



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Tesis para la obtención del título de Doctora

TÍTULO

La recreación de las infancias en el territorio barrial: el abandono de la práctica físico-deportiva en el espacio público en contextos de pobreza urbana

AUTORA

Lic. Julieta Lavin Fueyo

Octubre de 2017
Córdoba, Argentina



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Directora de Tesis

Dra. Silvina Berra

Comisión de Seguimiento de Tesis

Dra. Laura Aballay

Dra. Silvina Berra

Dra. María Eugenia Boito

Tribunal Evaluador de Tesis

Dra. María Eugenia Boito

Dra. Mariana Butinof

Dra. Natalia Tumas

*Para que las niñas y los niños que aún permanecen invisibles,
puedan comenzar a crear.*

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser el mejor ejemplo de trabajo y de lucha.
A mi hermano y hermana, por compartir la vida, desde cerca y desde lejos.
A mis amigas cordobesas, por las risas, charlas y viajes compartidos.
A mis amigos/as neuquinos/as, por su presencia incondicional.
A mis compañeras del CIESS y del CIEN, por el aprendizaje constante.
A mis compañeras/os y profesores/as de la MEGyPS-UNLa, por despertar inquietudes dormidas.
A la comunidad de las escuelas municipales de Córdoba, por embarcarse en nuestros proyectos.
A Silvina, por tener las palabras justas, por confiar y darme plena libertad.
A la UNC, por la valiosa oportunidad de una formación pública y gratuita.
Al CONICET, por apostar a la construcción de una ciencia que responda a las necesidades de nuestro pueblo.

EPÍGRAFE

El re-creo es la turbulencia, el bullicio, el correr, el griterío desestructurado y el juego en sus múltiples formas. Es un estado musical en el que la niñez se siente libre y en el que se diluye la negatividad del mundo derrotada por la alegría. Desde el re-creo, niños y niñas ven a los adultos como un sindicato de tristeza. En el recreo, los movimientos son horizontales y comunicantes: es un estado igualitario de mínimas diferencias. Es un tiempo esencialmente diacrónico y desestructurado: todo es discontinuo y desorganizado pues éstas son las instancias decisivas previas para poder crear. El re-creo es una situación imaginante, es libertad para imaginar pero para imaginar "otra" cosa. Cuando suena el timbre o la campana llega el momento de la libertad. Pero el re-creo no representa un mero paréntesis entre dos campanas sino un estado de tensión en donde la infancia busca "recrearse" emancipándose de una transmisión totalmente sometida a la adultez. Acabado el re-creo, niños y niñas esperan intensamente el próximo "re-creo". Su vocación primera es no renunciar nunca a la libertad.

Re-crear tiene que ver con otro comienzo como creación. El acto creativo se diferencia de la invención. La invención requiere linealidad y acumulación. Un invento presupone un antecedente, un conocimiento previo con el que se encadena lo inventado. La creación, por el contrario, es una discontinuidad radical, es un acto desencajado, es diacronía. Por eso la infancia representa el quiebre con la clausura que exigen todos los procesos sincrónicos y es, por lo tanto, la apertura a una interrogación ilimitada. La creación presupone también la autonomía de la infancia y la autonomía de la sociedad. El "re" de recreación hace alusión a renovar, a ponerse continuamente en una actitud innovadora y, por lo tanto, ponerse en situación de infante en re-creo como insolente rebelión ante la negatividad del statu quo. El "re", a su vez, tiene que ver con iterar hasta alcanzar el desprendimiento y no como un retorno a un nostálgico pasado.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La salud se presenta de modo diferente en las distintas sociedades y en las distintas clases sociales, a pesar de las semejanzas biológicas de los seres humanos que las componen. Así, la vida humana está determinada socialmente en todas sus dimensiones, inclusive la salud. Los procesos de urbanización que transitan las sociedades actuales y las diferentes configuraciones que las ciudades adquieren nos incitan a investigar sobre sus implicancias en las características de la vida urbana y en las condiciones de salud. Una de las posibles vías de articulación entre la vida urbana y la salud es la recreación, en tanto componente de la vida cotidiana de las personas y, por consiguiente, esencial para la producción de salud y de la vida misma. La producción social de la recreación se inserta hoy en día en las ciudades, que constituyen espacios sociales y físicos donde las personas viven, participan y construyen cultura y sociedad.

OBJETIVO: Analizar la configuración territorial y la dinámica social de las dimensiones físico-deportivas de la recreación en las infancias que habitan el espacio urbano cordobés, reconociendo los diferentes niveles de complejidad que median en la determinación social de la práctica físico-deportiva.

MÉTODOS: Se desarrolló una investigación epidemiológica de carácter observacional y transversal en una muestra de 1.777 niños y niñas asistentes al segundo ciclo de 19 escuelas primarias municipales de la ciudad de Córdoba (Argentina) y sus respectivas madres (n=1312). Se desarrollaron cuatro dimensiones de análisis: 1) Acercamiento descriptivo-cuantitativo hacia las configuraciones de los contenidos físico-deportivos de la recreación en las infancias; 2) Modelos explicativos a partir de ecuaciones estructurales; y 3) Modelos multinivel de la práctica físico-deportiva y del uso físico-deportivo de las plazas, donde los/as niños/as pertenecen al primer nivel de análisis (individual) y los barrios constituyen el segundo nivel de análisis; y 4) Aproximación cualitativa al análisis de datos provenientes de sub-estudios del proyecto marco en torno a los niveles de la determinación social y sentidos de la práctica físico-deportiva de las infancias.

RESULTADOS: Más de la mitad de los niños y niñas no alcanzan las metas propuestas internacionalmente para la práctica físico-deportiva y ocupan una parte importante de su tiempo-espacio de recreación en actividades sedentarias. La posibilidad de que utilicen el espacio público y que desarrollen una práctica físico-deportiva constante y suficiente depende del contexto de pobreza barrial, que parece ser tanto o más determinante que las características individuales. Los espacios más frecuentados para dichas prácticas son públicos y al aire libre; la ausencia o mayor lejanía a dichos espacios se da principalmente en los barrios con contextos de pobreza críticos; una mayor lejanía deviene en un menor uso; y aun cuando están presentes y se encuentran cercanos a los hogares de las niñas y los niños, son utilizados con escasa frecuencia por la mayoría de ellos/as. Este infrecuente uso físico-deportivo de los espacios barriales puede atribuirse a escasas oportunidades de recreación, deficiente calidad y cantidad de espacios y servicios públicos en general y al sentido de inseguridad en su uso. Existe además, entre los/as gestores de políticas públicas relacionadas a la educación y la salud, entre los/as trabajadores/as de la educación pública y entre los/as familiares de los/as niños/as, un predominio de un discurso centrado en las nociones de lo “sano” y “saludable”, una

institucionalización del “estilo de vida saludable y activo”, una idea de relación causal y lineal entre deporte/actividad física y salud, una mirada esencialista y sin sujeto de la actividad física/deporte. De manera aislada, aparecen sentidos de deseo y disfrute asociados a estas prácticas. Asimismo, se puede identificar una ausencia de políticas públicas que fomenten la recreación y el uso de los espacios públicos y una fragmentación de las acciones sobre este campo: recreación/salud/educación.

CONCLUSIÓN: La recreación físico-deportiva de las infancias abordadas a partir de esta investigación está fuertemente condicionada a su posición en la estructura social. Si bien sus derechos han sido reconocidos por el Estado, el derecho a la recreación no ha sido prioritario para la agenda pública por lo que no es concebido aún como parte sustancial de la vida de los niños y las niñas, de su salud y de su construcción como sujetos sociales. El espacio urbano fragmentado delimita recreaciones posibles e imposibles para infancias visibles e invisibles. Las políticas públicas deben estar necesariamente dirigidas y construidas desde espacios territoriales específicos, basadas en una lógica trasversal donde cuente lo social, lo cultural y lo local.

PALABRAS CLAVE: recreación, zonas de recreación, actividad física, área urbana, salud, niños.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Health presents itself diversely in different societies and in different social classes, despite the biological similarities of the human beings who compose them. Thus, human life is socially determined in all its dimensions, including health. The processes of urbanization going through current societies and the different configurations that cities acquire encourage us to investigate their implications in the characteristics of urban life and in health conditions. One of the possible links between urban life and health is recreation, as a component of the daily life of people and therefore essential for the production of health and life itself. The social production of recreation is inserted today in the cities, which are social and physical spaces where people live, participate and build culture and society.

OBJECTIVE: To analyze the territorial configuration and the social dynamics of the physical-sports dimensions of recreation in childhood living in the urban space of Córdoba, recognizing the different levels of complexity that mediate in the social determination of physical-sport practice.

METHODS: An observational and cross-sectional epidemiological investigation was carried out in a sample of 1,777 children from the second cycle of 19 municipal primary schools in the city of Córdoba (Argentina) and their respective mothers (n = 1312). Four dimensions of analysis were developed: 1) Descriptive-quantitative approach to the configurations of the physical-sports content of recreation; 2) Explanatory models from structural equation models; and 3) Multilevel models of physical-sport practice and physical-sport use of public places in the neighborhood where children belong to the first level of analysis (individual) and neighborhoods constitute the second level; and 4) qualitative approach to the analysis of data from sub-studies of the supporting project around the levels of social determination and meanings of the physical-sports practice in childhood.

RESULTS: More than half of children do not reach the goals proposed internationally and nationally for physical-sport practice and occupy an important part of their recreation time-space in sedentary activities. The possibility to use the public space and to develop a constant and sufficient physical-sport practice depends on the context of neighborhood poverty, which seems to be as much or more determinant than the individual characteristics. The most frequented spaces for these practices are public and outdoors, the absence or greater distance of such spaces occurs mainly in neighborhoods with contexts of critical poverty, greater distance results in less use and even when they are present and are close to the homes they are infrequently used by most children. This infrequent physical-sport use of neighborhood spaces can be attributed to poor recreation opportunities, poor quality and quantity of spaces and public services in general and to the sense of insecurity in its use. There is also, among the public policy managers related to education and health, among the workers of public education and among children's relatives, a predominance of a discourse centered in the notions of "healthy", an institutionalization of the "healthy and active lifestyle", an idea of causal and linear relationship between sport/physical activity and health, an essentialist and without subject view of physical activity/sport. Isolated, emerge feelings of desire and enjoyment associated with these practices. Likewise, it is possible to identify an

absence of public policies that promote recreation and the use of the public spaces and a fragmentation of the actions in this field: recreation/health/education.

CONCLUSIONS: The physical-sports recreation of childhood approached by this research is strongly conditioned to their position in the social structure. Although their rights have been recognized by the State, the right to recreation has not been a priority for the public agenda, thus, it is still not conceived as a substantial part of children's lives, their health and their contemplation as social subjects. The fragmented urban space delimits possible and impossible recreations for visible and invisible children. Public policies must necessarily be directed and constructed from specific territorial spaces, based on a transverse perspective where social, cultural and local, matter.

