder socialista y la adherencia de grupos guerrilleros, terminaron por cobrarle credibilidad civil a las luchas sociales (Tajer, 2005). No obstante, el MLMS propendía por mostrar a la salud como derecho vital de los individuos, y como deber de protección por parte del estado (Méndez & Torres-Tovar, 2012). Los trabajos conjuntos de estos y otros autores, le dieron sustento a nuevas rutas metodológicas, que buscaban posicionar a esta nueva forma de pensamiento latino, a nivel mundial.

El MLMS tenía como bandera la idea de que cada grupo social, de acuerdo a su producción económica y sus propios modos de consumo, podía así mismo soportar las desigualdades y salir adelante durante cada etapa de su ciclo vital, no solo en lo individual sino también en lo colectivo. Obviamente la cultura, su historicidad y su relación con el medio ambiente en plena armonía, es lo que denominaban salud y calidad de vida (Breilh, 2010).

La DSS plantea de manera resumida el bienestar en salud, como “el bienestar a partir de las formas de organización social y de las estructuras económicas y sociales que subsumen o condicionan lo natural y lo biológico en sus dimensiones general, particular y singular (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2009). Ahora bien, a lo largo de la historia política latinoamericana, esa identidad como región permitiría identificar casi en gran parte, que las desigualdades sociales y de salud, eran similares para los países del continente. Los grupos étnicos más pobres sufrían las mismas desigualdades a lo largo de la región (Breilh, 2003).

1.3.4. Los DDSS y la DSS, cara a cara en un dialogo de saberes.

Entre la vasta posibilidad de hacer lectura de autores y luego de identificar las generalidades de una y otra postura, es pertinente coincidir que tanto los DDSS como la DSS reconocen la importancia del constructo social en el campo de la salud. De igual

manera, ambos acuerdan que los procesos sociales más generales condicionan a los esquemas de salud y enfermedad en lo individual. (Eibenschutz, Tamez, & González, 2011).

Por otra parte, se hace menester identificar algunas de las diferencias plausibles en estos enfoques. Mientras que los DDSS comprenden a la sociedad como una sumatoria de individuos, la DSS la asume como un todo (Morales-Borrero, 2013). De igual manera, los DDSS le agregan a la sociedad un carácter de funcionalidad. Incluso, reconocen una especie de homeostasis armónica entre sus actores mientras que la mirada de la sociedad desde la DSS, necesariamente implica un diálogo de las propiedades biológicas dentro de un marco de desarrollo social. Según Carolina Morales, la reproducción social de estos conceptos individuales, es lo que permite el anclaje entre la percepción subjetiva de la construcción de sociedad y las implicaciones que de ella impactan sobre el individuo. El concepto de salud también se reproduce en colectivo, especialmente si la percepción no es satisfactoria (Morales-Borrero, 2013)

Los DDSS comprenden a la condición de vida como factores de riesgo independientemente de la historicidad del individuo, y suponen que la PSE determina su salud porque existen diferencias marcadas por el gradiente social: educación, ocupación, e ingresos económicos. La vulnerabilidad de ciertos grupos estima que se tengan mejores o peores posibilidades de acceso a la salud (Diderichsen, Evans, & Whitehead, 2002).

Por su parte la DSS identifica en las jerarquías, la razón para comprender la génesis de las desigualdades e inequidades. Es decir, no se identifica responsabilidades plenamente en uno o en otro sector, sino que se trata recoger la historicidad en categorías, que permitan explicar niveles de salud-enfermedad en lo singular, particular y general. En resumen, los individuos se encuentran inmersos su realidad, como parte de un todo social en interacción (Breilh, 2003).

Finalmente se puede decir que los DDSS se sustentan en el modelo positivista de la epidemiología clásica, y los conceptos exposición, factor de riesgo, y tiempo; buscan demostrar las causas de las enfermedades desde lo observable. A pesar de estas críticas al modelo, debe reconocerse que su aporte está en el viraje a despegarse del referente individual y patológico para reenfocarse en una mirada compleja del proceso colectivo de la salud. Por lo tanto, dentro de sus intervenciones se propende que las políticas públicas

estén dirigidas hacia el responsable de la causa. Por su parte la DSS pretende resaltar que la investigación social apoyada en los fundamentos científicos, debe apuntar al propósito de las acciones reales, donde el diálogo entre actores posibilite la transformación de su entorno social.

2. METODOLOGÍA

Como se ha planteado, la categoría central del presente estudio, la PSE, presenta un carácter impreciso en la discusión teórica. Sus fuentes y límites son dispares y variables en los diferentes abordajes; la constatación de este vacío conceptual justifica la búsqueda, dentro del campo de la AF y en relación con la categoría de IC, y de las subcategorías que permiten proponer un derrotero que la concrete en el marco de los enfoques en salud. En coherencia, el desarrollo de esta investigación tomó como centro epistemológico la sociología del conocimiento para revisar profundamente la trama conceptual, con que ha sido operacionalizada la producción académica del campo señalado. Como estructura metodológica derivada de tal apreciación epistemológica, se usó la propuesta de análisis de contenido presentada por Piñuel (2002).

La selección de este centro epistemológico apunta al abordaje complejo de la categoría, pues implica una ampliación de los horizontes de indagación en tanto concibe la construcción del conocimiento a partir de los aportes que desde diferentes áreas o disciplinas se hace a tal proceso. En este sentido, ha significado la posibilidad de incorporar factores que dentro de las concepciones epistemológicas clásicas se obviaban. Un ejemplo claro relacionado con nuestro tema lo constituye la aparición de los enfoques de epidemiología social en salud durante la segunda mitad del siglo XX. Como se puede observar en el marco teórico, hasta ese momento la epidemiología clásica limitaba su forma de tratar la salud-enfermedad desde su etiología proximal de carácter biologicista, pero desconocía los factores de tipo social, psicológico o económico que pudieran aparecer como causales. Fue precisamente la entrada en escena de esta concepción epistemológica la que fundamentó el tratamiento complejo y holístico del tema y que, por las diferencias de principios, dio cabida a los dos enfoques de DSS y DDSS.

El campo de la AF es otra muestra de los resultados de la sociología del conocimiento, pues su constitución como campo de saberes se valida gracias a la superposición de elementos del campo biológico (gasto energético y esfuerzo mecánico), con otros de corte deportivo (técnicas de entrenamiento), psico-social (relación con la IC), y preventivo (p.j. influencia sobre la aparición de enfermedad coronaria, obesidad o ECNT).

No obstante, la puesta en práctica de la sociología del conocimiento requiere afinar las herramientas para hacer concluyentes los estudios realizados con acuerdo a ella. El planteamiento de Piñuel (2002), permite abordar los textos académicos que sirven de base en la observación como productos comunicativos, situados en contextos específicos de producción, y lleva a suponer que el “contenido” está encerrado, guardado –e incluso a veces oculto– dentro de un “continente” (el documento físico, el texto registrado, etc.) cuando se analiza “por dentro” ese “continente”, se puede desvelar su contenido (su significado, o su sentido), de forma que una nueva “interpretación” y tiene en cuenta los datos del análisis, permitiría un diagnóstico. Es decir, un nuevo conocimiento (gnoscere “conocer”) a través de penetración intelectual”. En este sentido, se puede precisar que el análisis de contenido se refiere:

Al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que resultan de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre la condiciones que puedan darse para su empleo posterior” (Piñuel, 2002, 7)

Al asumir estas premisas metodológicas, el presente estudio tuvo un carácter descriptivo en lo que respecta a la selección de las comunicaciones estudiadas, ya que identifica y cataloga las categorías definidas dentro del marco de estudio dado (Piñuel, 2002, 9). Sin embargo, es importante señalar que su desarrollo abarcó dos fases. La primera corresponde a la selección y el análisis del contenido de los productos académicos a tratar con relación al campo de la AF y la IC. La segunda rastrea las subcategorías relacionadas con la PSE para resituar la discusión frente al concepto que está planteado en el marco

teórico, y posteriormente observar las proyecciones dentro de los enfoques en salud (DDSS y DSS).

El proceso de la investigación inició con la definición del tipo de producto comunicativo a estudiar, y se tuvo en cuenta su inserción en una comunidad académica como contexto de producción. Es decir, que su enunciación se formulara o se verificara desde una universidad, revistas indexadas o un centro investigativo. A partir de esta definición del producto comunicativo como producto académico, se rastrearon aquellos que estuvieran enmarcados en el campo de la AF entendida como campo de conocimiento. Para delimitar el grupo de textos se definieron tres parámetros:

- 1) Presencia de las categorías de AF, IC y PSE.
- 2) Que su procedencia geográfica de producción estuviera restringida a América Latina y España por ser países de habla hispana. Brasil se incluye pese a su diferencia idiomática, por sus aportes hacia la propuesta de la medicina social latinoamericana sobre la DSS. Este criterio se tiene en cuenta debido a que la mayor cantidad de literatura sobre DDSS proviene de estudios realizados, principalmente Inglaterra y Estados Unidos.
- 3) Que su fecha de publicación coincidiera con la evaluación a 15 años (2001 a 2014) del programa "Salud para Todos" de la ONU, en el marco de los Objetivos del Milenio ODM.

Con estos parámetros, se realizó una búsqueda extensa en las bases de datos, motores de búsqueda y repositorios institucionales colombianos de las universidades con mayor índice de publicación, con el ánimo de identificar la posible participación nacional, en las tendencias actuales de producción en el tema. La búsqueda se traza a partir de los siguientes parámetros:

1. Motores de búsqueda: EBSCO, Lilacs, OVID, Trip Database, SIBUR, PubMed.

2. Bases de datos: JStor, Scielo, Science Direct, ProQuest, AOpen Library y Dialnet, Cochrane.

3. Repositorios Institucionales Colombianos: Universidad Nacional de Colombia, Universidad Surcolombiana; Universidad de los Andes; Universidad Javeriana; Universidad de Antioquia.