KEY WORDS: recreation, recreational zones, physical activity, urban area, health, children.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Distribución geográfica de los distintos barrios donde habitaban los niños y niñas según contextos de pobreza. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	96
Figura 2. Distribución de frecuencias de espacios recreativos ausentes en cada barrio según contextos de pobreza barrial. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	98
Figura 3. Distribución de frecuencias de la distancia hacia los distintos espacios de recreación en cada barrio, según las madres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	102
Figura 4. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva de los espacios de recreación disponibles en los barrios, según las madres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	103
Figura 5. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva muy frecuente de los distintos espacios de recreación, según sexo. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	105
Figura 6. Distribución de frecuencias de las distintas barreras percibidas por las madres para el desarrollo de contenidos físico-deportivos de la recreación de los/as niños/as en los barrios de la ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	107
Figura 7. Relaciones hipotéticas testeadas en los modelos.	115
Figura 8. Modelo final de asociación entre el espacio barrial percibido, el uso físico-deportivo de plazas y espacios abiertos no estructurados, la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa y el puntaje-z del IMC en niños y niñas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	117
Figura 9. Modelo final de asociación entre el espacio barrial y familiar percibido, el uso físico-deportivo de plazas y espacios abiertos no estructurados, la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa y el puntaje-z del IMC en mujeres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	119
Figura 10. Modelo final de asociación entre el espacio barrial y familiar percibido, el uso físico-deportivo de plazas y espacios abiertos no estructurados, la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa y el puntaje-z del IMC en varones. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	120
Figura 11. Distribución de frecuencias de los contextos de pobreza barrial, según las 19 escuelas municipales. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	124
Figura 12. Distribución de frecuencias del contexto de pobreza barrial, según uso físico-deportivo de las plazas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	125
Figura 13. Distribución de las frecuencias del contexto de pobreza barrial, según práctica físico-deportiva extraescolar. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	125
Figura 14. Distribución de frecuencias de la superficie de AVPP por habitante por barrio, según el uso físico-deportivo de las plazas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	126
Figura 15. Distribución de frecuencias de la superficie de AVPP por habitante por barrio, según la práctica físico-deportiva extraescolar. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	127

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra de escolares de la ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	92
Tabla 2. Distribución de frecuencias de las prácticas físico-deportivas (según METs utilizados y según criterios OMS) desarrolladas por niños y niñas según género y dimensiones socio-económicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	94
Tabla 3. <i>Odds ratio</i> (OR) de la escasa e insuficiente práctica físico-deportiva ajustada por variables socio-económicas y de estilos de vida. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	95
Tabla 4. Distribución de frecuencias de espacios ausentes para el uso recreativo en los distintos barrios, según las madres, y barrios de pertenencia. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	97
Tabla 5. Distribución de frecuencias de la disponibilidad de espacios, según dimensiones socioeconómicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	100
Tabla 6. Relación entre la distancia hacia los lugares de recreación y la frecuencia de su utilización físico-deportiva por parte de los/as niños/as en edad escolar. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	104
Tabla 7. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva de los distintos espacios para la recreación de los/as niños/as, según dimensiones socioeconómicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	106
Tabla 8. Distribución de frecuencias de las distintas barreras percibidas por las madres para la práctica físico-deportiva de los/as niños/as en sus barrios, según dimensiones socioeconómicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	110
Tabla 9. Variables incluidas en los modelos estructurales, según género. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	112
Tabla 10. Variables latentes y observadas con sus coeficientes (b) derivados del modelo probado. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	114
Tabla 11. Distribución de frecuencias de las variables de nivel barrial: contextos de pobreza y superficie de AVPP. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	123
Tabla 12. <i>Odds ratio</i> (OR) de la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas según características individuales y barrial, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	129
Tabla 13. <i>Odds ratio</i> (OR) de la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas según características individuales y barrial, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	130
Tabla 14. <i>Odds ratio</i> (OR) de la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.	131
Tabla 15. Resumen de los componentes de la varianza (efectos aleatorios) de los modelos multinivel probados.....	132
Tabla 16. <i>Odds ratio</i> (OR) de la práctica físico-deportiva según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	134
Tabla 17. <i>Odds ratio</i> (OR) de la práctica físico-deportiva según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	135

Tabla 18. <i>Odds ratio</i> (OR) de la práctica físico-deportiva según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.....	136
Tabla 19. Resumen de los componentes de la varianza (efectos aleatorios) de los modelos multinivel probados.....	137

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CIDN	Convención Internacional de los Derechos del Niño
UNICEF	Foro de las Naciones Unidas para la Infancia
ONU	Organización de Naciones Unidas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y El Caribe
OMS	Organización Mundial de la Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
PS	Promoción de la Salud
MCCS	Municipios, Comunidades y Ciudades Saludables
OPS	Organización Panamericana de la Salud
METs	<i>Metabolic Equivalents</i> -equivalentes metabólicos-
EMSE	Encuesta Mundial de Salud a Escolares
IMC	Índice de Masa Corporal
FAS	<i>Family Affluence Scale</i> –escala de recursos materiales del hogar-
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
AVPP	Áreas Verdes Públicas de Permanencia
ESIN	Encuesta de Salud Infantil a Niños y Niñas
ESIMP	Encuesta de Salud Infantil a Madres y Padres
DGEC	Dirección General de Estadísticas y Censos
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
COEIS	Comité de Ética de Investigaciones en Salud
CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
EANE	Espacios Abiertos No Estructurados
ECOVNA	Encuesta sobre Condiciones de Vida de la Niñez y Adolescencia
EDSA	Encuesta de la Deuda Social Argentina

ÍNDICE

CAPÍTULO I. Introducción	17
I.1. Introduciendo al objeto de estudio	17
I.2. Pregunta de investigación	24
I.3. Objetivos planteados	25
I.4. Estructura de la tesis	26
I.5. Principales aportes al campo socio-sanitario.....	28
CAPÍTULO II. Marco Teórico	30
II.1. Recrear la salud desde una perspectiva ampliada y transformadora.....	30
II.1.1. La(s) ciencia(s) de la salud: qué ciencia(s) y qué salud	30
II.1.2. ¿Factores determinantes o determinación social de la salud?	33
II.1.3. Más allá de las desigualdades sociales en salud.....	36
II.1.4. La promoción de la salud y el intento de abordar los Determinantes Sociales de la Salud	38
II.2. Recreación: ¿antídoto o derecho social?	46
II.2.1. Concepciones sobre recreación: ¿hay otra recreación posible?	46
II.2.2. Devenir histórico de las políticas públicas vinculadas a la práctica físico- deportiva y a la recreación en Argentina	48
II.2.3. Infancias y recreación: ¿aún permanecen invisibles?	55
II.3. La ciudad como espacio de recreación para las infancias	60
II.3.1. La espacialización/territorialización de la recreación	60
II.3.2. El proceso de urbanización en América Latina.....	62
II.3.3. El espacio urbano cordobés.....	64
II.3.4. El barrio: entre el espacio público y privado	66
Hipótesis de la investigación	72
CAPÍTULO III. Metodología	73
III.1. Ámbito y diseño del estudio	74
III.2. Población y muestra del estudio	75
III.3. Definiciones teóricas y operacionales de las variables	76
III.4. Instrumentos y técnicas de medición	82
III.5. Análisis de la información	84
III.6. Recuperación de antecedentes cualitativos del proyecto marco en torno a los niveles de la determinación social y sentidos de la práctica físico-deportiva de las infancias.....	88
III.7. Consideraciones éticas	91
CAPÍTULO IV. Resultados	92
IV.1. Configuraciones de los contenidos físico-deportivos de la recreación de las infancias	92
IV.1.1. Práctica físico-deportiva de los niños y las niñas en torno a algunas dimensiones socioeconómicas	93
IV.1.2. Oferta de espacios de recreación en los barrios.....	96
IV.1.3. Acceso a los espacios de recreación en los barrios	101
IV.2. Modelos explicativos en torno a los componentes físico-deportivos de la recreación en las infancias a partir de ecuaciones estructurales	111
IV.2.1. Descripción de la muestra en torno a las dimensiones de estudio.....	111
IV.2.2. Modelos explicativos desarrollados.....	115

IV.3. Enfoque de múltiples niveles sobre los componentes físico-deportivos de la recreación en la infancia	122
IV.3.1. Descripción de la muestra en torno a las dimensiones estudiadas	122
IV.3.2. Enfoque multinivel del uso físico-deportivo de las plazas para la recreación en los barrios donde habitan las infancias que asisten a escuelas municipales de la ciudad de Córdoba	128
IV.3.3. Enfoque multinivel de la práctica físico-deportiva extraescolar de las infancias que asisten a escuelas municipales de la ciudad de Córdoba	132
IV.4. La determinación social de la práctica físico-deportiva de las infancias desde una aproximación cualitativa	138
IV.4.1. Nivel individual (estilos de vida).....	138
IV.4.2. Nivel comunitario/barrial (modos de vida)	142
IV.4.3. Nivel contextual/macroestructural.....	147
CAPÍTULO V. Discusión.....	154
V.1. Entre las preguntas del territorio y las respuestas de los programas: sobre las prácticas físico-deportivas de los niños y las niñas de la ciudad de Córdoba	155
V.2. Desigualdades sociales en territorio: el uso de espacios públicos barriales para prácticas físico-deportivas	163
V.3. Desigualdades de género en territorio: oportunidades diferenciadas para la práctica físico-deportiva	170
V.4. Aportes del abordaje de múltiples niveles de la práctica físico-deportiva y del uso de espacios barriales para dicha práctica.....	174
V.5. La invisibilidad de las infancias que habitan en contextos de pobreza en la ciudad de Córdoba	178
V.6. Limitaciones del estudio	183
V.7. Conclusiones y reflexiones finales.....	185
V.7.1. Conclusiones	185
V.7.2. Aportes para futuras investigaciones	187
V.7.3. Implicancias para políticas públicas	189
V.7.4. Reflexiones finales.....	190
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193
ANEXOS	206
Anexo I. Consentimiento informado	206
Anexo II. Consideraciones éticas.....	208
Anexo III. Dictamen del Comité de Ética.....	211
Anexo IV. Artículo publicado 1	214
Anexo V. Artículo publicado 2.....	226
Anexo VI. Artículo publicado 3	233

CAPÍTULO I. Introducción

Día tras día, se niega a los niños el derecho a ser niños. Los hechos, que se burlan de ese derecho, imparten sus enseñanzas en la vida cotidiana. El mundo trata a los niños ricos como si fueran dinero, para que se acostumbren a actuar como el dinero actúa. El mundo trata a los niños pobres como si fueran basura, para que se conviertan en basura. Y a los del medio, a los niños que no son ricos ni pobres, los tiene atados a la pata del televisor, para que desde muy temprano acepten, como destino, la vida prisionera. Mucha magia y mucha suerte tienen los niños que consiguen ser niños (Galeano, 2015).

I.1. Introduciendo al objeto de estudio

Introducir una tesis doctoral en ciencias de la salud nos obliga a dar cuenta desde dónde nos posicionamos cuando hablamos de las “ciencias de la salud”. Así, surgen dos preguntas principales: ¿Es una ciencia o son muchas ciencias de la salud? ¿De qué salud estamos hablando?