Las categorías base para la búsqueda y sus descriptores asociados se presentan a continuación en la Tabla 1.

| Tabla 1. Categorías base de búsqueda y descriptores asociados | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categorías base | Descriptores asociados. |
| <i>Actividad física</i> | Ejercicio físico, deporte, educación física, hábitos físicos, prácticas corporales, actividad motora, gasto energético. |
| <i>Imagen corporal</i> | Auto-percepción, auto-imagen, ECNT, Obesidad, Auto percepción del estado de salud. |
| <i>Posición Socioeconómica</i> | Nivel de ingresos, género, situación económica, situación socioeconómica, factores socioeconómicos, pobreza, nivel socioeconómico, estrato socioeconómico, nivel de riqueza, NBI, necesidades básicas insatisfechas. |

Luego de tener un grupo de productos académicos restringido al campo de la AF, y seleccionado por su fecha de publicación, su procedencia geográfica y la aparición directa o indirecta de las categorías IC o PSE, se revisaron los resúmenes correspondientes para verificar un papel central de la categoría de PSE. Los textos así seleccionados, se evaluaron de acuerdo con su capacidad para responder la pregunta de investigación según los criterios consignados en la Tabla 2.

| Tabla 2. Capacidad del producto académico para responder la pregunta de investigación | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERTINENCIA | ¿Sobre qué dimensión del saber trabaja? (revisión, exploración, descripción, Análisis, intervención) ¿Trabaja sobre la triada de categorías? ¿Cómo integra dicha triada? ¿Desde qué enfoque se formula? ¿Cómo integra el enfoque? |
| ACTIVIDAD FÍSICA | ¿Cuál es el concepto de actividad física en el texto? ¿Desde qué noción epistemológica? ¿Cuál es el aporte significativo del texto a la actividad física? ¿En qué contexto se aplica? ¿Qué propuestas novedosas aporta? ¿Cómo es la relación con otras áreas? ¿Qué prácticas sociales integra a la discusión? ¿En qué enfoque se inserta? |
| IMAGEN CORPORAL | ¿Cuál es el concepto de imagen corporal que trabaja? ¿Desde qué noción epistemológica? ¿Desde qué aspecto? (perceptual, subjetivo, conductual) ¿Cuál es el aporte significativo del texto a la imagen corporal? ¿Cómo es la relación con otras áreas? ¿En qué enfoque se inserta? |
| POSICIÓN SOCIOECONÓMICA | ¿Cuál es el concepto de Posición Socioeconómica? ¿Desde qué noción epistemológica se plantea? ¿Desde qué aspecto? ¿Cuál es el aporte significativo del texto a la categoría? ¿Cómo es la relación con otras áreas? ¿En qué enfoque se inserta? |

El grupo de textos que mostró esta capacidad fue evaluado para ponderar su rigor y confiabilidad a través de la aplicación del cuestionario CASPe. Esta herramienta arrojó el grupo final de textos a trabajar, que fue protocolizado (Piñuel, 2002, 17) mediante el software para el análisis cualitativo de Datos Atlas Ti Versión 7.1.0 de 2013. En esta etapa del análisis de contenido, se establecieron un total de tres códigos definidos así:

1. Códigos paramétricos de control: Se ubicó dentro de cada producto académico su procedencia geográfica, su año de publicación, su propuesta metodológica y la presencia directa o indirecta a la categoría de PSE, de manera que se garantizara que los artículos se acoplaran estrictamente a los parámetros de selección antes expuestos.

2. Códigos de rastreo categorial: Se identificaron todas las referencias a las tres categorías base (AF, IC, PSE), bien fuera de manera directa o a través de sus descriptores asociados. Se tuvo en cuenta la presencia/ausencia de una formulación conceptual frente a ellos y el papel que se les otorga dentro de la investigación.

3. Códigos relativos a los enfoques: Se buscaron las posibles filiaciones con los enfoques de DDSS y DSS a través de la observación del tratamiento de las categorías centrales de cada trabajo, de la inserción en la discusión teórica y del peso otorgado a los componentes biológico y social. Dado que la filiación en la mayoría de los casos no resultó clara, se incluyó el código “Epidemiología social” para caracterizar de forma no restrictiva el enfoque.

Con la concreción del análisis cualitativo codificado de los productos seleccionados, se generaron mapas mentales para la elaboración de resultados, los cuales fueron ordenados en primera instancia, por las categorías base AF, IC y PSE, y su formulación conceptual. Luego se relacionaron los hallazgos con el debate teórico frente al concepto de PSE y finalmente, se proyectaron sobre las implicaciones respecto a los enfoques de la epidemiología social.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterización general de los productos académicos seleccionados.

De acuerdo con la metodología, se comenzó por adelantar un rastreo global y el proceso seguido para la selección de los productos académicos mostró los resultados parciales consignados en la Tabla 3.

| Tabla 3. Resultados parciales del proceso de selección | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Filtro aplicado | Resultados (Unid. de productos académicos) |
| Búsqueda de productos académicos relacionados con AF en Bases de datos, Motores de búsqueda y Repositorios Institucionales. | 3418 |
| Búsqueda parametrizada. | 1705 |
| Revisión de la categoría PSE | 462 |
| Aplicación del filtro de “capacidad para responder a la pregunta de investigación” | 67 |
| Aplicación de Herramienta CASPe | 13 |
| Total seleccionados | 13 |

Después de seleccionar los productos académicos, se realizó una lectura detallada de cada uno para rastrear los códigos definidos en la metodología. Los resultados del proceso de codificación se muestran en la Tabla 4.

| Tabla 4. Codificación por Documento Primario y resumen | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| DOCUMENTO | | | | | | | | | | | | | | |
| CODES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | Totales |
| Actividad Física | 3 | 11 | 1 | 3 | 2 | 6 | 2 | 11 | 7 | 9 | 4 | 11 | 8 | 78 |
| Año de publicación | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 |
| DDSS | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 5 | 23 |
| DSS | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Epidemiología Social | 5 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 15 | 1 | 7 | 1 | 1 | 2 | 0 | 40 |
| Imagen Corporal | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 10 |
| Metodología | 1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 36 |
| Procedencia geográfica | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| PSE | 6 | 17 | 6 | 15 | 4 | 4 | 21 | 4 | 9 | 7 | 1 | 8 | 2 | 104 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Totales | 21 | 42 | 16 | 25 | 12 | 17 | 49 | 21 | 27 | 24 | 10 | 31 | 24 | 319 |
| Resumen | | | | | | | | | | | | | | |
| Code-Filter: All [9] | | | | | | | | | | | | | | |
| PD-Filter: All [13] | | | | | | | | | | | | | | |
| Quotation-Filter: All [231] | | | | | | | | | | | | | | |

El análisis por fecha de publicación y procedencia geográfica (Tabla 5.) muestra que la producción del campo de la AF asociada a la categoría PSE ha tenido mayor presencia después de 2005, de manera que solo uno de los productos académicos fue publicado antes del último decenio (Moreno et al, 1997). Al revisar la distribución dentro de éste, se observa una tendencia quinquenal equilibrada con seis documentos para cada uno de los periodos 2006-2010 y 2011-2015. Resalta que los años de mayor producción fueron 2009 y 2014 con cuatro y tres documentos respectivamente.

Sobre la procedencia geográfica de los productos académicos, se puede anotar que Colombia arrojó el mayor número (5), seguido por España (3), Brasil (2), Venezuela (2) y México (1). La primacía nacional se puede atribuir a la selección de fuentes, ya que se incluyeron repositorios institucionales únicamente de nuestro país. En lo relacionado con el referente geográfico del estudio, hay una fuerte preocupación por los contextos locales, de manera que sólo el trabajo de Figueroa (2009) se propone hacer un análisis de escala Latinoamericana; no obstante, hay que señalar que se trata de una propuesta de marco teórico de análisis, y que no especifica el proceso o criterio de selección de sus fuentes.

| Tabla 5. Año de publicación, procedencia y referente geográficos por documento | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|
| DOCUMENTO PRIMARIO | AÑO DE PUBLICACIÓN | PROCEDENCIA Y REFERENTE GEOGRÁFICOS |
| P 1: Niveles de AF de la población colombiana, desigualdades por sexo y condición económica. González et all.pdf - 1:11 [2014] (1:15-1:19) | 2014 | Colombia – Colombia |
| P 2: 01 Asociación de la PSE y la APES en mujeres de Bogotá. Lucumí 2013.pdf - 2:31 [2013] (1:222-1:225) | 2013 | Colombia - Bogotá (Colombia) |
| P 3: Obesidad y Pobreza, marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. Figueroa.pdf - 3:14 [2009] (1:2314-1:2319) | 2009 | Brasil – Latinoamérica |
| P 4: Posición socioeconómica asociada a actividad física relacionada con medios de transporte 18-63 años - tesis Unal - 2014.pdf - 4:25 [2014] (1:295-1:298) | 2014 | Colombia – Colombia |
| P 5: Situación socioeconómica, diagnóstico nutricional antropométrico y dietario en niños y adolescentes en Venezuela. Acuña - Solano.pdf - 5:10 [2009] (1:2416-1:2419) | 2009 | Venezuela - Valencia (Venezuela) |
| P 6: Actividad física y ocio en jóvenes. Influencia del nivel socioeconomico.pdf - 6:12 [2007] (1:1617-1:1620) | 2007 | España - Aragón (España) |
| P 7: Desigualdad socioeconómica y salud en México. Ortiz - Hernandez.pdf - 7:30 [2015] (1:129-1:132) | 2015 | México – México |
| P 8: estilos de vida de los adolescentes escolares estilos de vida de los adolescentes escolares. Monje- Mahecha.pdf - 8:21 [2011] (1:2613-1:2616) | 2011 | Colombia - Huila (Colombia) |
| P 9: Influencia a lo largo de la vida de las circunstancias socioeconómicas, de la inactividad física y de la obesidad sobre la presencia de síndrome metabólico.pdf - 9:15 [2007] (1:22-1:26) | 2007 | España – España |
| P10: Prevalencia y Variables Asociadas a la Inactividad Física en Individuos de Alto y Bajo Nivel Socioeconómico - Brasil.pdf - 10:15 [2009] (1:2118-1:2121) | 2009 | Brasil - Salvador, BA (Brasil) |
| P11: Prevención del síndrome metabólico en adolescentes. Villalobos.pdf - 11:10 [2009] (2:61-2:64) | 2009 | Venezuela - Valencia (Venezuela) |
| P12: 02 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Un grupo de adolescentes en Medellín. Ossa et al.pdf - 12:20 [2014] (1:70-1:74) | 2014 | Colombia - Medellín (Colombia) |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------|
| P13: 03 Importancia de la práctica deportiva física deportiva y del género, en el auto concepto. Moreno 2008.pdf - 13:16 [2008,] (1:73-1:77) | 2008 | España - Región de Murcia (España) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------|

La sistematización de las características metodológicas de los productos seleccionados muestra una prevalencia de los estudios de tipo cuantitativo-estadístico (Acuña y Solano, 2009; Moreno et al, 1997; Monje y Figueroa, 2011; Regidor et al, 2006; Reis et al, 2009; Villalobos, 2009; Ossa et al, 2014; Moreno et al, 2008), frente a los de análisis de fuentes bibliográficas (González et al, 2014; Lucumí et al, 2013; Figueroa, 2009; Hernández, 2014; Ortiz et al, 2015). Una relación más detallada de las metodologías empleadas se relaciona en el análisis de las diferentes categorías que se presenta a continuación.

Desde un abordaje comparativo entre los resultados de la producción científica de España y los estudios desarrollados en Latinoamérica, es preciso identificar algunas tendencias particulares. La primera, que la cantidad actual de las publicaciones es mayor en Latinoamérica. Es decir, desde el año 2008 en España, no se ha escrito ni publicado sobre una relación entre la AF y la PSE, ni con sus descriptores asociados o sus categorías referentes, mientras que concretamente en Colombia hay dos estudios hechos en 2014: Hernández y González & colaboradores.

En segunda instancia, se aprecia que mientras en España los estudios se consideran desde conceptos como “importancia” o “influencia” de la PSE sobre la AF, claramente asociados con los DDSS; en Latinoamérica las investigaciones se detallan un poco más hacia otras categorías emergentes si se quiere, tales como “calidad de vida”, “estilo de vida”, o “desigualdad socioeconómica”. Cabe resaltar que en ambas latitudes, estas concepciones se contrastan con elementos tradicionales de la AF, como por ejemplo el diagnóstico nutricional de ciertas poblaciones, el síndrome metabólico, y temas relacionados con la prevención en salud en general. Solamente un estudio en Latinoamérica, introduce el concepto de autopercepción en salud (APES), acercándose a

los objetivos de la presente investigación, en lo referente a la imagen corporal (Lucumí, 2013).

Finalmente, se evidencia también que los grupos poblaciones sobre los cuales se hace mayor énfasis desde la investigación española, es en los jóvenes. Tal es el ejemplo citado en Frenne (1997). Respecto a la aparición del género como criterio de inclusión, solamente un trabajo se hace con mujeres (Moreno, 2008). Para Latinoamérica, aunque igualmente se hace énfasis en población de jóvenes y adolescentes, se incluyen otras categorías tales como “niños” y “adolescentes escolares”. Frente a la importancia de género, se incluye el término “sexo”, con sus respectivas consideraciones. (González et all, 2014).

3.2. Los productos académicos y la AF como campo de conocimiento.

Como se vio en el marco teórico, la constitución de la AF como campo de conocimiento es un proceso en pleno desarrollo. Es necesario identificar las especificidades que toma el concepto de este campo con relación a los productos académicos que abordan la PSE. En el Cuadro 1. Citas seleccionadas por documento primario y código [Actividad Física] (consignado en el Anexo 1.), se presentan las citas más relevantes para esta caracterización. En primera instancia hay que anotar que el concepto más usado relaciona la AF con su función biológica. En Figueroa (2009) el concepto de AF, enunciada como "Ejercicio físico", está remitido al gasto energético que provoca (112). Sin embargo, su análisis dentro de la correlación con otros aspectos logra posicionarlo en referencia a variables socio-económicas. Acuña y Solano (2009), que no relacionan fácilmente la categoría de AF, la incluyen indirectamente por vía de los criterios nutricionales y su papel en la prevención de ECNT, fenómeno epidemiológico que, como se vio en el marco conceptual, está asociado fuertemente con dicha categoría.

Hernández (2014), por su parte, resalta que "la actividad física por transporte está asociada a macro-agendas globales como el desarrollo sustentable y medio ambiente" (p.3). En el objetivo de este trabajo se plantea observar cómo los factores asociados a la PSE, en relación con su distribución equitativa o inequitativa, pueden propender por la práctica de AF. Sin embargo, Hernández (2014) no llega a formular un concepto de AF, sino que se centra en la identificación de los diferentes estudios que abordan la AF por transporte en relación con los beneficios a la salud o a las variables asociadas a PSE.

Moreno, Cervello y Moreno (2007) enumeran los beneficios fisiológicos, físicos y psicológicos que trae la AF. Encuentran que la práctica de actividad física es lo que más predice el auto concepto físico, en especial en el aspecto de la autoestima.

Monje y Figueroa (2011) hacen un breve recuento de la historia de la legislación colombiana en lo que respecta a Actividad física. Desde la Ley 80 de 1905 que creó "la comisión nacional y las comisiones departamentales de educación física", hasta la Ley 1355 de 2009 que impele por la creación de "estrategias para promover la actividad física" para combatir la obesidad. Luego resaltan la importancia de la AF para la salud. Para la infancia, por ejemplo, se mencionan los beneficios "físicos, mentales y sociales" de la AF y como éstos se prolongan en la vida adulta. También asume un efecto puramente preventivo de la AF. Regidor et al (2007) utilizan la inactividad física como un factor de riesgo para la aparición del síndrome metabólico.

Sobre los procedimientos de observación y análisis de la AF se puede anotar el uso de "El Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ)", en sus dos versiones: Reis et al (2009, 198) utiliza la versión corta; mientras que Hernández (2014, 37) usa la versión larga. Este instrumento fue "desarrollado y recomendado por la OMS para encuestas poblacionales" (Hernández, 2014, 37). Ossa et al (2014), por su parte, afirma haber usado "el cuestionario 3DPAR, con el que se indagó por la AF de los 3 días previos a su aplicación (dos de semana y uno de fin de semana)" (p.258). Aunque para ambos se ha demostrado su fiabilidad como instrumento (Flores y Cely, 2014; Camargo et al, 2010), es importante señalar que en ellos la observación se limita al análisis de tiempo de práctica (Lucumí et al, 2013), e intensidad de práctica (Ossa et al, 2014); sin tener en cuenta aspectos de tipo social, médico, etario, etc., que se le asocien. En coherencia, González et al (2014) resalta la precariedad relativa de los métodos utilizados para el abordaje de la AF.

En síntesis, se observa el que concepto prevalente en los productos académicos del campo que se relacionan con la categoría de PSE, está fuertemente relacionado con la concepción biologicista, tanto por sus formulaciones directas e indirectas en términos de gasto energético y actividad motora, como por los métodos de observación que se centran en el tiempo de práctica y la intensidad de ejecución. En contraste con la reconstrucción hecha en el marco teórico sobre la AF, no aparecen estudios que aborden la faceta de cultura física o sus implicaciones en las relaciones de poder, y usen la categoría PSE como

principal. Así mismo es destacable la ausencia de estudios con relación a la Educación física con esta perspectiva; aunque Ossa et al (2014) toman como referente poblacional “adolescentes escolares”, solo proyectan el espacio escolar como fértil para la implementación de políticas de promoción de la AF, sin tratar aspectos relevantes de la disciplina.

Respecto a las conclusiones de los productos frente a la relación AF y PSE, es notorio que exista un interés clasificatorio que ligue alguna variable que logre relacionar la PSE y la cantidad de AF. Los resultados al respecto son dispares. Principalmente debido a que las formas de observación de la AF incluyen o excluyen factores de tipo socioeconómico decisivos. En el caso de Reis (2009), por ejemplo, se reconoce que el cuestionario corto deja por fuera la distinción entre la AF realizada en tiempo de ocio y la realizada para la satisfacción de necesidades básicas como desplazamiento al sitio de trabajo o el trabajo mismo (como en el caso de los obreros de construcción). Estos vacíos de concepción no son despreciables; más aún si se tiene en cuenta que, aunque esas prácticas permitan afirmar que se cumplen con las recomendaciones de las organizaciones transnacionales frente a la práctica de AF, muchas de ellas generan, a su vez, perjuicios para la salud (p.j., en los obreros de la construcción, existen comúnmente excesos de carga y alta presencia de polución).

Es notorio, además, que la correlación entre AF y PSE se establece desde parámetros individuales y no se articula con la dimensión colectiva; mucho menos se plantea un análisis de entorno comunitario. Es cierto que González et al (2014) utiliza como unidad de análisis la categoría de “hogares”, pero ello se debe a las limitantes que le plantea su fuente (la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional, 2005-2010). En el caso de Figueroa (2009), la unidad de análisis se hace más difusa en tanto se propone la construcción de un marco conceptual en escala latinoamericana, una pretensión dispar, acorde a sus características tan heterogéneas. En este aspecto, Reis (2009) dedica un párrafo a algunas consideraciones contextuales de su población (mención de algunas fuentes de ingreso, actividades económicas y diferencial de ubicación en el espacio urbano), pero la importancia de ellas para el análisis de resultados de su investigación y para sus conclusiones no solo es tímida, sino que está lejos de conseguir complejizar el campo de estudio. El caso extremo de esta desarticulación lo constituye el estudio de Villalobos

(2009), que plantea inicialmente la transversalización de la AF y la parametrización de la PSE (expresada como “condición socioeconómica”) como categorías de control para observar el síndrome metabólico. No obstante, la AF queda relegada a un elemento del tratamiento experimental aplicado a la población, mientras que la PSE desaparece radicalmente. Sus conclusiones se limitan a señalar la necesidad de “informar a los médicos que trabajan en unidades de diabetes y servicios de endocrinología, la alta incidencia de la resistencia a la insulina en adolescentes e instruirlos mediante charlas e instructivos referentes a este problema, para que se realice un diagnóstico precoz de la patología.” (p.149).

3.3. La IC en los productos académicos del campo de la AF.

Lo primero que salta a la vista al analizar los productos académicos seleccionados es la aparición minoritaria e indirecta de la categoría objeto de este apartado. Para el análisis se identificaron dos formas de aparición: mediante sub-categorías de asociación directa; o indirectamente, a través de factores asociados o consecuencias relacionadas. Entre los primeros, el trabajo de Lucumí et al (2013) usa la sub-categoría asociada de “Auto-percepción del estado de salud” (APES). En Monje y Figueroa (2011), el ítem de autocuidado. Solo Moreno et al (2008) la asume como categoría central bajo el rótulo de “auto-concepto físico”; los autores de este trabajo observan una estrecha relación entre la AF y la IC: quienes practican AF tienen una IC más positiva que aquellos que llevan vidas sedentarias principalmente en su valoración propia.

En otros productos, la aparición es indirecta: el problema de Obesidad tratado por Figueroa (2009), se encuentra dentro de las patologías relacionadas fuertemente con la IC (Casillas-Estrella et al, 2006; Madrigal-Fritsch, 1999). En su artículo, además, contempla aspectos de la dimensión conductual y cognitiva de la IC en relación con los factores causales y contextuales de la obesidad. Principalmente hay presencia a través de la perspectiva idiosincrática con que se sopesa socialmente el estándar de belleza y la influencia de modelos de belleza foráneos por vía mediática.

En los restantes resalta la ausencia de la categoría; aunque también es de anotar que en varios artículos es fundamental la presencia de conceptos asociados a la IC, en ellos la

aparición está lejos de relacionar esta categoría. En el estudio de Acuña y Solano (2009), por ejemplo, aunque se abordan de manera central aspectos como factores nutricionales, desórdenes alimenticios y ECNT, no hay ninguna referencia, ni directa ni indirecta, a la IC de los sujetos-muestra del estudio.

En consecuencia, solo se revisará en detalle la aparición de la categoría en el primer grupo anotado. Allí se puede subrayar que la recolección de datos relacionados con la categoría se realiza por medio de encuestas; Monje y Figueroa (2011) usan “la encuesta sobre factores contextuales relacionados con el estilo de vida”, mientras que Moreno (2008) aplica “el Cuestionario de Autoconcepto Físico” en la versión española de “Moreno y Cervello (2005)”. El trabajo de Lucumí et al (2013) por su parte, está construido como un análisis de fuente secundaria. Sin embargo, es concluyente que ninguno de los productos seleccionados aborda la categoría en su complejidad: se deja de lado el estudio de sus dimensiones (perceptual, subjetivo y conductual); no se propone ni analiza su concepto; y la relación que se establece con la PSE está ausente por completo.

3.4. Variables usadas como indicador de PSE.

En los distintos artículos analizados se confirma la poca preocupación por definir qué es la posición socioeconómica. Solamente en la tesis de Hernández (2004) existe reflexión sobre esa categoría. En los demás artículos la categoría se presupone y se pasa a utilizar algunas (o solo una, en un par de casos) variables que representen la posición socioeconómica.