Las ciencias de la salud, al decir de Samaja (2004), epistemólogo argentino, se ubican en una encrucijada de múltiples disciplinas y enfoques metodológicos que demandan su integración para la real comprensión de los hechos concretos. En la misma línea de reflexión, Minayo (2014) acuerda en que la realidad a ser abordada por el campo de la salud se presenta siempre como una totalidad que envuelve diferentes áreas de conocimiento y abarca la dinámica del mundo de la vida.

El epistemólogo argentino señala que en caso de restringirnos a la definición clásica de Ciencia, “un saber con unidad de objeto y métodos”, podríamos afirmar que no existe ninguna ciencia o ciencias de la salud, sino que deberíamos contemplar préstamos de conocimientos de diversas ciencias, para transferirlos a un campo de especulación y de prácticas valiosas, pero sobre los que no caben acuerdos científicos (Samaja, 2004).

Desde las décadas de 1960 y 1970, a partir del movimiento de medicina social latinoamericano y de la Reforma Sanitaria brasilera, la salud comienza a consolidarse en nuestra región como un proceso multidimensional inserto en la

complejidad social y, al mismo tiempo, como un terreno de disputas, de lucha de ideas y con intereses sociales (des)encontrados.

Los procesos de salud tienen una base estructural en los procesos sociales, políticos y económicos que reproducen las desigualdades sociales, de género, de etnia y mantienen el dominio ‘adultocéntrico’ por sobre los niños, niñas y adolescentes.

A pesar de configurar un avance incuestionable tanto en el plano teórico como en el campo de las prácticas del campo de la salud, Czeresnia y Machado de Freitas (2009) sostienen que esta conceptualización de la salud trae nuevos desafíos, dado que al considerar a la salud en su significado pleno, se está lidiando con algo tan amplio como la propia noción de vida. Por lo tanto, esta definición abarca desde acciones del ámbito estructural de un Estado hasta la singularidad y autonomía de los sujetos, por lo que no puede ser responsabilidad de un único campo de conocimiento y prácticas.

Partiendo de esta concepción ampliada y dando cuenta de la complejidad del campo de la salud, es fundamental pensar que la recreación, como componente de la vida cotidiana de las personas, se constituye en una condición esencial para la producción de salud y de la vida humana misma.

En este sentido, la recreación debe ser entendida como una práctica social compleja e históricamente determinada que dialoga con la educación, el trabajo, la política, la economía, la salud, la ciencia y la naturaleza, entre otras dimensiones de la vida, por lo que resulta fundamental pensarla como parte integrante y constitutiva de cada sociedad. Tal como sostiene Gomes (2004), constituye una dimensión de la cultura construida socialmente a partir de cuatro elementos interrelacionados: tiempo, espacio-lugar, manifestaciones culturales y acciones (o actitudes).

En la Argentina de los últimos años, el Estado ha reconocido a los niños y niñas como sujetos de derechos, a través de la sanción de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el año 2005, adhiriendo a lo establecido por la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) en 1989. Asimismo, se sancionaron otras leyes vinculadas a la infancia y adolescencia que conforman un incipiente Sistema de Protección Integral de la Infancia y Adolescencia en nuestro país (Repetto y Tedeschi, 2013).

Uno de los derechos reconocidos por la CIDN es el derecho a la recreación, al esparcimiento, a los juegos recreativos y deportes. En su artículo 34 sostiene lo siguiente:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.
2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

Estos derechos se traducen en la Ley 26.061 en su artículo 20:

Derecho al deporte y juego recreativo. Los organismos del Estado con la activa participación de la sociedad, deben establecer programas que garanticen el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a la recreación, esparcimiento, juegos recreativos y deportes, debiendo asegurar programas específicos para aquellos con capacidades especiales.

A pesar del importante avance que implica el reconocimiento de los derechos de las infancias, tanto el Comité de los Derechos del Niño¹ como la autora Osorio Correa (2013), afirman que la recreación no ha sido considerada en la agenda del Estado como un derecho que deba ser privilegiado en las infancias (UNICEF, 2014a).

Bajo este panorama, para que la recreación deje de ser un derecho reconocido pero no ejercido y comience a formar parte de la vida cotidiana de las infancias, es importante, según Rechia (2015), comprenderla como posibilidad de organización y materialización de la cultura y también como tiempo y espacio de formación. Para ello, es importante reconocer que, en la sociedad actual, la recreación se transformó en objeto de disputa hegemónica entre la industria cultural y la acción política y pedagógica orientada a la formación crítica y creativa de los sujetos.

Tanto el deporte como la actividad física se insertan en el campo de la recreación, son sus contenidos, entre otros. La expresión “actividad física” es definida tradicionalmente como cualquier movimiento corporal que resulta en un aumento del gasto energético por encima de los niveles de reposo. Sin embargo, cuando hablamos aquí de actividad física o deporte, nos referimos a prácticas

¹ El Comité de los Derechos del Niño es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por sus Estados Partes.

corporales en las que el movimiento es una forma de manifestación o expresión de intereses, necesidades y deseos de los sujetos. Por lo tanto, trasciende la dimensión meramente física porque hay valores, sentidos y significados para cada una de las acciones (Carvalho y Freitas, 2006). A los fines de esta Tesis doctoral, se hablará de práctica físico-deportiva, teniendo las consideraciones mencionadas.

A nivel nacional, el Ministerio de Desarrollo Social en su Plan Nacional de Deporte Social 2013-2016², sostiene que la actividad física y el deporte constituyen herramientas destinadas a generar mejores posibilidades para el desarrollo humano integral, promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida, de la educación, la organización comunitaria y las condiciones de salud.

Cabe destacar que, tal como afirma Breilh (2004), la dimensión físico-deportiva de la vida también está determinada por los procesos generales de la sociedad que la convierten en un producto del mercado con la complicidad de las políticas e instituciones y la contribución de patrones culturales alienantes; por los modos de vida colectivos de las distintas clases y grupos sociales, con sus modos inevitables de trabajar, sus patrones de consumo y recreativos, sus condiciones espaciales; y finalmente, por los procesos individuales con sus estilos de vida posibles y sus condiciones individuales, tanto biológicas como psicológicas.

Así, las condiciones espaciales de la recreación que menciona Breilh hacen de la espacialidad/territorialidad, tanto en su sentido más estricto, en lo que se refiere al aspecto físico y geográfico propiamente dicho, como en su sentido más amplio, su relación con el contexto social, político y económico, una de las dimensiones centrales de la recreación (Peres y Melo, 2009).

Esta espacialidad/territorialidad comprende una concepción de territorio que, en palabras de Porto-Gonçalves (2009), “no es anterior o exterior a la sociedad, es espacio apropiado, instituido por sujetos y grupos sociales que se afirman por medio de él”, a través de procesos sociales de territorialización. Asimismo, en un territorio dado hay múltiples territorialidades, sin embargo, “el territorio tiende a naturalizar las relaciones sociales y de poder, pues se hace refugio, lugar donde cada cual se siente en casa, aunque en una sociedad dividida” (p.127). En esta línea, Rechia

² Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Secretaría de Deporte. Plan Nacional de Deporte Social 2013-2016. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/08/2.-Plan-Nacional-de-Deporte-Social-2013-2016.pdf>

(2015) sostiene que las relaciones sociales en las grandes ciudades se realizan concretamente en forma de relaciones espaciales y políticas. La reflexión sobre la práctica socio-espacial, es decir, el modo por el cual se realiza la vida en la ciudad, está centrada en la relación dialéctica entre los espacios construidos y sus formas de apropiación.

En consonancia con lo anterior, lo urbano no puede ser definido como algo estrictamente material, ni como algo que se puede desligar de ello. Las ciudades producen tanto bienes materiales como bienes simbólicos, por ello, la comprensión del fenómeno de la recreación está entrelazada, entre otros factores, a esas conexiones. Es en esa relación dialéctica que el espacio es determinado por el sujeto, y que, al mismo tiempo, puede determinar sus acciones, constituyéndose así como un instrumento de dominación y poder (Rechia, 2015).

Sin embargo, las ciudades no han sido siempre el espacio preponderante donde se desarrollaron nuestras sociedades. Según Porto-Gonçalves (2008), geógrafo brasileiro, es sorprendente que hayan sido necesarios más de doscientos años, desde la Revolución Industrial, para que el traslado del campo a la ciudad haya sucedido, considerando el discurso urbano hegemónico que parecía indicar que el mundo ya sería urbano hace mucho tiempo. Según la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2016), en América Latina y el Caribe, las tres cuartas partes de la población vivían en 2014 en asentamientos urbanos, y en la actualidad es una región predominantemente urbana cuyos niveles de urbanización son comparables a los de América del Norte y a los de muchos países europeos. Lo más grave es que en esta región entre la mitad y las dos terceras partes de las ciudades de más de un millón de habitantes se hallan situadas en zonas expuestas a un riesgo elevado de que se produzca al menos un tipo de catástrofe natural, es decir, que se está viviendo en condiciones muy distantes de aquellas propagadas como inevitables y necesariamente progresivas rutas hacia la modernización y el avance civilizatorio.

En América Latina, la desigualdad ha sido históricamente entrelazada con la inequidad socioeconómica, en un largo proceso teñido por la colonización, la dominación, la enajenación de recursos y el no reconocimiento de los derechos humanos. Sin embargo, a comienzos del siglo XXI, muchos países de este continente comenzaron una etapa de crecimiento exponencial, donde se produjeron progresos significativos en la reducción de la pobreza y el desempleo, avances en la

distribución del ingreso y en las políticas sociales y un importante proceso de consolidación democrática y estabilidad macroeconómica (CEPAL, 2014).

Sin embargo, Boron (2006) sostiene que se han producido menos cambios de los que se esperaban, habiendo diferencias entre los distintos países, y, fundamentalmente, plantea que “en realidad lo que más ha cambiado en América Latina ha sido la retórica” (p. 23). En una línea similar y en un momento de mayor consolidación de este movimiento progresista en la región, Breilh (2012) dice que muchos de estos países que han devenido progresistas en la última década, no han logrado resolver las contradicciones actuales del sistema capitalista, y por lo tanto, siguen regidas por la lógica del mercado y de la acumulación del capital. Desde esta posición, las políticas hegemónicas tienden a favorecer la visión individualista frente a la construcción de modos de vivir colectivos.

En este contexto, las ciudades –especialmente, las de América Latina– se transforman, al decir de Boito y Espoz (2012), en ciudades coloniales, donde se evidencia cómo el capitalismo actual reconfigura su poder desde tramas urbanas segregacionistas y expulsivas. Las autoras sostienen que en el caso de la ciudad de Córdoba, se produce una distribución clasista de los cuerpos en el espacio, que se expresa, de un lado, en las ciudades-barrio, del otro, en los ‘countries’ y ‘condominios cerrados’; y, en el medio, en el ‘centro’ de la ciudad dispuesto en espectáculo para los habitantes de otras ciudades interpelados en tanto turistas/clientes.

La ciudad de Córdoba constituye la segunda ciudad más poblada de Argentina. Según el Censo Nacional de 2010 cuenta con una población de 1.329.604 habitantes y es la más extensa de su territorio provincial, alcanzando una superficie de 572 kilómetros cuadrados. Según datos de la Municipalidad de Córdoba, al año 2010 la superficie urbanizada bruta ascendía a 23.972 hectáreas y el área urbanizable a 2.419 hectáreas.