El caso más extremo es el de Villalobos, I (2009), quien reduce su estudio a adolescentes de “estrato socioeconómico bajo”, pero nunca indica qué entiende por eso, ni tampoco dice bajo qué criterios califica a los adolescentes para decir que pertenecen a dicho estrato.

Otro estudio muy endeble en este aspecto es el de Moreno, et al. (2008), toda vez que el único indicador de PSE que toman es el género como determinante del auto concepto físico. Lastimosamente, no se hace ninguna reflexión sobre las implicaciones de ser hombre o mujer en la sociedad que se estudia. Tampoco se tiene en cuenta que no es lo mismo ser mujer (u hombre) en un contexto socioeconómico alto o en uno bajo.

Hay dos estudios, que, al ser textos de segundo orden, arrastran las falencias de la definición de las fuentes primarias. En el de Figueroa, D. (2009), se relaciona la pobreza con la obesidad, y caracteriza a aquella como la “situación en la cual la población padece escasez de recursos y un acceso limitado y dependiente a los mismos, existe cuando los individuos o grupos no están en condiciones de satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas” (p. 107). Al haberse restringido a la relación de la pobreza, se tiene una visión muy estrecha de los factores que afectan la salud, entonces queda muy por debajo de las posibilidades que brinda la categoría PSE. Ante esta falencia, el autor pone en evidencia otros factores determinantes de la salud. En primer lugar, referencia el ambiente o contexto, que incide sobre la posibilidad de llevar modos de vida saludables. Por ejemplo, el ambiente influye en la posibilidad de hacer deporte o puede aumentar el riesgo de consumir alcohol o tabaco. También tiene en cuenta las diferencias de posibilidades para acceder a las campañas de promoción de salud y de educación sanitaria, así como para conocer e informarse de los temas de la salud en general. El último factor que menciona es el de las creencias, toda vez que explica cómo la existencia de ideas que le dan un estatus positivo a la obesidad, pueden tener efecto negativo en la salud.

A pesar de incluir tales factores, el estudio apenas los menciona y vuelve a centrar el grueso de la discusión y resultados en la pobreza, categoría muy importante, pero que limita el análisis de los problemas de salud. Un análisis mucho más completo, hubiera sido posible si se tiene en cuenta la categoría PSE.

Por su parte, Ortiz, L. (2015) modifica la definición de PSE según el texto que cita. En su artículo se unen las conexiones entre PSE y salud tienen la particularidad de que cada conexión tiene una definición distinta de PSE, todo depende de la fuente primaria que se use en cada caso. Se halla entonces, que primero se habla de estrato socioeconómico, calculado por el nivel de ingresos del hogar, la educación de los padres, las condiciones de la vivienda, la posesión de bienes y el no gozar de transferencias monetarias. En segundo lugar, aparece la categoría PSE determinada por el gasto mensual, la escolaridad de los padres y “el estatus social subjetivo respecto a la sociedad” (p. 338). Por último, figura una versión de PSE en la cual los condicionantes son la vivienda, el hacinamiento y la pertenencia de bienes. En beneficio del autor, se debe aclarar que él solo rastreó los usos de PSE por parte de otros autores.

Un tercer grupo de estudios se caracterizan por relacionar la PSE a un indicador ya establecido que recoge varios factores. Tanto Acuña, I. y Solano, S. (2009) como Mur de Frenne (1996) usan el Método Graffar para calcular la posición. Este método toma en cuenta la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Con lo cual se logra una versión más integral para caracterizar la PSE de un individuo. Aunque nuevamente se dejan de lado muchos factores centrales para entender la salud, como los relacionados con la educación, prevención, acceso, atención y tratamiento.

Por otra parte, Correia, H. et al (2009) hacen la clasificación socioeconómica de acuerdo con el Criterio de Clasificación Económica Brasil, de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación. Este criterio se usa para evaluar los precios que pueden ser cobrados a diferentes sectores de la población. Su medición se basa en la posesión de activos y deja de lado el ingreso. En este caso, sin lugar a dudas, se excluyen otros factores mucho más pertinentes para el tema de la salud. Es poco acertado tomar un criterio de medición tan estrecho y que esté dirigido para tomar decisiones comerciales, ámbito en el que las necesidades y preocupaciones están muy alejadas de los criterios en salud. No tendría sentido ceñirse a un indicador pensado para un tema tan alejado del objeto de estudio.

El cuarto grupo de estudios está conformado por aquellos que para caracterizar la PSE utilizan más de una variable. Puede hacerse una subdivisión en dos tipos: los que usan solo variables simples y los que entre las distintas variables usan un indicador compuesto.

El primer subgrupo está conformado por los estudios de Regidor, et al. (2007) y Lucumí, et al. (2013). En el de Regidor et al. Se analizan las circunstancias socioeconómicas a lo largo de la vida. Para tal fin evalúan la clase social en la infancia, la clase social en la adultez y el nivel de estudio de cada uno de los sujetos del estudio. De una manera concordante con el marxismo, la clase social se determina por la ocupación: la de la infancia, por la ocupación de los padres; y en la de la adultez, por el trabajo actual o por el último que haya desempeñado. La clase social, tanto la de la infancia como de la actual, se divide a su vez en alta y baja. En la clase alta se incluyen a los profesionales, los directivos,

los empleadores, los trabajadores autónomos y los trabajadores de los servicios. La clase baja está constituida por los trabajadores manuales cualificados y no cualificados. En esto se aparta del marxismo y hace una diferenciación un tanto arbitraria.

El otro indicador que usan para determinar la PSE es el nivel de estudios. De igual manera se agrupa en dos niveles: bajo, que cobija a quienes no completaron la primaria; y alto, en el que están quienes acabaron bachillerato o lograron grados en la educación superior. Para los autores, el nivel educativo, además del peso que tiene por sí mismo, “se considera un paso intermedio en la ruta desde las circunstancias socioeconómicas en la infancia hasta la posición socioeconómica alcanzada en la etapa de adulto” (p. 27).

En el trabajo de Lucumí, et al. (2013) las variables socioeconómicas utilizadas son educación e ingreso. Para diagnosticar la educación, “se indagó por el grado de escolaridad más alto alcanzado, el cual se agrupó en las categorías: no educación formal o primaria incompleta, primaria completa (5 años), secundaria completa (11 años) y más que secundaria completa (categoría de referencia)” (p. 16). El ingreso de las mujeres fue repartido en cuatro categorías: 1) quienes recibían menos de \$300.000, 2) quienes están en el rango de \$300.000 a \$500.000, 3) de 501.000 a \$700.000 y 4) más de \$700.000.

Nuevamente se notan divisiones arbitrarias, pues en el texto no se justifica por qué se hacen esos grupos y esos rangos y no otros. Además, es de anotar que todas las categorías (en especial las primeras tres) representan cantidades muy cercanas, y en el contexto global del país (Colombia) y deberían estar en un mismo grupo caracterizado por una situación económica precaria.

El segundo subgrupo se conforma por los artículos que usan varias variables para estipular la PSE y una de estas variables es un indicador compuesto. Los cuatro artículos de este subgrupo son colombianos. Dos utilizan el estrato económico como indicador compuesto; los otros dos, el SISBEN.

El estrato socioeconómico es una medida para clasificar los predios elaborada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La clasificación se da en 6 estratos de la siguiente manera: 1) bajo-bajo, 2) bajo, 3) medio-bajo, 4) medio, 5) medio-alto, 6) alto. Esta calificación se hace según las características de la vivienda y el entorno en que se encuentra, puesto que “el significante vivienda-entorno expresa un modo

socioeconómico de vida demostrable” (DANE, p. 2), además de las implicaciones culturales y psicológicas que conlleva vivir en un determinado lugar.

El SISBEN es un instrumento para clasificar a las personas y a las familias según sus condiciones socioeconómicas con un enfoque multidimensional de pobreza, elaborado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Han existido tres versiones del SISBEN, pero como los dos artículos por analizar usan la tercera versión, sólo es posible centrarse en ésta última. La clasificación tiene en cuenta las variables de salud, educación, vivienda y vulnerabilidad. En salud tienen en cuenta si en la familia hay alguien con discapacidad permanente y si hay adolescentes con hijo. En educación se observa el analfabetismo funcional de los adultos, el atraso escolar, el porcentaje de inasistencia escolar, los adultos con secundaria incompleta o menos y si hay niños trabajadores. Las dimensiones que se miden en el componente de vivienda son: tipo de unidad de vivienda, fuente de agua para consumo, exclusividad del sanitario, material de pisos y paredes, eliminación de basuras, tipo de combustible para cocinar y hacinamiento. La vulnerabilidad es tratada desde la perspectiva individual y la contextual. La vulnerabilidad individual se mide por el número de personas en el hogar, la jefatura del mismo, la tasa de dependencia demográfica y la tenencia de activos. La vulnerabilidad contextual se mide por la tasa de mortalidad infantil, la tasa de homicidios, la tasa de cobertura neta por nivel educativo y el uso de servicio de salud. Con los distintos componentes se clasifican a los hogares en seis niveles: el uno como el de mayor vulnerabilidad y el seis el de menor (Ver DNP, 2008).

En el texto de Monje y Figueroa (2011) se usan las variables de estrato, estilo de vida y de género. Un vacío encontrado, igual que en Moreno et al., es que no se profundiza ni se contextualiza sobre las implicaciones sociales de pertenecer a determinado género, así que esa variable queda “suelta” y como un simple dato de clasificación, pero no recoge el significado social que encierra en Colombia. La razón para darle prevalencia al estilo de vida es que “en él están reflejados los hábitos estables, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas” (p. 15). Lo cual tiene una influencia directa sobre la salud y justifica su uso. Lo que encierra el estrato como categoría, ya se analizó en el apartado anterior.

Por su parte, Ossa et al. (2014) tienen en cuenta el grado de escolaridad de los adolescentes sujetos de estudio y el grado de escolaridad de los padres medido por “el último grado de educación formal que recibieron” (p. 258). También tienen en cuenta el estrato socioeconómico pero lo re-categorizan en tres niveles: nivel bajo (que incluye los estratos uno y dos), nivel medio (estratos tres y cuatro) y nivel alto (estratos cinco y seis).

En el segundo subgrupo están González et al. (2014) quienes caracterizan las PSE por las variables de sexo, edad, raza, nivel educativo, tipo de familia, la condición laboral y el índice del SISBEN. La discriminación etaria se hizo en tres rangos que van de los 18 a los 29 años, de los 30 a los 49 y de los 50 a los 64 años. En el componente de raza se tuvo en cuenta si se era indígena o afro descendiente. El nivel educativo se determinó por el más alto alcanzado por la persona. El tipo de familia se separó entre unipersonal o nuclear incompleta, por un lado, y extensa por el otro. La ocupación laboral se evaluó por la labor de la semana inmediatamente anterior. Las posibilidades eran: tiene trabajo, busca trabajo, estudia, realiza oficios del hogar y si es pensionado. Sobre el uso del indicador del SISBEN, lo único que hace falta mencionar es que los autores reagrupan los niveles 4, 5 y 6 en uno solo.

El último texto a tratar es el de Hernández (2014). Éste es el único que reflexiona sobre la categoría PSE y le dedica tiempo a revisar las principales variables que la afectan. De la educación resalta que “las fortalezas de este indicador están relacionadas con la facilidad para medirlo a través de cuestionarios, y la alta tasa de respuesta” (p. 23). Sobre la pertenencia, condiciones de la vivienda y servicios en el hogar, recuerda que tener vivienda propia, la dotación y los servicios de la misma, son claros indicadores de la PSE. De la ocupación menciona la importancia que tiene para las teorías de Weber y Marx en lo que se refiere a ubicar a los individuos en la sociedad; puede ser medida de manera individual, o colectiva si se toma la ocupación de la cabeza de la familia como medida de clasificación. Luego se pasa a considerar los ingresos, pues dan acceso a otros recursos, servicios y permiten disfrutar de comodidades. De la riqueza se informa que “es una medida continua que combina los bienes con los ingresos. Además, los bienes incluyen bienes financieros y físicos, por ejemplo, carros, valor de viviendas, inversiones, pensiones, herencias” (p. 27). Por último, recuerda que existen variables proxy que de manera indirecta reflejan la PSE.

Es curioso que después de reseñar y explicar dichas variables, y de señalar su influencia en la salud, a la hora de realizar el estudio se deje de lado las variables de riqueza e ingresos. Para efectuar el estudio agrega las variables de edad y sexo, sobre las cuales no se había mencionado ni explica su pertinencia o cómo éstas afectan la PSE en el contexto colombiano. En definitiva, para la ejecución de la investigación, las variables que usa para medir la PSE son la edad, el sexo, la ocupación, la vivienda y el SISBEN. En edad considera los mismos rangos que González et al.: de 18 a 29 años, de 30 a 49 y de 50 a 64 años. La educación fue clasificada por el nivel más alto alcanzado entre primaria, secundaria y educación superior. La ocupación fue categorizada en estudiar, trabajar y otras actividades. A pesar de los distintos rasgos que había mencionado Cuevas (2014) en lo referente a la vivienda, en la realización de la investigación solo toma en cuenta el nivel de urbanización, medido por el Censo del 2005 y ubica los resultados en alguno de los siguientes tres grupos: menos de 100.000 habitantes en la cabecera municipal, entre 100.000 y 999.000 habitantes y más de 999.000.

3.5. Aporte a la conceptualización de la PSE.

La categoría PSE está incluida en múltiples artículos del área de la salud, pero como ya se demostró, hay poca reflexión sobre la categoría en sí misma. Salvo unas contadas y superficiales excepciones, los investigadores y científicos del área de la salud no conceptualizan el término, sino que lo presuponen dado. Sin embargo, por la importancia que tiene el término para un abordaje multicausal de la salud, es imprescindible hacer una aproximación teórica que llene de contenido la categoría PSE.

En el presente apartado se propondrá una definición que llene dicho vacío. Valga decir que solo es una aproximación inicial no acabada, pero que puede servir de punto de partida para futuros desarrollos.

La construcción de la categoría se sustentará en una tríada compuesta por Marx, Weber y Bourdieu, pensadores cruciales en la sociología. En un primer momento, se expondrán sucintamente las ideas generales de estos tres teóricos que repercuten en la categoría en cuestión. Paso seguido, se formulará una definición de PSE desde las teorías mencionadas.

El punto de partida inevitable para acercarse a una definición de PSE es Karl Marx. Una noción fundamental en su aparato teórico es la de clase social, noción que es el origen de la categoría PSE. Curiosamente, la definición más clara de lo que es una clase social para el marxismo no la dio el propio Marx sino uno de sus más reconocidos discípulos. Es Lenin (1961) quien de manera sencilla explica que las clases:

Son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí, por el lugar que ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado (...) y, consiguientemente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen. (p. 121).

Esta definición es claramente fiel a Marx y tiene en cuenta los puntos claves que él ya había desarrollado, aunque nunca de una manera tan concisa.

Marx comienza por advertir que en la producción el hombre no solo actúa sobre la naturaleza, sino que también actúa sobre otros hombres. Es decir, para intervenir sobre la naturaleza y producir, el hombre crea relaciones con los otros hombres. Estas relaciones llamadas relaciones sociales, son las que articulan y determinan el proceso de producción. De tal manera, la reflexión sociológica debe encuadrarse entonces, dentro de las relaciones sociales que predominen en la sociedad que es objeto de estudio. Así, que lo que se diga para una sociedad, no necesariamente aplique para otra. Esto es importante porque, si bien se reconoce que “la historia de todas las sociedades hasta nuestros días es la historia de las luchas de clases” (Marx, 1985, 21), cada época histórica está caracterizada por clases peculiares de ese momento.

Dado que la definición de PSE tiene pertinencia para este momento histórico, solo hará énfasis en las reflexiones de Marx que se refieren a la época capitalista.

El sistema capitalista de producción se distingue del resto de sistemas porque hay un grupo de personas que solo poseen su fuerza de trabajo. Este grupo de gente necesariamente debe vender su fuerza de trabajo, lo único que tiene para sobrevivir. Por esa venta, recibe una retribución en dinero que se llama salario. Así que el rasgo fundamental del capitalismo es que existan trabajadores asalariados. A su vez, el trabajo asalariado presupone la existencia de insumos e instrumentos privados que deben ser operados para continuar con el proceso de producción y así aumentar el trabajo acumulado que se materializa en más máquinas y más insumos que los iniciales. Es así que, “el capital

presupone el trabajo asalariado, y éste, el capital. Ambos se condicionan y se engendran recíprocamente” (Marx, 1976b, p. 165).

De lo anterior se deduce que los dos polos de la sociedad capitalista son el de los trabajadores asalariados y el de los dueños de los medios de producción. Los primeros reciben salarios; los segundos, ganancias. La última clase importante de la sociedad moderna es la de los terratenientes, dueños de las tierras que reciben renta por las mismas. Por supuesto que también hay otras clases (campesinos, artesanos, etc.), pero todas ellas se perfilan hacia alguna de las principales. Por ejemplo, Marx (1976b) señala que “la clase obrera se recluta también entre capas más altas de la sociedad”, así que hay toda una serie de sectores aparentemente acomodados “para quienes lo más urgente es ofrecer sus brazos junto a los brazos de los obreros” (p. 168). Esta pauperización de unos sectores de la sociedad, sumado a la persistencia de relaciones sociales pre-capitalistas, impide que en realidad la división de clases se pueda delimitar categóricamente. Lo que se ve incluso en las sociedades capitalistas más avanzadas es que “existen fases intermedias y de transición que oscurecen en todas partes las líneas divisorias [de clases]” (Marx, 1976a, p. 817).

Hecha esta aclaración, es pertinente observar cómo es la relación entre las dos clases antagónicas del sistema. Una vez cae el sistema feudal, toda una masa de individuos que antes eran siervos se convierten en trabajadores asalariados. Por tanto, se convierten en dominados por el capital, lo cual los ubica en una situación común y, por ende, sus intereses van a ser similares. Tal posición en la producción, les permite ser explotados por el capital, y los intereses que se generan de ello es lo que hace que ese grupo de individuos se convierta en una clase con respecto al capital (Marx, 1987). Pero es una clase que no puede dejar de relacionarse con el capital, necesita de él para sobrevivir. La simple razón de no tener más que su fuerza de trabajo implica que “no pueda desprenderse de toda la clase de los compradores, es decir, de la clase de los capitalistas, sin renunciar a su existencia. No pertenece a tal o cual capitalista, sino a la clase capitalista en conjunto, y es incumbencia suya encontrar un patrono, es decir, encontrar dentro de esta clase capitalista un comprador” (Marx, 1976b, p. 157).

La reflexión marxista es sumamente importante como punto inicial para determinar qué es la posición socio-económica, pero su falencia es quedarse únicamente en el aspecto

puramente económico. La ausencia de otros factores en la delimitación de la posición de un individuo en la sociedad fue lo que impulsó a Max Weber a sumar la noción de estamento, que incluye otros aspectos fuera del económico; claro está, sin renunciar a la categoría de clase a la que le hace algunos ajustes. Si el punto de partida de Marx eran las relaciones sociales, Weber parte de reconocer que los individuos tienen poder sobre los bienes y los servicios, y de ellos (según sea su “magnitud y naturaleza”) consigue ingresos que lo proveen de bienes, le dan posición externa y dan destino personal. Quienes tienen la misma probabilidad de alcanzar los tres elementos mencionados en similares proporciones, se encuentran en una misma situación de clase, que significa, en última instancia, la "posición ocupada en el mercado". (Weber, 2002, p. 684). Y todos lo que están en una misma situación, constituyen la clase. La clase se plantea desde tres enfoques o categorías: clase propietaria, clase lucrativa y clase social.

Cuando se habla de clase propietaria se hace referencia a la situación que es determinada fundamentalmente por la propiedad, lo que da posibilidad de comprar bienes caros, acceder a educación de élite y acrecentar el capital. En esta categoría, hay clases positivamente privilegiadas (rentistas y acreedores) y clases negativamente privilegiadas (deudores, pobres, objetos de propiedad). Entre estas dos clases hay toda una gama de “clases medias”, en las que aparecen los campesinos, los artesanos, los empleados, etc. (Weber, 2002).

La clase lucrativa hace referencia a la determinación de la situación por la probabilidad de valorización de los bienes y servicios en el mercado. De esta manera, los indicadores son el grado de incidencia en la política económica para asegurarse oportunidades lucrativas y la capacidad de direccionar la producción para favorecer sus fines lucrativos. Aparecen, entonces, como clases lucrativas positivamente privilegiadas los empresarios, los comerciantes, los industriales, los empresarios agrarios, los banqueros y los financieros. Y las clases lucrativas negativamente privilegiadas son los trabajadores (Weber, 2002).

La categoría clase social describe la situación por la posibilidad común de unos miembros de hacer intercambio individual e inter-generacional “fácil y suele ocurrir de un modo típico” (Weber, 2002. p. 242). Es decir, quienes se presentan en el intercambio como

iguales, configuran una clase social. En esta categoría las clases son: el proletariado, la pequeña burguesía, los profesionales sin propiedad y los propietarios.

Hasta ahora se tiene una definición de clases muy ligada a lo económico. Ya sea definida por la propiedad, el flujo de ingresos o el nivel que se tiene en el intercambio. De todas maneras, es una visión de clases fundamentadas en lo económico que supera la versión de Marx en la cual lo único determinante era el puesto en la producción. Para Weber las variables de riqueza (acervo) e ingreso (flujo) también son significativas en el análisis. Sin embargo, la visión de Weber es aún más compleja que la de Marx porque también tiene en cuenta otros factores por fuera de lo económico. Estos otros factores de posición se agrupan dentro de la denominada situación estamental, que se determina por las “consideraciones sociales”, que incluyen el modo de vida, la educación y el prestigio hereditario o profesional. En consecuencia, el estamento no es delimitado en ámbito estrictamente económico, sino por la estimación social que le da unos privilegios en la sociedad. De tal forma que Weber une una versión económica más amplia que la marxista y la percepción social de los individuos, con lo que se acerca más a lo que puede ser denominado PSE.

Pero antes de pasar a concretar una definición de PSE, es prioritario reconstruir la propuesta de Bourdieu.