Córdoba constituye, al decir de Boito y Zanin (2014), uno de los escenarios productivos privilegiados a nivel nacional, dado que ha transitado un crecimiento exponencial en la industria transgénica de granos en el sector primario, en el sector automotor, software y energías alternativas en el sector industrial. Sin embargo, esta dinámica de producción, circulación y concentración de recursos se enlaza con un

proceso de fragmentación social, cuyo correlato es la segmentación y dislocación de los espacios.

Este proceso de fragmentación social se ha profundizado con la implementación de programas de viviendas por parte del Estado provincial, dado a que han contribuido a consolidar áreas homogéneas excluidas en la periferia urbana (Marengo y Elorza, 2014). Estos programas, específicamente el denominado “Nuevos Barrios: Mi casa, mi vida”, a pesar de haber sido presentados ante la ciudadanía como una política de inclusión, dicen Boito y Zanin (2014), han tenido como principal efecto una redistribución espacial que beneficia de manera contundente a sectores vinculados a actividades inmobiliarias, comerciales y turísticas.

En esas zonas de pobreza segregada se constata una escasa oferta de espacios verdes apropiados para el uso público y la ausencia de espacios deportivos, recreativos o de servicios (Tecco y Fernández, 2008), dificultando el acceso de la población a los contenidos físico-deportivos en el cotidiano. Por tal motivo, en la medida en que estos recursos sigan una distribución geográfica desigual dentro de la ciudad, aquellos sectores que pertenecen a estratos socioeconómicos más desfavorecidos y que están segregados dentro del espacio urbano tendrán menos posibilidad de alcanzar modos de vivir colectivos (Prieto, 2008).

Esta situación se agrava si consideramos que, cada vez más, los sectores populares son expulsados a la periferia de la ciudad y, por lo tanto, apartados de los servicios y equipamientos específicos. Justamente las personas que no pueden contar con las mínimas condiciones para la recreación en sus lugares de residencia y para quienes el transporte adicional, además de ser económicamente inviable, es muy desgastante. En ese proceso, encontramos cada vez menos lugares para los juegos infantiles o para el fútbol en la canchita, que sirvan como puntos de encuentro de las comunidades locales.

Pensando en las infancias y en el desarrollo de una cultura desde ellas, es importante la disponibilidad de espacios. Su ausencia, junto con otros factores, ha contribuido a la sustitución casi masiva por la producción cultural para la infancia, que, por buena que sea, no tiene condiciones de reemplazarla (Marcellino, 1996). Una de las consecuencias más negativas de este proceso es la disminución de las ocasiones de encuentro entre los niños y niñas, de los juegos colectivos, tan

importantes en el aprendizaje de la vida en grupo y en el desarrollo del sentimiento comunitario, a costa de un proceso de mercantilización de la recreación y sus componentes.

El propio espacio urbano se transforma en un bien económico con una valorización extrema de las áreas centrales y casi ninguna oportunidad espacial para la convivencia, para el ejercicio efectivo de las relaciones sociales. Los equipamientos urbanos para la recreación son, casi siempre, asumidos por la iniciativa privada que los ve como una mercadería más para atraer al consumidor.

Dentro del espacio urbano, es en el barrio donde desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas, de clase y de género, por lo que cada barrio significa una forma particular de organización social. En la interface de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada una. Los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determina el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad (Breilh, 2010a).

Desde esa perspectiva, pensar sobre la categoría espacial es pensar en una dimensión importante para la comprensión de esa realidad y de la recreación dentro de ella, si consideramos que, según Santos (2005), el espacio no es solo un escenario donde los actores sociales desarrollan sus acciones, sino que está formado por un conjunto indisoluble, solidario y contradictorio de sistemas de objetos y sistemas de acciones.

I.2. Pregunta de investigación

En esta Tesis doctoral, considerando que la recreación es un componente esencial de la salud y que, al mismo tiempo, una de las dimensiones centrales de la recreación es su espacialidad, se propone responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo se configuran las dimensiones físico-deportivas de la recreación en los niños y niñas que habitan en diversos barrios de la ciudad de

Córdoba, en términos de su espacialización, tanto en lo que se refiere a su configuración territorial o forma como a su dinámica social o contenido?

Se pretende abordar este objeto de estudio desde un enfoque multinivel, que constituye, al mismo tiempo, una herramienta analítica y un modelo teórico adecuado para el estudio de fenómenos complejos, dado que permite abordajes menos fragmentarios y más integrales, y por lo tanto, más apropiados para muchos de los objetos de estudio del campo socio-sanitario. Se fundamenta en reconocer que existen procesos o condiciones de tipo social o político que pueden afectar las situaciones o comportamientos individuales; aproximándose a una interpretación de los procesos sociales desde su complejidad (Krieger, 2002). Es decir, busca integrar los aspectos individuales y grupales, sociales y biológicos, en una interacción dinámica, histórica y ecológica, en vistas de poder explicar los mecanismos que producen iniquidades (Pellegrini-Filho, 2004).

La multiplicidad de dimensiones que forman el campo de la recreación y sus contenidos físico-deportivos y sus vinculaciones con las infancias en el contexto de la ciudad de Córdoba, hace de ésta un objeto de estudio complejo y opuesto al individualismo metodológico predominante en la investigación epidemiológica moderna. Por ello, se propone también un acercamiento desde una mirada cualitativa que aporte a una mayor comprensión del objeto de investigación.

I.3. Objetivos planteados

El objetivo general es analizar la configuración territorial y la dinámica social de las dimensiones físico-deportivas de la recreación en las infancias en edad escolar que habitan en diversos barrios del espacio urbano cordobés.

Como objetivos específicos se plantean:

- Definir las características socio-demográficas y del estilo de vida de los niños y niñas que asisten a escuelas primarias municipales de la ciudad y que habitan en diversos barrios de la ciudad.

- Describir la utilización físico-deportiva de distintos espacios recreativos disponibles en los barrios por parte de las/os niños/as que allí habitan.
- Conocer posibles vías de articulación entre algunas dimensiones de forma y contenido del espacio barrial, la utilización físico-deportiva de espacios públicos y la práctica físico-deportiva en general.
- Analizar la influencia de variables de distintos niveles de agregación (individual y barrial) sobre la utilización físico-deportiva de espacios públicos barriales y sobre la práctica físico-deportiva general de los niños y niñas.
- Reconocer los diferentes niveles de complejidad que median en la determinación social de la práctica físico-deportiva de las infancias y comprender los sentidos que son atribuidos a cada uno de ellos a partir de discursos recuperados de distintos actores vinculados a los niños y niñas que asisten a las escuelas municipales.

I.4. Estructura de la tesis

La presente tesis doctoral está estructurada en cinco capítulos. El primero corresponde a la Introducción. Allí se abordan las consideraciones teóricas generales sobre la problemática que intenta abordar esta tesis respecto del fenómeno de la recreación, en sus dimensiones físico-deportivas, en las infancias que habitan en diversos barrios de la ciudad de Córdoba. Finalmente, se plantean la pregunta de investigación y objetivos general y específicos, se define la estructura que tomará el documento de tesis y se desarrollan sus principales aportes al campo socio-sanitario. En el segundo capítulo de Marco Teórico, se profundizan las cuestiones teóricas introducidas en el capítulo precedente, intentando revelar las distintas vertientes de la problemática en cuestión, contextualizada en la región latinoamericana, con aportes de intelectuales regionales. Se inicia con un interrogante de tipo epistemológico en torno a las denominadas “ciencias de la salud”, para luego cuestionar la definición clásica de salud que nos permitirá incorporar a la recreación como dimensión trascendental de una salud transformadora. Luego, se abre una discusión respecto de la promoción de la salud y sus principales aliados: las ciudades saludables y el estilo

de vida activo, intentando desmitificar ciertas lógicas de pensamiento, conocimiento y acción. A partir de allí, se inicia un camino reflexivo que busca recuperar y construir una perspectiva crítica de la recreación de las infancias que se configura(n) en el espacio urbano latinoamericano.

El tercer capítulo aborda los aspectos metodológicos donde se detallan los aspectos técnicos desarrollados para el análisis integral de la problemática en cuestión. Se introduce el capítulo con una breve fundamentación de la decisión metodológica, y luego se hace una descripción detallada, definiendo el diseño del estudio y los análisis correspondientes. En el capítulo cuatro se muestran los resultados de la investigación, en sus distintas dimensiones de análisis. En principio, se presentan los resultados descriptivos que responden al primer y segundo objetivos específicos planteados respecto de las características de la población bajo estudio y de la utilización físico-deportiva de los espacios disponibles para la recreación en los distintos barrios donde habitan las infancias de la ciudad de Córdoba. Luego, se exhiben posibles vías de articulación entre algunas dimensiones de forma y contenido del espacio barrial, la utilización físico-deportiva de espacios públicos y las actividades físicas en general. A continuación se exponen los resultados del análisis multinivel sobre la influencia de variables de distintos niveles de agregación (individual y barrial) en torno a la utilización físico-deportiva de espacios públicos barriales y a la práctica físico-deportiva extra-escolar. Por último, se ofrece una mirada cualitativa incipiente en torno a los sentidos acerca de la recreación y el espacio barrial de distintos actores del barrio y escuela, desde las dimensiones individual, barrial y contextual.

Finalmente, en el quinto y último capítulo de la tesis se discuten los resultados expuestos en el apartado anterior a la luz de las referencias teóricas detalladas en la primera parte, intentando ofrecer una reflexión integral y crítica de la problemática abordada. Además, se expresan las principales conclusiones obtenidas, aportes para futuras investigaciones, implicancias para las políticas públicas y las reflexiones finales de este trabajo.

I.5. Principales aportes al campo socio-sanitario

Más allá del reconocimiento del lugar que ocupan las ciudades y los procesos de urbanización en el mundo actual, la complejidad de las diferentes configuraciones que éstas adquieren nos impone la investigación sobre sus implicaciones en las características de la vida urbana y en las condiciones de salud. Desde esta perspectiva, el reconocimiento de la salud como un fenómeno complejo implica necesariamente la inclusión del espacio y del territorio en las propuestas de investigación que anhelan una comprensión de las determinaciones sociales sobre la salud en las ciudades.

Además de ello, la complejidad que caracteriza a la propia salud también implica pensarla y analizarla desde los procesos que la componen, que son, al mismo tiempo, amplios y estrechos, plurales y singulares, colectivos e individuales. Contiene, en sus dicotomías, diversos modos de vivir, de trabajar, de habitar, de transitar, de alimentarnos y de recrearnos.

La recreación constituye un derecho de niños, niñas y adolescentes reconocido por el Estado Nacional en armonía con la CIDN. Sin embargo, estos derechos conquistados formalmente, pueden no ser materializados en la cotidianeidad. En este marco, partimos de la idea de que la recreación, en tanto dimensión de la cultura construida socialmente, se realiza a través de las formas del territorio. Esta intersección entre recreación-espacialidad/territorialidad nos obliga a pensarlas de manera integrada.