Marx parte de las relaciones sociales de producción y Weber de la situación de clase para explicar la posición que ocupa un individuo en la sociedad. Los dos parten de aceptar que dentro del sistema económico hay diferentes grupos que ocupan distintas escalas. De lo que se trata la investigación es de señalar los factores que determinan la diferenciación de esos grupos. Bourdieu va un paso atrás y se pregunta por la existencia objetiva de esos grupos, “¿existen las clases o no?” (2000, p. 103). Frente a esa pregunta, Bourdieu presenta las dos respuestas extremas: primera, la respuesta realista (objetivista) que afirma que las clases existen y se pueden diferenciar en la realidad. Segunda, la respuesta subjetivista, muy afín a los sociólogos conservadores, que sostiene que las clases no existen en la realidad, solo son una construcción teórica y su medición es imposible porque de ningún modo se encontrarán “discontinuidades claras”. Con miras a superar esta dicotomía, igual de errónea en cada caso, Bourdieu comienza por resaltar los que, según sus investigaciones,

son los poderes fundamentales de la sociedad moderna. En primer lugar, está el capital económico, tanto el real como el potencial. En segundo lugar, aparece el capital cultural o informacional, “que puede especificarse como capital tecnológico, capital jurídico y capital organizativo” (Bourdieu, 2002, p. 222). En tercer lugar, el capital social que se mide por las “conexiones y pertenencia a grupos” (Bourdieu, 2000, p. 106). En cuarto y último lugar, figura el capital simbólico, “fundado en el conocimiento y el reconocimiento” (Bourdieu, 2002, p. 222). Solo hasta este apartado, es que el capital de una persona se acepta socialmente como legítimo.

Esos cuatro tipos de capital son los que sirven de referencia para ubicar a una persona en el contexto social, es decir, esos cuatro tipos de capital son los que determinan la posición de un individuo en la sociedad. Dicha posición va a depender de la magnitud absoluta de capital que posea, del peso relativo de su capital y de la evolución del mismo en el tiempo. Cuando varios agentes se encuentran en una posición similar, tienen en cuenta esas múltiples variables, para constituir una clase o localización social.

Allí aparece un factor nuevo que no había sido tenido en cuenta ni por Marx ni por Weber. El postulado de Bourdieu de poner la evolución del capital como otro elemento a tener en cuenta en la posición de un individuo, pone de manifiesto la faceta de la movilidad social o el trayecto que sigue una persona a lo largo de su vida. Así que se introduce al análisis un elemento dinámico que es muy importante.

El conjunto de individuos o agentes que tienen distribuciones de poder cercanas, esto es, que “ocupar posiciones similares en el espacio social” (Bourdieu, 2000, p. 110) y por tanto constituyen una clase, tiene una altísima probabilidad de desarrollar los mismos hábitos. Así que la posesión similar de capital condiciona prácticas similares y crean identidades entre miembros de una clase. Lo expuesto hasta este punto, recuerda la pregunta inicial, ¿podría hacer parecer Bourdieu como un estructuralista? O simplemente un realista que les da a las clases una existencia delimitada objetiva. Para evitar esa interpretación, Bourdieu advierte que las “clases realizadas, (...) como Marx las consideraría, no existen” (Bourdieu, 2000 p. 113). Para una delimitación de las clases y una configuración de las mismas, hace falta “la producción específicamente teórica de una representación de las divisiones” (Bourdieu, 2000, p. 114). Con esto une el enfoque

subjetivo o constructivista con el enfoque objetivo o estructuralista. Si bien hay unas condiciones objetivas que ubican socialmente a los individuos, hace falta la teorización sobre las mismas para delinearlas. Además, como cualquier colectivo que se distinga por fundamentos económicos y sociales materiales, construye representaciones simbólicas, que también pasan a formar parte de la caracterización de la clase.

La división en clases que se basa en elementos objetivos, pero que logra su diferenciación en la teoría, nunca llega a ser totalmente diáfana. Hay dos obstáculos que impiden la distinción clara entre clases aún en la teoría: primero, la realidad del mundo social es sumamente difusa y sin límites establecidos, así que “los límites entre las clases teóricas que la investigación científica permite construir sobre la base de una pluralidad de criterios son similares (...) a una llama cuyos bordes están en constante movimiento” (Bourdieu, 2000, p. 122). Segundo, la existencia de todo un abanico de posiciones medias en la sociedad impide que se vean con claridad las clases. Las capas intermedias aumentan lo difuso y etéreo de las posiciones que ocupan los individuos en el campo social. Algunos sectores que tienen puntos de acercamiento e identificación con otras posiciones, oscurecen esta división. Un ejemplo de ello es la clase pequeño-burguesa que “por verse arrastrada a vivir por encima de sus medios, a crédito, descubre, casi dolorosamente como los trabajadores de la industria de otros tiempos, los rigores de la necesidad económica” (Bourdieu, 2002, p. 208).

Ya vistas las principales ideas de los tres intelectuales, que brindan suficientes y sólidas bases teóricas, es posible pasar a la formulación de un concepto propio de PSE.

Todos ellos coinciden en que las divisiones al interior de la sociedad son sumamente difusas y que, además, la existencia de sectores medios hace más difícil una clasificación efectiva. Sin embargo, esto no debe ser un impedimento; es una limitación para tener en cuenta pero que no puede frenar los intentos por definir qué es la posición que un individuo ocupa en la escala social. Es constante en todos los medios, la preocupación por el aspecto económico en la determinación de la posición. Marx, pone la atención en el punto clave que es el lugar que se ocupa en la producción. La ocupación que se tiene es fundamental para la ubicación en la sociedad. Sin embargo, solo mirar la ocupación deja de lado que alguien puede ser un trabajador asalariado, pero si por alguna razón es un heredero de bienes

inmuebles, eso ya lo pone en otra posición frente a alguien sin casa. Para incluir este factor, Weber incluye la posesión, el acervo de propiedades, como otro determinante de la posición. Además de incluir el ingreso, otro factor que se le escapaba a Marx. A esto se le debe agregar el aporte de Weber que tiene en cuenta en el campo económico, además de lo que se tiene, lo potencial. Así que no solo se debería mirar la ocupación, la riqueza y el ingreso actual, sino que también se deben mirar las probabilidades de mejorar (o empeorar) la ocupación y aumentar (o disminuir) la riqueza y los ingresos.

Por el lado de los factores sociales -no económicos-, Weber presenta como principales el modo de vida, que incluye la idiosincrasia, costumbres, comportamientos; la educación, tanto formal como no formal; y el prestigio, ya sea adquirido gracias al esfuerzo y las virtudes propias, o que venga por herencia. A lo anterior se le deben sumar los aportes de Bourdieu en el sentido de tener en cuenta también las conexiones sociales que se tienen a disposición y la legitimidad o aprobación social que dan los demás sobre la situación de un individuo. De igual manera, se deben tener en cuenta las posibilidades de movilidad social.

Con todos estos insumos, se puede definir así:

“La Posición Socio-Económica (PSE) se entiende como la ubicación en el espacio social que ocupa un individuo, determinada en primer lugar por factores económicos cuyo principal indicador es la ocupación. Incluye el ingreso, la riqueza y la probabilidad de aumento. En segundo orden, por los factores sociales como las condiciones y el modo de vida, la educación, el prestigio, las conexiones sociales, la movilidad y el reconocimiento social”. (Babativa, 2015)

Con esta propuesta de definición de PSE se podrían superar los análisis que toman la categoría de una manera superficial. El problema que ahora se presenta, es cómo medir los factores antes mencionados. Pero eso podría ser tema para futuras investigaciones.

3.6. Estudios sobre la sociología de la salud: el dilema entre DSS y DDSS.

La superación de la concepción de la salud desde una perspectiva epidemiológica puramente biológica abrió las puertas para incluir en su análisis factores de diferente tipo.

Se integraron al debate elementos culturales, sociales y económicos. Pero hubo distintas maneras de hacerlo. Una postura fue la sostenida por Marmot (1999) y Diderichsen, Evans, y Whitehead (2002), quienes acuñaron el término Determinantes Sociales de la Salud (DDSS) para referir los distintos elementos que afectaban la salud. En este enfoque se analizan los determinantes como factores de riesgo que influyen sobre la salud individual en sus diferentes aspectos. Este enfoque, que inició innovador para el campo de la salud, terminó convirtiéndose en la visión hegemónica aceptada incluso por los organismos multilaterales como la OMS.

Una postura más crítica surgió de Latinoamérica con un sesgo marxista. Este enfoque tiene su mayor desarrollo en pensadores como Breilh (2004), Laurell y Noriega (1989), según los cuales no es preciso hablar de unos determinantes que inciden como riesgos aislados sobre el proceso salud-enfermedad, sino que dicho proceso está enmarcado dentro de una estructura histórico-social que lo condiciona. Así pues, que lo que se analizan son los procesos en su complejidad y sus relaciones estructurales con el sistema económico.

Los dos enfoques le dieron importancia a los factores culturales, económicos y sociales, solo que con un método y abordaje distinto.

En los 13 productos comunicativos analizados, solamente en el de Ortiz et al. (2014) se hace referencia al enfoque de determinación social de la salud (DSS). El enfoque de los demás se inclina, o toma partido abiertamente, por el enfoque hegemónico e institucionalmente aceptado: los determinantes sociales de la salud (DDSS).

El artículo de Ortiz et al., al ser una revisión bibliográfica de la relación entre la desigualdad socioeconómica y la salud en México, recopila las ideas de varios artículos sobre el tema. Por eso no es de extrañar que trate los dos enfoques de manera indistinta, en sus discusiones y propuestas hay afirmaciones basadas tanto en los DDSS como en la DSS, pero al hacer un balance se encuentra una fuerte inclinación por la DSS.

Hay varios hechos que sustentan esta última afirmación. Una de sus conclusiones centrales está encaminada a interpretar la relación socioeconómica con la salud de una manera compleja y no solo como un factor de riesgo. Cuevas et al., reconocen que la ubicación social “determina una estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano” (p. 342). Así que los factores socioeconómicos no influyen de manera particular y puntual sobre ciertas

enfermedades, sino que condicionan la vida de las personas en su conjunto. De lo que se desprende la necesidad de mirar el problema de manera estructural.

Advierten que “en México existe poca experiencia en el uso de las clases ocupacionales como indicadores de la estratificación socioeconómica, aunque se ha demostrado que éstas permiten identificar con mayor precisión los diferenciales en salud” (p. 344). Por este motivo, hace un llamado a la creación de propuestas metodológicas que permitan usar y medir la ocupación para caracterizar la clase social. Con ello, se pondría a consideración la línea de la determinación social de la salud y sus bases marxistas.