Entonces, la configuración de las prácticas físico-deportivas como contenidos (junto con otros) de la recreación de las infancias que habitan en la ciudad de Córdoba debe ser comprendida, desde los territorios donde acontecen. Esto implica el análisis de los objetos geográficos, naturales o artificiales, y su distribución en la ciudad. Así, este abordaje territorial permite, principalmente, concretizar dichas acciones y prácticas sociales, conduciendo al entendimiento diferenciado de los usos del territorio, de las acciones y de las formas geográficas que pueden construir contextos adecuados o vulnerables para la salud de los niños y las niñas que habitan en los distintos barrios de la ciudad.

Reconocer de qué manera se configura lo territorial y lo social de las dimensiones físico-deportivas de la recreación en las infancias que habitan en

diversos barrios del espacio urbano cordobés es un aporte valioso para el campo socio-sanitario en tanto contempla una mirada de la salud que no se restringe a la dimensión biológica e individual sino que se trabaja desde una dimensión colectiva, donde la salud se inserta en el territorio, en el barrio, y se construye desde las potencialidades y limitaciones que éste impone. Aquí, la salud es abordada desde las posibilidades de recreación, en sus dimensiones físico-deportivas, que tienen las infancias que habitan en estos espacios. En este sentido, constituye un enfoque novedoso que propone repensar la salud de las infancias desde su recreación en el territorio barrial.

Los aportes producidos a partir de esta Tesis constituyen un insumo importante a los fines de agregar conocimiento a las políticas públicas en tanto describen un escenario susceptible de una praxis que posibilita dimensionar y territorializar los problemas relacionados con la salud de las infancias, y no sólo describir un paisaje distante.

CAPÍTULO II. Marco Teórico

II.1. Recrear la salud desde una perspectiva ampliada y transformadora

II.1.1. La(s) ciencia(s) de la salud: qué ciencia(s) y qué salud

Las ciencias de la salud, al decir de Samaja (2004), a pesar de la gran variedad de sub-objetos que presentan, comparten un conjunto de categorías en común. Si bien estas categorías adquirieron diversas connotaciones a lo largo de la historia, poseen significados y significantes básicos que autorizan hablar de un mismo campo de prácticas humanas que, a su vez, comparten una misma historia aunque en cada configuración cultural se realiza de distintas maneras (Samaja, 2004).

Difícilmente exista, sostiene el mismo autor, algún campo de las ciencias contemporáneas que presente en su seno tal amplitud de concepciones múltiples y antagónicas acerca de su objeto y de sus métodos. Aunque este panorama contemporáneo se remonta a los albores de la medicina moderna cuando Paracelso (1493-1541) definía “cinco ciencias en medicina”. Esto demuestra que este dilema de las ciencias de la salud no es circunstancial sino que se encuentra instalado en el núcleo mismo de su objeto y, en consecuencia, de sus métodos posibles (Samaja, 2004). Conocer su recorrido histórico implica comprender lo que hoy es(son) la(s) “ciencia(s) de la salud”, reafirmando así a Mario Testa (1997) cuando decía que “una ciencia de la salud verdadera no puede ser otra cosa que una ciencia histórica” (p.77).

Finalmente, el epistemólogo concluye que al restringirnos a la definición clásica de Ciencia como “un saber con unidad de objeto y métodos”, podríamos concluir que no existe ninguna ciencia o ciencias de la salud, sino que deberíamos contemplar préstamos de conocimientos de diversas ciencias, para transferirlos a un campo de especulación y de prácticas valiosas, donde no caben aún acuerdos científicos. Es decir que las ciencias de la salud se ubican en una encrucijada de múltiples disciplinas y enfoques metodológicos que demandan su integración para la real comprensión de los hechos concretos (Samaja, 2004).

En la misma línea de reflexión, Minayo (2014) acuerda en que la realidad a ser abordada por el campo de la salud se presenta siempre como una totalidad que envuelve diferentes áreas de conocimiento y abarca la dinámica del mundo de la vida.

A lo largo de la historia, la humanidad fue elaborando diferentes concepciones de salud. Por un lado, de acuerdo con el grado de dominio sobre la naturaleza, sobre la realidad objetiva, con el modo hegemónico de interpretar la realidad en cada momento histórico; por el otro, de acuerdo con las necesidades presentadas a partir de los intereses dominantes en cada momento, con relación al funcionamiento del cuerpo para su uso (Albuquerque y Silva, 2014).

Un elemento central que caracteriza a la corriente de la medicina social-salud colectiva Latinoamericana es entender a la salud como un asunto de orden político, postura proveniente de los postulados de Virchow en el siglo XIX que comprendió la medicina como una ciencia social y que muchos latinoamericanos retomaron y profundizaron en la segunda mitad del siglo XX (Granda, 2003; Rosen, 2005).

Juan Cesar García (1994), uno de los argentinos pioneros del movimiento latinoamericano de medicina social, conceptualizó, desde una perspectiva marxista, a la salud como “el máximo desarrollo de las potencialidades del hombre, de acuerdo con el grado de avance obtenido por la sociedad en un período histórico determinado” (p. 60). Aquí, se destaca la posibilidad de apropiación de aquello que la humanidad produjo en un momento dado, lo cual hace referencia a: alimentos, vivienda, educación, medio ambiente, transporte, servicios de salud, recreación, entre otros.

En la misma línea de reflexión, el informe final de la VIII Conferencia Nacional de Salud de Brasil de 1986 definió a la salud desde una perspectiva de derecho y en su sentido más amplio e integral, como:

...la resultante de las condiciones de alimentación, vivienda, ingresos, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, recreación, libertad, acceso y tenencia de la tierra, y acceso a servicios de salud. Es, antes que todo, el resultado de las formas de organización social de la producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida (p. 4).

En Argentina, en un aula del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, se produjo un diálogo entre Jairnilson Silva Paim³ y Mario Testa (año 2010), donde el argentino hace referencia a un proyecto de Ley General de Salud que elaboró para ser discutido en la Cámara de Diputados y Senadores, diciendo que es un proyecto ambicioso por lo siguiente:

...lo que digo es lo siguiente: en realidad, si tuviéramos un Ministerio de Salud con una ley como esa, los otros ministerios sobran, porque entonces hay que ocuparse del trabajo, de la vivienda, de la economía, del transporte, del ocio, etc., etc. Es decir, si se hiciera salud en serio, no habría que hacer ninguna otra cosa más que eso, porque los determinantes sociales abarcan todo (p. 226).

A pesar de configurar un avance incuestionable tanto en el plano teórico como en el de las prácticas del campo de la salud, Czeresnia y Machado de Freitas (2009) consideran que esta conceptualización de la salud trae nuevos desafíos, dado que al considerar a la salud en su significado pleno, se está lidiando con algo tan amplio como la propia noción de vida. Por lo tanto, esta definición abarca desde acciones del ámbito estructural de un Estado hasta la singularidad y autonomía de los sujetos, por lo que no puede ser responsabilidad de un único campo de conocimiento y prácticas.

Así, la salud comienza a consolidarse como un proceso multidimensional inserto en la complejidad social y, al mismo tiempo, como un terreno de disputas, de lucha de ideas y con intereses sociales (des)encontrados.

Por lo tanto, y en consonancia con lo planteado por los intelectuales del movimiento de medicina social y salud colectiva de América Latina, los procesos de salud tienen una base estructural en los procesos sociales, políticos y económicos que reproducen las desigualdades sociales, de género, de etnia y mantienen el dominio ‘adultocéntrico’ por sobre los niños, niñas y adolescentes.

³ Profesor Titular en Políticas de Salud del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, Brasil.

II.1.2. ¿Factores determinantes o determinación social de la salud?

Desde hace aproximadamente veinte años existe una tendencia creciente de estudios que buscan comprobar relaciones entre salud y factores económicos, sociales, ambientales, etc., contrastando la producción científica del siglo XIX y la de gran parte del siglo XX, en la cual la salud era considerada solo una cuestión biológica e individual (Souza et al., 2013).

Las propuestas sobre la existencia y relevancia de estos factores/determinantes contextuales no son nuevas, sino que, tal como sostiene Menéndez (2011), parten de una histórica polémica entre concepciones que colocan el eje explicativo de la salud en su determinación social y otras que focalizan en comportamientos individuales. Estas dos tendencias, en palabras de Menéndez, conforman los límites donde se desarrollan las diversas propuestas teórico-prácticas desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad. El fin de la segunda guerra mundial, según el antropólogo, implicó un “doble descubrimiento” de las desigualdades sociales y su impacto en la salud. El primero tiene que ver con las situaciones políticas atravesadas por los países europeos que dieron pie al desarrollo del nazi-fascismo por un lado y del socialismo por el otro, como respuestas a las formas políticas dominantes, teniendo como principal núcleo ideológico la cuestión de las desigualdades al interior de los propios países europeos. El segundo descubrimiento que plantea el autor, refiere a la existencia de países desarrollados y subdesarrollados, con enormes diferencias entre ellos, aunque principalmente a aquellas vinculadas a la salud: por ejemplo, la esperanza de vida de un ciudadano inglés duplicaba la de un nativo de algunas colonias africanas británicas.

Estos descubrimientos dieron origen, en las décadas de 1960-1970, al desarrollo de investigaciones y acciones de la denominada Medicina Social, con el objetivo de analizar el paralelismo entre procesos económico-políticos y procesos de salud en América Latina. La Medicina Social, con Asa Cristina Laurell como una de sus principales exponentes, así como la Salud Colectiva brasilera, constituyen unos de los mejores ejemplos, a nivel internacional, de los aportes que puede hacer el análisis marxista en cuestiones de salud (Castro, 2010). En este marco, buscan explicar cómo es que se producen las diferencias en la salud de distintas clases sociales, géneros y etnias a partir de cuestiones que son inherentes a la sociedad

capitalista: división del trabajo, de propiedad y de poder. Otro punto central del marco teórico latinoamericano tiene que ver con el conflicto que se da al interior de las sociedades entre las clases dominantes y dominadas, lo que produce una distribución desigual de los procesos de salud y enfermedad, así como también de las respuestas sociales.

Luego, desde la década de los ochenta, con la consolidación de los regímenes neoliberales en América Latina, reaparecen las concepciones que colocan el foco en el individuo frente a las estructuras sociales, surgiendo así el concepto de “estilo de vida” como central (Menéndez, 2011), que permanece estoico hasta nuestros días. Durante estas décadas neoliberales se produjo un incremento de la pobreza, de la desocupación, del trabajo informal, que profundizaron las desigualdades socioeconómicas que acabaron convirtiendo a América Latina en la región más desigual del planeta.

Desde comienzos del siglo XXI, se produce una recuperación, aunque transformada, de las ideas progresistas de las décadas del 60 y 70 a través de la incorporación de una perspectiva sobre los “determinantes de la salud”, con una acción notoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el año 2005, se crea la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) con el objetivo de “ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables”. La OMS (2005) define a los DSS como:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

A pesar de reconocerse como un importante avance el dar visibilidad e importancia a “lo social” en la producción de salud y enfermedad, la concepción sobre DSS es limitada. Según Breilh (2013), los DSS representan un paradigma de transición crítica porque se abre a lo estructural, rompiendo con la visión más acotada de la epidemiología convencional, sin lograr un cambio de paradigma dado que convierte las estructuras sociales en variables y no en categorías analíticas del proceso histórico de acumulación. Es decir que, en términos de Almeida-Filho (2000), lo que se designa como DSS son simples “factores sociales” que son tratados como “factores de riesgo” que reproducen las limitaciones del paradigma dominante

en la salud pública y la epidemiología, dado que fragmentan la realidad en factores aislados y a-históricos.

Desde esta mirada, el Taller Latinoamericano sobre los Determinantes Sociales de la Salud desarrollado por Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES, 2007) acordó en que el marco conceptual de la Comisión por los DSS de la OMS está basado en la sociología funcionalista, la cual sostiene que la estratificación socioeconómica de los distintos grupos sociales deriva de la relación entre escolaridad, ocupación e ingresos. Entonces, uno de los principales puntos que definiría a la justicia social es que la sociedad brinde por igual una buena educación que garantice mejores empleos y, por tanto, mayores ingresos que permitan contar con mejores condiciones materiales y, finalmente, mejor salud.

Este modelo de carácter funcionalista se contrapone a las construcciones desarrolladas por los movimientos de salud latinoamericanos, en los que se establece una “articulación entre la crítica de lo que la sociedad es, las formas en las que produce o anula la salud y las formas en las que le brota desde dentro la defensa de la salud y la lucha por una sociedad mejor, sin la explotación y el despojo propios de la sociedad capitalista” (p. 7). Mientras que para el enfoque de la OMS, el ámbito privilegiado para lograr las transformaciones son las políticas de Estado y la promoción de culturas y valores sociales, para favorecer mejor educación, ocupación e ingreso, que repercutirán en mejoras en las condiciones materiales y por tanto en la salud (ALAMES, 2007).

Por lo tanto, los DSS se convierten en meras expresiones de la “cuestión social”, y, por ello, el énfasis del estudio científico en busca de la salud más allá de los aspectos biológicos, debería centrarse sobre su raíz material como la disparadora de los problemas sociales enfrentados por la clase trabajadora, en sus diversas implicaciones para la salud (Souza et al., 2013).

Lo anterior muestra que la perspectiva de los DSS desconoce la base material de las desigualdades sociales y de salud en la ley general de acumulación capitalista (Pimentel, 2012). Es decir, tenemos allí la determinación esencial de la problemática de la salud que no puede ser resuelta con propuestas de reducción de las brechas sociales y sanitarias y simultáneamente con la defensa de la economía de mercado, tal como lo hace la OMS (Souza et al., 2013; Arellano et al., 2008).

II.1.3. Más allá de las desigualdades sociales en salud

En la primera década del siglo XXI, en varios países de América Latina se recuperó la intervención del Estado en las diversas esferas de la vida social. Esto fue el fruto de la unión de intereses de países como Venezuela, Brasil, Argentina, Bolivia, Uruguay y Ecuador, a los que luego se sumaron otros, revirtiendo la lógica instalada desde el Consenso de Washington: se necesitaba más Estado y más gobierno. Tal como sostiene Spinelli (2012), más allá de los indiscutibles logros y avances alcanzados en estos países y en la región, los proyectos políticos de sus gobernantes presentan grandes dificultades para realizarse: por un lado, enfrentan intereses muy importantes y, por otro, tienen bajas capacidades de gobierno institucionales y personales, las que pueden actuar de manera sinérgica o aislada.

En consonancia con ello, Breilh (2012) afirma que muchos de estos países que han devenido “progresistas” en la última década, no han logrado enfrentarse a esos grandes intereses que menciona Spinelli, por lo que aún convivimos con las contradicciones actuales del sistema capitalista, y por lo tanto, continuamos bajo la lógica del mercado y la acumulación del capital.

En los últimos años, la investigación sobre las desigualdades e inequidades en salud ha aumentado exponencialmente, tanto en América Latina como en el resto del mundo, sin embargo, esta situación no ha sido acompañada de un correspondiente avance en la utilización de ese conocimiento para la definición de políticas de salud en la región (Pellegrini Filho, 2004).

A pesar de este crecimiento exponencial, aún se encuentran dificultades a la hora de definir y distinguir ambos conceptos, dado que muchas veces son utilizadas como sinónimos o con distinciones superficiales. Según Breilh (2012), la desigualdad es una expresión observable típica y grupal de la inequidad; expresa un contraste de una característica o medida producida por la inequidad. Esta distinción es entonces muy importante porque si nos quedáramos en el nivel de la desigualdad, estaríamos desviando nuestra mirada a los efectos que se provocan, en lugar de enfocar en sus determinaciones. Tal como sostiene el epidemiólogo ecuatoriano, “para impulsar la construcción de un mundo distinto no es suficiente con describir las desigualdades sociales y de salud, sino que es indispensable poner al descubierto las raíces de esas desigualdades” (p. 5).

La epidemiología encuentra limitaciones para explicar las raíces de las desigualdades sociales en salud e incluso su persistencia en las sociedades industrializadas. De hecho, el estudio de las desigualdades en salud implica la adopción de un marco teórico capaz de relacionar esas diferencias con los procesos a través de los cuales el espacio social es constituido y reproducido tanto en la esfera económica como en la social, simbólica y cultural (Vieira-da-Silva y Almeida-Filho, 2009).

En coincidencia con las definiciones de Breilh, Almeida-Filho (2009), epidemiólogo brasileño, afirma que las desigualdades en salud, pueden expresarse en indicadores demográficos o epidemiológicos como “evidencia empírica de las diferencias” en el estado de salud y en el acceso o uso de recursos asistenciales. Por otro lado, las desigualdades en salud determinadas por aquellas situaciones relacionadas a los ingresos, la educación y la clase social, son producto de la injusticia social. En la medida en que adquieren sentido en el campo político como producto de los conflictos relacionados con la distribución de la riqueza en la sociedad, deben ser consideradas como inequidades en salud. Por su parte, las inequidades en salud que, más que evitables e injustas, son vergonzosas, indignas y nos despiertan sentimientos de aversión, conforman iniquidades en salud.

Es importante explorar el impacto de las desigualdades en la calidad de vida y en las condiciones de salud de los sujetos. Teóricamente, hablamos de la necesidad de un abordaje de las relaciones entre modo de vida y salud. En términos de Testa (1997), esto significa focalizar en las prácticas de la vida diaria y, en ellas, el efecto de la distribución desigual de los determinantes de la salud-enfermedad-cuidado.

Buss y Pellegrini-Filho (2007) sostienen que las desigualdades sociales entre clases son las que poseen mayor determinación en el proceso de salud-enfermedad, principalmente en la producción de las inequidades en salud. Según los autores, se pueden identificar tres generaciones de estudios sobre inequidades en salud: la primera busca describir las relaciones entre pobreza y salud; la segunda estudia el gradiente de salud de acuerdo con varios criterios de estratificación socioeconómica; y la tercera y actual intenta investigar los mecanismos de producción de las inequidades en salud. Así, existen diversos abordajes metodológicos que intentan explicar los mecanismos que producen las iniquidades, por ejemplo: 1) el enfoque en los aspectos físicos y materiales, considerando que las diferencias de ingresos

influyen sobre la salud debido a la escases de recursos de los sujetos y a la falta de infraestructura comunitaria; 2) el enfoque en los aspectos psicosociales, que tiene en cuenta la percepción que los sujetos tienen sobre las desigualdades sociales, a partir de sus diferentes experiencias; 3) el enfoque de los múltiples niveles, que busca integrar los aspectos individuales y grupales, en una interacción dinámica, histórica y ecológica; y 4) el enfoque que algunos denominan del “capital social”, que busca analizar las relaciones entre la salud de las poblaciones, las desigualdades en las condiciones de vida y el proceso de asociación entre individuos y grupos.

Luego de estas reflexiones acerca de los conceptos de (des)igualdad, (in)equidad e (in)iquidad, resulta interesante retomar la pregunta que se hace Spinelli (2005): ¿se puede hablar de disminuir inequidades y desigualdades en sectores que están excluidos socialmente? El autor sostiene que las políticas de equidad buscan la reducción de la brecha existente entre ricos y pobres en una sociedad, es decir, ambos son reconocidos por el Estado, tienen identidad aunque ejercen de manera diferenciada la ciudadanía. Sin embargo, existen sectores cuyos derechos de ciudadanía son negados, tienen impedido el goce de los derechos civiles, políticos y sociales que hacen a la inclusión en una comunidad sociopolítica: allí surge la condición de exclusión social. En palabras de Fleury (1999; p. 6) “esta fractura sociopolítica impide la constitución de la dimensión nacional, entendida como pertenencia de los individuos residentes en un territorio, subordinados a un mismo poder, a un orden simbólico, económico y político común”.

II.1.4. La promoción de la salud y el intento de abordar los Determinantes Sociales de la Salud

En la década del '70, surgieron nuevas propuestas sobre el pensar y el hacer salud como reflejo de distintos factores, entre los cuales cabe destacar la constatación de los límites del modelo biomédico hegemónico, los altos costos de la medicina curativa y un clima social y político de valorización de temas como la autoayuda y el control individual sobre la salud (Westphal, 2000).

Así, surge fuertemente el concepto moderno de Promoción de la Salud (PS), aunque encontramos indicios en la década del 30, cuando Sigerist define a la PS

como una de las cuatro tareas esenciales de la medicina, afirmando que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso” (Buss, 2000).

Se pueden identificar, según Buss (2000), dos grupos de conceptualizaciones sobre PS: el primero sostiene que la PS consiste en actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos individuales, focalizando en los estilos de vida; y el segundo grupo rescata el papel protagonista de los determinantes generales sobre las condiciones de salud, entre los que se destacan la alimentación y nutrición, la vivienda, el saneamiento, las condiciones de trabajo, la educación, el ambiente físico, el apoyo social, etc.

La concepción moderna de la PS recupera, con un nuevo discurso, el pensamiento médico-social del siglo XIX, expresado en las obras de autores como Virchow, Villermée, Chadwick, entre otros, afirmando las relaciones entre salud y condiciones de vida (Czerezenia y Machado de Freitas, 2009).

Esta perspectiva moderna de la PS fue institucionalmente consagrada en el Informe de Lalonde publicado en Canadá en 1974. A través de este informe, el Ministerio de Bienestar y Salud buscó elaborar un fundamento conceptual sobre la salud proponiendo el concepto de “campo de la salud” interrelacionando cuatro factores explicativos: ambiente (natural y social), estilo de vida (comportamiento individual que afecta a la salud), biología humana (genética y función humana) y organización de los servicios de salud.

Este abordaje ampliado sobre la salud fue, tal como apunta Carvalho (2008), paradójicamente negado al interior del Informe Lalonde dado que al delinear estrategias de acción, enfatiza la importancia de los elementos vinculados al grupo “estilo de vida” y, de un modo secundario, las causas vinculadas a los demás factores. En él se afirma la necesidad de reducir los “riesgos autoimpuestos” y reafirma que “cuando estos riesgos resultan en enfermedad o muerte, el estilo de vida de la víctima se puede decir que ha contribuido a, o causado, su propia enfermedad o muerte” (p. 32).