Por último, en el remate del artículo se deja completamente del lado de la DSS al reclamar una solución estructural para solucionar las diferencias en salud que se enmarcan en la totalidad de un contexto que debe ser intervenido. Las medidas necesarias no se reducen a tocar un factor de riesgo, sino que se reclaman medidas más profundas que afectan el sistema económico social en su conjunto. En ese sentido incluye dentro de las medidas a llevar a cabo “la regulación gubernamental en aspectos clave, como la definición de un salario para una vida saludable, la regulación de la contratación y las condiciones de trabajo, la regulación de la producción y la comercialización de bienes básicos como alimentos, vivienda y servicios de salud” (p. 345). Todas estas son políticas que afectan directamente las relaciones sociales, y en especial las relaciones de producción. Para lograr tales cambios que afectan las bases del sistema, Cuevas et al., sostienen y coinciden nuevamente con los principales teóricos de la DSS, acerca de lo necesaria que es la movilización política, el componente de transformación y lucha activa.

Una vez examinado ese artículo, es posible determinar los puntos en común del grupo de las otras 12 publicaciones. Solamente en el de Hernández (2014) se menciona la determinación social de la salud, pero como una información más que no trasciende en la investigación. En los otros ni siquiera se menciona que existe un enfoque de epidemiología crítica ni se exponen abiertamente del lado de los DDSS.

Aunque algunos estudios tienen en cuenta la variable clase social, propia del marxismo y retomada por la determinación social, la usan en un sentido muy alejado del concepto inicial, el cual sugiere que la clase refleja la posición en las relaciones productivas y tiene como base la contradicción capital-trabajo.

Por lo anterior, la categoría clase social es usada para la “demostración de vínculos o asociaciones causales directas e individualizadas” (Breilh, 2010, p. 98). No se mira la clase social en un contexto puntual de riqueza, propiedad y relaciones de producción, sino que se toma como un elemento aislado que se relaciona de manera independiente con alguna enfermedad.

Las distintas variables usadas como riqueza, edad, sexo, educación, etc. se utilizan para establecer conexiones entre las mismas y la salud, pero se olvidan las relaciones sociales complejas que son las que hacen que esas variables incidan en la salud.

Todos los artículos seleccionados (a excepción del de Cuevas et al.) consideran la realidad como un “mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores” (Breilh, 2010, p. 99). Se toma un factor, se relaciona con una variable de la salud y se sacan conclusiones. No hay ningún esfuerzo por contextualizar ni resaltar toda la estructura que afecta tanto la salud como la existencia misma de las poblaciones.

Por lo tanto, una conclusión evidente, es que los 12 estudios en cuestión se alinean del lado de los DDSS, pero ante la falta de una intención explícita por parte de los diferentes autores, solo se puede inferir que lo hacen de manera inconsciente.

4. DISCUSIÓN

Luego de adelantar los análisis de los productos académicos seleccionados, y haciendo énfasis en que el debate se limita a la discusión particular sobre los resultados para España y América latina, salta a la vista que la AF como campo de conocimiento ha recibido aportes valiosos desde el área de la salud. Sin embargo, se encuentra que la acepción de este campo es parcial, toda vez que no aborda la complejidad que ha padecido en su proceso de consolidación como campo del conocimiento y principalmente remite sus perspectivas a la concepción biologicista - medicalizada, propia de la epidemiología clásica. Un trabajo a proponer para ahondar en el campo de la AF es el planteamiento de escalas de medición que incorporen factores que trasciendan su concepción práctica en claves de tiempo empleado e intensidad, de manera que se articulen para tener en cuenta de los entornos de interacción o, incluso, elementos estructurales de la PSE. Se trata pues, a la AF como un campo parcializado, subutilizado en lo que a la comprensión de los elementos estructurales de la relación salud-enfermedad respecta; y se ignora la amplitud y complejidad que ha conquistado en su consolidación.

La distribución temporal de la aparición de los productos académicos del campo de la AF con relación a la PSE permite conjeturar las repercusiones de la renovación y replanteamiento de las metas de Alma-Ata (1978) en 1995 bajo el título de “Salud para todos en el siglo XXI”. Por un lado, en esa renovación se amplía y redefine el alcance de la Atención Primaria en Salud (APS), y hace énfasis en sus aspectos socioeconómicos y orientándola a superar las inequidades y la pobreza como origen de la ausencia de salud, lo que concuerda con el aumento de la preocupación académica sobre la categoría de PSE a partir de su promulgación. Por otro, la orientación del documento apunta al trabajo desde ámbitos locales, lo que podría explicar la fuerte correlación entre el lugar geográfico de producción y el referente geográfico de los productos académicos analizados. Así mismo, estos hallazgos permiten entender el porqué de la tendencia al enfoque de los DDSS.

La aparición de la sociología de la salud en sus dos enfoques (DSS y DDSS) puso de manifiesto que la salud en sus múltiples aspectos (prevención, educación, tratamiento, seguimiento, etc.) responde a otros factores aparte de los biológicos. Por ende, muchas investigaciones se volcaron a estudiar la relación entre la denominada posición socio-

económica y la salud. Sin embargo, el común denominador fue el desprecio por conceptualizar la PSE y el uso de alguna variable conexas como indicador de PSE. Si la teorización sobre la PSE es nula, las variables utilizadas en su remplazo no alcanzan a dejar un peso sólido sobre el constructo teórico hasta ahora alcanzado.

Se observó que algunos estudios reducen la PSE a una simple variable con lo cual se limita la categoría y por ende se reduce el alcance de los estudios.

5. CONCLUSIONES

En lo hallado por la presente investigación, y teniendo en cuenta que éstas conclusiones se abordan desde el análisis estrictamente de los productos académicos seleccionados, y que dicha clasificación se limita a los trabajos de Latinoamérica y España, absolutamente en ninguno de los artículos analizados se encontró un sustento firme que justifique el por qué se usaron las variables que se usaron como indicadores de la PSE, o por qué se dejaron otras por fuera. Las elecciones aparecen injustificadas por no decir que caprichosas. En el único caso en que figura una justificación previa, es el de Hernández (2014), pero podría decirse que, por una voltereta personal inexplicable, termina por desechar dos de las variables que había reseñado como importantes y utiliza otras dos que en el resto de la revisión, nunca respalda teóricamente.

Las falencias mencionadas se ven de nuevo en el artículo de Ortiz, L. (2015) que recopila varios artículos sobre el tema y encuentra que la PSE es representada por multiplicidad de variables. Así mismo, varias de las subdivisiones o categorizaciones de las variables, realizadas por los autores en los diferentes productos comunicativos, no tienen ningún sustento explícito.

Es posible que quede en evidencia una despreocupación por parte de los investigadores a la hora de dar contenido a la categoría PSE, en el uso de las variables sexo y edad. Olvidan que esas categorías puramente biológicas solo tienen sentido como determinantes de la PSE si se ponen en el contexto social que es el que le da carga positiva o negativa a tener una determinada edad o pertenecer a cierto sexo. El no ubicarlas en ese contexto social, deja a la edad y al sexo como simples factores biológicos, pero que no explican nada en relación con la PSE.

Si se tiene en cuenta que el segundo adjetivo de la categoría es “económica”, se extraña el uso de las principales variables de clasificación en ese ámbito como lo son riqueza, ingreso y ocupación. De esta última variable hay que resaltar la poca rigurosidad con que se usa y el pobre manejo que se le da, toda vez que atribuye clasificaciones tan arbitrarias como ubicar a los trabajadores autónomos en la misma posición de los empleadores; quitando a la ocupación la principal virtud que tiene como indicador, esto es, ubicar al individuo en el papel que juega en el sistema productivo.

Frente a lo social, se dejan de lado la mayoría de aportes que hicieron Weber y Bourdieu para un análisis completo y multicausal de los factores que afectan la ubicación en el ambiente social y que son fundamentales para el análisis de la relación causal de la enfermedad.

En cuanto a la relación que se puede establecer entre PSE e IC, al ubicar a la primera como categoría-parámetro para la selección de los productos, el muestreo arroja que es prácticamente inexistente. Se identifican una serie de elementos relacionales: aspectos nutricionales, la presencia/ausencia de ECNT, la mediación de la AF, entre otros; pero no se rastreó una relación directa o de causa. Un posible campo de exploración, en consecuencia, sería el de precisar dicha relación, por ejemplo, con respecto a los niveles de nutrición.

Encuadrar los artículos en alguno de los enfoques fue problemático porque solo el de Cuevas et al. (2014) tomaba posición abiertamente por uno de los enfoques, a saber, el de la determinación social de la salud.

En los otros 12 artículos no se explicita la pertenencia a ninguno de los dos paradigmas, pero por la forma de usar las variables de manera aislada para relacionarlas con algún aspecto de la salud de forma descontextualizada, se pueden ubicar los artículos en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Una definición completa de PSE, como la que se hace en este documento, permitiría mejores desarrollos en el campo de la AF porque daría unos parámetros claros para entender los factores sociales y económicos que afectan la práctica de AF. Permitiría superar los rezagos puramente biologicistas de los cuales todavía no se libra este campo del conocimiento.

Se considera conveniente que para futuros estudios en los que se analice la relación entre AF y las condiciones socioeconómicas (sin importar bajo que nombre se integren éstas), se parta de definir claramente qué se va entender por dichas condiciones, y que se justifique y explique cuáles van a ser las variables o subcategorías que van a representar las condiciones socio-económicas en cada caso.

6. REFERENCIAS

- Acuña, G., & Solano, R. (2009, January). Situación socioeconómica, diagnóstico nutricional antropométrico y dietario en niños y adolescentes de Valencia, Venezuela. In *Anales Venezolanos de Nutrición* (Vol. 22, No. 1).
- ALMA-ATA, U. R. S. S. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud.
- ALAMES, C. El Debate y la Acción frente a los Determinantes Sociales de la Salud: Documento de Posición Conjunto de ALAMES y CEBES. 2011: Río de Janeiro. *Brasil*.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición. Washington. Editorial Médica Panamericana.
- Berger, P., Luckmann, T. (2003). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu editores. 65
- Borda, J. (2006). La cultura física y la investigación científica. En: *Investigación Educativa*; 10(18): 125-34.
- Bourdieu, P. (2002) Las estructuras sociales de la economía. Buenos Aires: Manantial
- Bourdieu, P. (2000) Poder, derecho y clases sociales. Madrid: Desclée.
- Breilh, J. (2004) Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *Nogueira RP, organizador. Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 87-125.*
- Camargo, D., Cepeda, Y., González, L., Stapper, H., y Trigos, A. (2010). Reproducibilidad del recordatorio de actividad física de 3 días (3DPAR) en escolares de 5° y 6° grado. *Salud UIS* 42(1). 34-47

- Camargo, D., Gómez, E., Ovalle, J., y Rubiano, R. (2013) La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 31 (supl 1): S116-S25.
- Campos, R. (1995). La sociedad enferma: higiene y moral en España en el siglo XX. *Hispania. Revista Española de historia*, 1093-1112.
- Cardona, A. (1999). 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 71-77.
- Casi, A. y Moreno, C. (1992) Nivel socioeconómico y mortalidad. *Rev San Hig Pub*; 66(1): 17-28.
- Casillas-Estrella, M., Montañó-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M., y Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. En: *Rev Biomed* 17. 243-249.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. (2009). Estudos de saude. *Saude em debate*, p. 341-342.
- Cervelló, Eduardo M.; Moreno, Juan Antonio; Moreno, Remedios; (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, enero-Sin mes, 171-183.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Correa, J. E. (2010). Documento marco que sustenta la relación del grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano con los currículos de los programas de pregrado de rehabilitación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. *Documento de investigación*, (2), 1-24.
- Cuevas, A. H. (2014) Posición socioeconómica y sus asociaciones con actividad física relacionada con transporte en la población colombiana de 18 a 64 años.
- De Frenne, L., Zaragozano, J., Otero, G., Aznar, L., & Sánchez, M. (1997). Actividad física y ocio en jóvenes. I: Influencia del nivel socioeconómico. *AnEspPediatr*, 46, 119-25.