Así, se inician intervenciones sobre los “estilos de vida”, priorizando áreas como tabaquismo, uso de drogas y alcohol, hábitos alimentarios, privilegiando las prácticas educativas con el fin de alterar la exposición a los “riesgos autoimpuestos” por los individuos. Estas estrategias, según Carvalho (2008 y 2004), han tenido

efectos positivos sobre la adopción de estilos de vida más saludables de los grupos sociales mejor posicionados en la estructura social, aunque un impacto menor y hasta negativo en los sectores marginales.

Para algunos críticos, el Informe formuló pocas recomendaciones que obligaran al gobierno canadiense a modificar los determinantes estructurales de la situación precaria de salud de algunos grupos de población, así como las investigaciones epidemiológicas e intervenciones se centraron en los cambios de comportamiento individual y poco en su estrategia poblacional (Restrepo, 2001).

Para hacer frente a las críticas, en el año 1986 se desarrolló el proyecto denominado por algunos "Nueva Promoción de la Salud" en el marco de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa en Canadá, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, que reunió a 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, el documento más importante para el marco de referencia de la PS, dado que sentó sus bases doctrinarias que fueron posteriormente profundizadas en las cuatro Conferencias Internacionales de PS que se realizaron hasta el año 2000 (Restrepo, 2001; Carvalho, 2008).

Los elementos principales de esta nueva concepción fueron: la constitución de políticas públicas saludables, la creación de ambientes saludables, la reorientación de los servicios de salud, el desarrollo de capacidades individuales, y el fortalecimiento de las acciones comunitarias. Así, la PS queda definida a partir de la Carta de Ottawa (1986), como:

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

La Nueva PS sugiere que todas las políticas públicas expliciten el compromiso por la salud de la población. Para traducir esa idea se adoptó el término "Políticas Públicas Saludables", estrategia que tiene como objetivo incluir la salud en la agenda de todos los sectores. Congruentemente con un abordaje socioecológico, la

corriente propone la creación de ambientes favorables para la salud que permitan la armonía en las relaciones entre los seres humanos y el ambiente (Carvalho, 2008).

Sin embargo, el movimiento de PS enmarcado en las directrices de la Carta de Ottawa, coincidió cronológicamente con el desmantelamiento de las políticas de salud y bienestar ante el retroceso de la socialdemocracia en Europa, que limitó su expansión, incluso en los países desarrollados. Por este motivo, se repite lo sucedido luego del Informe Lalonde, y las estrategias vuelven a focalizarse en generar cambios de comportamientos individuales y poco en la política poblacional (Nogueira, 2003).

Paradójicamente, apunta Carvalho (2008), la PS puede justificar políticas socialmente conservadoras dado que sus fundamentos básicos pueden estar en total acuerdo con el carácter progresista, democrático y humanitario de los nuevos movimientos sociales y, al mismo tiempo, con los valores de la democracia liberal de las sociedades en las cuales muchos de estos movimientos surgieron.

Siguiendo los valores de una democracia liberal, enfocada en la responsabilización del individuo, Castiel y Álvarez-Dardet (2007), afirman que la PS hegemónica se convierte en una política persecutoria de neohigiene, de fuerte contenido moral, que obliga a mantenernos bajo la economía globalizada del mundo racional de la productividad, de la generación de riquezas y del consumo.

Esta afirmación es aún más válida para los países denominados emergentes, periféricos o subdesarrollados que presentan un contexto social caracterizado por la concentración de riquezas y con carencias sociales acumuladas a lo largo de la historia. Por ello, en América Latina se necesita de una política pública en salud que busque la emancipación social, el desarrollo del pensamiento crítico y la superación de las estructuras institucionales e ideológicas de opresión (Carvalho, 2008).

II.1.4.1. El movimiento de ciudades saludables en el marco de la Promoción de la Salud

Este movimiento fue introducido por la OMS en el año 1987 en Europa con la finalidad de aplicar la PS a los problemas y entornos locales, y por lo tanto, operacionalizar la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”.

A partir de 1991, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa la estrategia en América, denominándola “Municipios Saludables”. Dicha estrategia “enmarca varias actividades, como el establecimiento de políticas, la participación y gestión comunitarias, la creación de entornos favorables y la reorientación de los servicios de salud en beneficio de todos sus habitantes” (Alessandro, 2003, p. 39).

El Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) comienza a introducirse en Argentina a partir del año 2001, luego de la conformación de la Red Argentina de MCCS. En el año 2003, la Red se institucionaliza en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación con la creación de la Coordinación Operativa mediante Resolución Ministerial. Luego, como consecuencia de la profundización de las acciones de PS, se crea en el 2008 el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

El Programa se constituye en la plataforma para la construcción de una política de Estado que busca disminuir las inequidades en salud, afrontando los determinantes de la salud desde las particularidades y potencialidades de cada espacio territorial⁴.

Entre sus objetivos se destacan: 1) el abordaje integral de los determinantes de la salud en sus dimensiones sistema y servicios de salud, modos de vida, socioeconómicos y salud ambiental; 2) el desarrollo y fortalecimiento del trabajo intersectorial e interjurisdiccional; y 3) el desarrollo de capacidades institucionales de los municipios y comunidades para la gestión en salud (Tobar y Anigstein, 2011).

En el año 2008 fue llevada a cabo una encuesta regional para evaluar el desempeño de la iniciativa y generar insumos para lograr un reposicionamiento de la misma. Dentro de los resultados se puede observar que la mayoría de las estrategias implementadas se correspondieron con el área de desarrollo de conductas y estilos de vida saludables relacionadas mayormente con la alimentación y la actividad física. Mientras que las estrategias vinculadas al área de implementación de políticas públicas saludables por parte de la gestión municipal como el mejoramiento del desarrollo urbano (accesibilidad y amigabilidad de los espacios públicos, por ejemplo) aparecieron entre los temas menos desarrollados (Meresman, 2008).

⁴ Coordinación del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos estratégicos para la gestión 2008/2011.

Tal como lo demuestran los resultados de la encuesta regional, la lógica que continúa guiando la PS, desde la estrategia de MCCA como una de sus principales exponentes, es aquella que se intentó evitar aunque siempre sin éxito. La PS hegemónica continúa bajo la órbita del capitalismo globalizado neoliberal con sus cánones relativos a la libertad de elección de un sujeto autónomo y responsable capaz de establecer relaciones de costo/beneficio en sus acciones e intercambios cotidianos. Esta perspectiva de entendimiento de la realidad social deja por fuera toda explicación relativa al contexto macroestructural que condiciona dichas acciones, a pesar de encontrarse incluida dentro de las directrices de la PS y, específicamente, dentro del propio movimiento MCCA (Castiel, Ferreira y Moraes, 2014).

II.1.4.2. La hegemonía de la vida activa como promotora de salud

El paradigma de la PS hegemónica acabó por colocar a la actividad física, como poseedora de una capacidad salutogénica indiscutida. La relación actividad física y salud ha sido ampliamente estudiada y encuentra sus orígenes en épocas remotas, es decir, sus inicios se ubican más allá del surgimiento de la PS. Ahora bien, ¿cuáles son las lógicas que se encuentran por detrás de esta relación/afirmación?

La expresión “actividad física” es definida tradicionalmente como cualquier movimiento corporal que resulta en un aumento del gasto energético por encima de los niveles de reposo. Según la OMS⁵, la actividad física abarca distintas actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. Sin embargo, la actividad física constituye, además, una práctica corporal en la que el movimiento es una forma de manifestación o expresión de intereses, necesidades y deseos de los sujetos. Por lo tanto, trasciende la dimensión física porque hay valores, sentidos y significados para cada una de las acciones (Carvalho y Freitas, 2006).

Generalmente, cuando se hace referencia a la relación entre salud y actividad física se logran identificar, según Peres y Melo (2009), dos escenarios posibles: el primero, parte de una concepción que queda restringida a una perspectiva fisiológica

⁵ Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

y/o psicológica en que las actividades físicas en general son las principales “armas” en el combate del sedentarismo. Su objetivo principal es modificar hábitos a partir de la promoción de “estilos de vida saludables o activos”. El segundo escenario apunta al desarrollo de valores y normas con carácter “disciplinador”, “formador” y hasta “civilizador”. Por lo general, el foco de este tipo de políticas son los jóvenes que viven en zonas caratuladas como pobres, violentas y peligrosas con el fin de ocupar de forma “saludable” y “útil” su tiempo libre. Ambos escenarios contienen una visión de esencialidad, como si las actividades físicas fueran en sí mismas portadoras de un don inmanente.

Pensando a la actividad física desde estas perspectivas es que su promoción se convirtió en una de las herramientas más importantes de la PS para la obtención de estilos de vida saludables, no sólo porque combate los males económico-sanitarios atribuidos al sedentarismo, sino también porque, según sus promotores, a través de ella se lograría alcanzar y modificar otros comportamientos de riesgo.

Además de los reconocidos beneficios fisiológicos (control de peso, aptitud cardiorrespiratoria, equilibrio de la presión arterial, incremento de la densidad ósea, etc.) y psicológicos (reducción del estrés, aumento de la autoestima, disminución de la depresión, etc.), la actividad física puede influenciar positivamente las elecciones individuales relacionadas al tabaco, uso de alcohol y drogas, alimentación, prácticas sexuales, además de contribuir a la disminución de los índices de violencia, deserción escolar, problemas familiares, calidad del aire, etc.

Según la OMS⁶, entre los efectos beneficiosos de la actividad física en los jóvenes se destacan:

El desarrollo de un aparato locomotor sano, un sistema cardiovascular sano, el control del sistema neuromuscular, el mantenimiento de un peso corporal saludable. La actividad física se ha asociado también a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes, gracias a un mejor control de la ansiedad y la depresión. Asimismo, puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración. También se ha sugerido que los jóvenes activos pueden adoptar con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tienen mejor rendimiento escolar.

Así, la multiplicidad de beneficios que caracteriza a la actividad física, provoca que no solo sea un medio de obtención de cierta aptitud física sino que se

⁶ Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/

transforme en el más eficiente mecanismo de PS. Por lo tanto, según Fraga (2005), constituye uno de los medios más económicos de poner en práctica uno de los principios fundamentales de la PS contemporánea: “capacitar a las personas/grupos para que puedan tomar decisiones acertadas para vivir vidas saludables y ser multiplicadores de esas elecciones en su familia y comunidad”.

En contraposición a ello, la actividad física no puede ser reducida a una simple decisión individual, sino que, como afirma Breilh (2004), la dimensión físico-deportiva de la vida está determinada por los procesos generales de la sociedad que la convierten en un producto del mercado con la complicidad de las políticas e instituciones y la contribución de patrones culturales alienantes; por los modos de vida colectivos de las distintas clases y grupos sociales, con sus modos inevitables de trabajar, sus patrones de consumo y recreativos, sus condiciones espaciales; y finalmente, por los procesos individuales con los estilos de vida posibles y las condiciones individuales, tanto biológicas como psicológicas.

Desde esta mirada, Vicente Pedraz (2006) defiende la idea de que la relación incuestionable que se ha establecido entre la actividad física y la salud constituye uno de los exponentes de la colonización normalizadora a la que las sociedades de consumo someten a los individuos a través de los innúmeros aparatos ideológicos y políticos de control de los que están dotados. En este caso, la colonización normalizadora biologicista por intermedio de la inculcación de las formas culturales y de socialización médicamente controladas y físicamente orientadas.