- De Marketing, A. A. (1996). Índice de nivel socioeconómico argentino 1996. *Buenos Aires, Argentina.*
- Diderichsen, F. I. N. N., Evans, T., & Whitehead, M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. *Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción, Washington, Publicado por la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Rockefeller, Publicación científica y técnica, (585), 13-25.*
- Eibenschutz, C., Tamez, S., & González, R. (2011). ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Fernández, R. M. Alonso, A. Quer y cols. (2000). El auto posicionamiento social como indicador de posición socioeconómica. En *Gaceta Sanitaria* 14(3) p. 218-225
- Flórez Cuprita, J. M., & Cely Aguilar, G. A. (2014). *Validez de contenido del cuestionario: Prácticas de actividad física en niños de 7 a 9 años* (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).
- García, J. (2007). Juan Cesar García entrevista a Juan César García. *Medicina Social*, 153-158.
- García, J. (1981). La medicina estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Latinoamericana en Salud.*, 42(1): 73-104.
- García, L. y Correa, J. (2007). Muévase contra el sedentarismo. En: *Universidad ciencia y desarrollo. Programa de divulgación científica. Tomo II, fascículo 7. Universidad del Rosario.*
- Grant, J.R. y Cash, T. F. 1995). Cognitive behavioral body image therapy: comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior therapy*, 26, 69-84.
- González, S., Sarmiento, O., Lozano, Ó., Ramírez, A., & Grijalba, C. (2014). Niveles de actividad física de la población colombiana: desigualdades por sexo y condición socioeconómica. *Biomédica*, 34(3), 447-459.

- Guillen del Castillo M, Linares D. (2002) Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano. España: Panamericana.
- Guimón, J. (1999). Los lugares del cuerpo. Barcelona: Paidós.
- Iriart, C., Waitzkin, H., & Breilh, J. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*; 12(2): 128-36.
- Jiménez, D y Ortega, M (2014) Salud y posición socioeconómica: evidencia empírica reciente en el panorama internacional y en España. En *Revista de Estudios Empresariales* (1) p. 40- 51
- Krieger, N (2002) Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública*; 11(5/6): 480-90.
- Laurell, A. y Noriega, M (1989) La salud en la fábrica. México DF: Era.
- Lenin, V. (1961) Obras escogidas (III.). Moscú: Progreso.
- Laín Entralgo, P. (1982) Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat.
- Liberatos, P., Link, B. y Kelsey, J. (1988) The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev.*; 10(1): 87-121.
- López, H. (2009) Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto. México D.F.: Instituto de Investigaciones Sociales.
- Lucumí, DI; Grogan-Kaylor A; Espinosa-García, G. Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 34 14–20.
- Madrigal, H., Irala, J., Martínez, M., Kearney, J., Martínez, J. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. En: *salud pública de México* .41(6). 479-486.
- Mahecha, J. M., & Calderón, C. J. F. (2011). Estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila. *Revista Entornos*, (24), 13-24.
- Marmot, M. (1999). Social determinants of health. New York: Oxford University Press.
- Marx, K. (1985) Manifiesto del partido comunista. Bogotá: PEPE

- Marx, K. (1976a) *El Capital*. Bogotá: FCE
- Marx, K (1976b) *Obras escogidas (I)* Moscú: Progreso
- Marx, K (1987) *La miseria de la filosofía*. México DF: Siglo XXI
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *El manifiesto comunista de Marx y Engels*. (Traducción de Jesús Izquierdo). Fondo de Cultura Económica, 290.
- Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2013 31(supl 1): S28-S36.
- Meléndez, N. (1986). Calidad de vida y tiempo libre. Education for lersure. *European journal of education* 1986, 3, 265-274.
- Méndez, I., & Torres-Tovar, M. (2012). Medicina social en la práctica. Experiencias en América Latina, enseñanzas desde 'Él Pulgarcito de América": el derecho a la salud se construye con la movilización social. *Medicina Social*, 7(1), 32-35.
- Mejía, Y. M. M., & Rubiano, O. F. (2006). Sedentarismo en Bogotá, características de una sociedad en riesgo. *UMBral científico*, (9), 33-45.
- Moreno, L., Mur de Frenne, L., Fleta J., Garagorri, J.M., y Bueno, M. (1997). Actividad física y ocio en jóvenes. I: Influencia del nivel socioeconómico. En: *Anales españoles de pediatría* 46(2). 119-125
- Obregón, D. (2002) *La construcción social del conocimiento: los casos de Kuhn y Fleck*. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*. Vol. 3, Nos. 6 y 7. Págs. 41-58
- OMS. (1986). *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. Ottawa: OPS/OMS.
- OMS. (1988). *Segunda Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. Adelaida: OPS/OMS.
- OMS. (1991). *Tercera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. Sundsvall: OPS/OMS.
- OMS. (1997). *Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nueva era, nuevos actores*. Yakarta: OPS/OMS.

- OMS. (2000). Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. Santa Fe, México: OPS/OMS.
- OMS. (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. WHO technical report series 916(916), 6-9.
- OMS. (2005). Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Tailandia: OPS/OMS.
- OMS. (2011). Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales. Rio de Janeiro: Organización Mundial de la Salud. .
- OMS. (1986). Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa: OPS/OMS.
- World Health Organization. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.
- Ossa González, Edwards Joan, Arango Vélez, Elkin Fernando, Velásquez rodríguez, Claudia maría, Muñoz Contreras, Angélica María, Estrada Restrepo, Alejandro, Bedoya Berrío, Gabriel, Patiño Villada, Fredy Alonso, & Agudelo Ochoa, Gloria María. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de adolescentes de Medellín (Colombia): Asociación con aspectos sociodemográficos, exceso de peso u obesidad y actividad física. *Revista colombiana de psicología*, 23(2), 255-267.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007) Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. OPS. Washington, D.C.
- Ortiz-Hernández, L., Pérez-Salgado, D., & Tamez-González, S. (2015). Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(3), 336-47.
- Oña, A. (2002). La ciencia en la actividad física: Viejos y nuevos problemas. *European Journal of Human Movement*, (9). P, 9-42.
- Pedraz, M. (1997). Poder y Cuerpo- El (incontestable) mito de la relación entre ejercicio físico y salud. *Educación Física y Ciencia*; 3(2): 7-19.

- Pedraz, M y Brozas, M. (1997) La disposición regulada de los cuerpos. Propuesta de un debate sobre la cultura física popular y los juegos tradicionales. En: Apuntes. Educación Física y Deporte (48). P 6-16
- Pedraza, D. F. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 103-117.
- Perdigueru, E., Bernabeu, J., Huertas, R., & Rodríguez-Ocaña. (2001). History of health, a valuable tool in public health. *Epidemiol Community Health*, 667–667.
- Perpiña, C., Botella, C. Y Baños, R. (2000). Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Valencia. Promolibro.
- Phillips, KA; McElroy, SL; Keck, PE; Pope HG; Hudson, JI. (1993). Dismorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 150 (2):-302-8.
- Pichón Rivière, E; Pampliega de Quiroga, A. (1985) - Psicología de la Vida Cotidiana. Buenos Aires: Nueva Visión
- Piñuel, José Luis, (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. Madrid: Estudios de Sociolingüística, 3. 1-42.
- Raich, R.M., Torras, J. Y Mora, M. (1997). “Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria”. Madrid: *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Regidor, E. (2006) Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. *J Epidemiol Community Health*; 60(10): 896-901.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L., Banegas, J. R., Domínguez, V., & Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Influencia a lo largo de la vida de las circunstancias socioeconómicas, de la inactividad física y de la obesidad sobre la presencia de síndrome metabólico. *Revista española de salud pública*, 81(1), 25-31.
- Reis, H. F. C. D., Ladeia, A. M. T., Passos, E. C., Santos, F. G. D. O., Wasconcellos, L. T. D., Correia, L. C. L., ... & Rocha, M. D. S. (2009). Prevalence and variables associated with physical inactivity in individuals with high and low socioeconomic status. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 92(3), 203-208.

- Rodríguez, J. (1995). Deporte y Ciencia. Teoría de la actividad física. Barcelona: Inde.
- Romero, T. (2009) Posición socioeconómica, salud y expectativas de vida. *Rev Chil Cardiol*; 28(1): 91-3.
- Rosen, G. (1958). A history of public health. . MD publications, 172-194.
- Rosen, G. (1993). A History of Public Health. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosen, J.C., Reiter, J. & Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral body image for body dismorfic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 63, 263-269
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 8: 171-83.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. En: Reflexiones. *Revista de ciencias sociales de la Universidad de Costa Rica*, Vol. 87 (2). 67-80
- Santrock, J. W. (2004). Adolescencia. *Psicología del desarrollo*. España: McGraw Hill.
- Sartre, J.P. (2007). El existencialismo es un humanismo. Barcelona: EDHASA. 42.
- Schilder, P. (2013). *The image and appearance of the human body* (Vol. 163). Routledge.
- Sepúlveda, A., León, J., y Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*, vol. 15, (1). 55-74
- Sigerist, H. (1974). Historia y sociología de la medicina. Selección de escritos. Bogotá: Ed. Gustavo Molina.
- Silva-Filho, L.; Rabelo-Leitão., A; Menezes-Cabral, A.; y Knackfuss, M. (septiembre de 2008). Imagen Corporal, Actividad Física y Factores de Riesgo. *Rev. Salud Púb*, No. 10 (4). 550 –560.
- Swain, D. y Franklin, B. (2006). Comparison of cardioprotective benefits of vigorous versus moderate intensity aerobic exercise. *Am J of Card* (97). 141-147.
- Tajer, D. (06 de mayo de 2005). Experiencias de Movilizaciones contra los efectos de la Globalización en la Salud. *La Medicina Social en los 90*. Recuperado de: <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/global.htm>.

- Terris, M. (1992). Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública. . *Journal of Public Health Policy*, 267-276.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Toro, J. (2013) *El adolescente ante su cuerpo. Cuerpo, vestido y sexo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Toro, J, Cervera, M y Pérez, P (1989). Body shape publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23. 132-136.
- Vera, O. y Vera, F. (2013) Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. En *Revista del cuerpo médico del HNAAA*. (6) p. 41-45
- Vidarte, J., Alvares, C., Cuellar, C., Alfonso, M. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. En: *Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 16 (1). 202 – 218.
- Villalobos Rodríguez, I. (2009). Prevención del síndrome metabólico en adolescentes. *Gac. méd. Caracas*, 117(2), 145-150.
- Viseltear, A. (1982). Winslow and the Early Years of Public Health at Yale, 1915-1925. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 137-151.
- Weber, M. (2002) *Economía y sociedad*. España: FCE.