Finalmente, la asociación entre actividad física y PS queda restringida a una forma de ocupación activa del cuerpo en el tiempo de no-trabajo/no-escuela (vida activa), teniendo como consecuencia la despolitización de ambos conceptos; la responsabilización de los sujetos es la perpetuación de una gran paradoja: mientras pocos pueden disfrutar de diferentes posibilidades y opciones, una gran parte de la población es obligada, a lo sumo, a conformarse con una actividad física precaria.

II.2 Recreación: ¿antídoto o derecho social?

II.2.1. Concepciones sobre recreación: ¿hay otra recreación posible?

La palabra recreación deriva del latín *recreatio* que significa “restauración, recuperación”. Etimológicamente, la palabra significaría “volver a crear”. Es una categoría sociohistórica cargada de diferentes connotaciones, como consecuencia de las diferentes representaciones que ha tenido en el devenir histórico y en las diferentes posiciones epistemológicas que la atraviesan como objeto de estudio.

La mayoría de las ideas conceptualizadas y difundidas en América Latina sobre recreación fueron formulados en otros contextos, por lo que, en general, resultan insuficientes y en muchos casos inapropiados para la singularidad y diversidad cultural existente en las realidades latinoamericanas. Por lo tanto, son perspectivas que no necesariamente están centradas en las problemáticas, contradicciones y potencialidades propias de la región sino que han logrado instituir un modelo único y homogeneizante con claros rasgos de exclusión y fragmentación social, así como variadas formas de pobreza (Elizalde y Gomes, 2010).

La primera aclaración a realizar es que la recreación es una práctica social asociada al desarrollo de la sociedad urbano-industrial. Surge originalmente como medio de identificación y diferenciación de clase, y como estrategia de control y disciplinamiento sobre el tiempo libre de los trabajadores. Hoy en día, ya sea como oportunidad de descanso para la recuperación de la fuerza de trabajo o como un tiempo para el consumo fetichizado de mercaderías, es funcional al sistema capitalista de las sociedades modernas. Lo que llamamos tiempo libre corresponde entonces a un tiempo derivado de las tensiones generadas por la relación capital-trabajo, resultado de la conquista de los trabajadores por la reducción de la jornada laboral (Custodio et al., 2009).

La recreación, junto con la salud, la educación, el transporte, el trabajo, entre otros, constituyen derechos sociales. Los derechos sociales, tal como apunta Bobbio (citado por Fleury, 2004), son históricos y no naturalmente fundados, tratándose de exigencias que se concretizan en la demanda de una intervención pública, pudiendo ser satisfechos solamente en un determinado nivel de desarrollo económico y

tecnológico. Por lo tanto, están sujetos a retrocesos como consecuencia de los planes recesivos de ajuste económico.

Dentro de estos retrocesos, o bien permanente meseta, se ubica la actual concepción de la recreación como objeto de un proceso de mercantilización, subordinado a la lógica de producción y reproducción del capital: la reducción, expropiación y alienación al consumo siguiendo los criterios del mercado y de una dictadura globalizada que nivela para abajo las ofertas de la industria cultura que ayudan a matar el tiempo. Así, al tiempo en que el mercado se convierte en el lugar común de la recreación en paralelo a una industria cultural globalizada que se encarga de decir cómo debe ser una buena recreación, pareciera ser que ninguna otra forma de recreación fuera posible. Por lo tanto, asumir un proyecto de “otra recreación” significa asumir el proyecto histórico de “otra sociedad” (Mascarenhas, 2005).

Este llamado a “otra recreación” debe suponer, al decir de Suárez (2009), una transformación para quienes la practican, donde la experiencia recreativa suponga un desanclaje témporo-espacial de las rutinas cotidianas, con el sentido y la finalidad del goce y el placer en la práctica individual o social, que mejore algún aspecto de la calidad de vida del sujeto y que, a la vez, le aporte a un desarrollo personal.

Desde una perspectiva marxista, Mascarenhas (2001) (citado por Gomes, 2004) define a la recreación como “un fenómeno típicamente moderno, resultante de las tensiones entre capital y trabajo, que se materializa como un tiempo y espacio de vivencias lúdicas, lugar de organización de la cultura, atravesado por relaciones de hegemonía” (p. 92). Estas tensiones planteadas por el autor admiten un cuestionamiento sobre la sociedad capitalista, creadora de un trabajo/escuela que cansa, aliena y fastidia, que no puede encontrar soluciones a esos problemas con una concepción de recreación construida bajo esa misma lógica totalizadora del capital, que transforma todo en mercadería a ser producida, vendida y comprada.

En términos de Quijano (2014), el orden cultural aparece como estructura de dominación-conflicto, así, encontramos en las ciudades una “cultura urbana dependiente” o “cultura dominante” formada por modelos y elementos procedentes de las metrópolis externas dominantes, que compite con una “cultura urbana popular” formada a partir de modelos y elementos llegados con la migración rural o

urbana tradicional, menos estructurada y menos influyente en la sociedad, y que forma la “subcultura urbana dominada” (p. 673).

Al decir de Gomes (2004), la recreación es una dimensión de la cultura construida socialmente a partir de cuatro elementos interrelacionados: tiempo, espacio-lugar, manifestaciones culturales y acciones (o actitudes). Por lo tanto, no debe reducirse a un fenómeno aislado o a una mera actividad o experiencia sino que responde a las mismas lógicas que atraviesan la vida de los seres humanos, siendo un fenómeno complejo, permeado por conflictos, tensiones y contradicciones (Osorio Correa, 2015).

Así, las distintas actividades físicas vivenciadas lúdicamente en un tiempo-espacio social, constituyen manifestaciones culturales de la recreación, pudiendo presentarse como juegos, danzas, deportes, gimnasia, prácticas corporales en la naturaleza, movimientos de la vida cotidiana, movimientos-tareas del mundo del trabajo, etc. Por lo tanto, si visualizamos a la recreación, en sus diversas dimensiones posibles, como un campo fértil para desarrollar acciones comprometidas con superar los límites de la pasividad y el conformismo que marcan nuestra existencia, hacia iniciativas tendientes a la movilización e involucramiento social y político, podemos delinear una recreación transformadora y emancipadora (Gomes, 2014).

II.2.2. Devenir histórico de las políticas públicas vinculadas a la práctica físico-deportiva y a la recreación en Argentina

Para poder entender las diversas visiones históricas sobre cómo se construyen las ideas sobre la práctica físico-deportiva y la recreación en Argentina, es conveniente realizar un breve recorrido por la historia de las políticas públicas en dicha temática en las últimas décadas. Se toma como principal referencia el documento elaborado por el Observatorio de Políticas Públicas⁷, incluyendo también otros/as autores que abordaron esta cuestión.

Como punto de partida será tomado el año 1946 por ser la primera vez en la historia de nuestra nación donde el deporte y la recreación son considerados una

⁷ Documento disponible en:
http://www.sgp.gov.ar/contenidos/ag/paginas/opp/docs/2011/04_OPP_2011_DEPORTES.pdf

cuestión de Estado. Durante el gobierno peronista, se toma la decisión política de ampliar los derechos de la ciudadanía: la reducción de la jornada laboral, las vacaciones pagas y el pleno empleo, implicaron la posibilidad objetiva para el esparcimiento cultural popular, permitiendo repensar el modo de apropiación del tiempo libre (Recalde, 2012; Suárez, 2009).

De esta manera, se implementó una gestión cultural centrada en la democratización del acceso y la promoción del arte y la cultura nacional. Así, el consumo que adquiere relevancia es el vinculado a la recreación, que se manifiesta principalmente en la concurrencia al cine, la práctica deportiva y el turismo social, que permite el acceso de las clases menos pudientes (Recalde, 2012; Suárez, 2009).

En esta época la inversión pública en deporte fue notoria: se privilegió la construcción de obras de infraestructura y se brindó apoyo masivo a las disciplinas deportivas en todos sus niveles, lo que se vio plasmado en relevantes logros obtenidos durante esa época en el deporte, tanto a nivel local como internacional. Se cedieron terrenos fiscales para la construcción de numerosos clubes barriales y centros deportivos a lo largo y a lo ancho del país. En 1948 se inicia la historia de los “Juegos Nacionales Evita”, con la iniciativa de Ramón Carrillo y el empuje de Eva Perón, dando lugar a los primeros campeonatos infantiles de fútbol, constituyéndose en el primer antecedente histórico de Deporte Social masivo en América.

A fines de 1955, con Aramburu, Argentina entró de nuevo en la dependencia colonial a través de una dictadura militar. Durante los 18 años que mediaron entre dos gobiernos peronistas, se pudo observar un paulatino y creciente abandono del apoyo brindado por el Estado al deporte y la recreación con una notoria carencia de políticas en tal sentido, desandando de esta forma el promisorio camino trazado en la etapa anterior. Si bien entre períodos de gobiernos militares de facto hubo gobiernos electos democráticamente, no tenían al deporte y la recreación como prioritarios en sus políticas públicas.

Con la vuelta del peronismo, se aprueba en 1974 por unanimidad la primera y única ley que ha tenido el deporte (N° 20.655), convirtiéndose en pieza fundamental de un proyecto global tendiente a lograr el desarrollo sostenido del deporte argentino, pero no pudo llegar a concretarse debido a que el breve período democrático fue interrumpido nuevamente por un golpe militar.

El período que va de 1976 hacia 1982 constituye, sin dudas, uno de los períodos más sombríos de nuestra historia nacional. El país sufrió una involución en la mayoría de los aspectos de su entramado social, entre ellos, el cultural-recreativo-deportivo, que dentro de este contexto sólo logró sobrevivir. La dictadura militar prohibió algunas prácticas (como correr por las calles), condicionando lo que se podía o no se podía hacer en las expresiones deportivas, en un contexto de censuras e intimidaciones. En el campo de la recreación, las políticas tenían una dirección y un sentido: entretener a las masas, despolitizarlas y contribuir a la formación de sujetos acríticos e irreflexivos (Suárez, 2009).

A partir de 1982, durante el período que asumió el gobierno del Dr. Raúl Alfonsín, el deporte se desarrolló dentro de un contexto de asistencialismo social que resultó insuficiente. Resulta evidente que después de una dictadura militar como la que lo precedió era prioritario reconstruir al país, pero dentro de las múltiples prioridades existentes, el deporte no era visto como un tema urgente a resolver.

En 1989 asume nuevamente un gobierno peronista, con la titularidad de Carlos Menem, representando una época signada por la profundización del modelo neoliberal, siendo el máximo exponente de la aplicación de este modelo y defensor acrítico del proceso de globalización. Lo que se observa a partir de los años noventa, es que los bienes y servicios en que se cristaliza principalmente la política social (educación, cultura, deporte, salud y seguridad social), abandonan los niveles crecientes de universalidad que habían alcanzado librándolos a una lógica mercantilista, con la consigna de que cada individuo es responsable de su propia situación y porvenir.

El deporte acusa este cambio y se observa como los clubes privatizan y concesionan sus instalaciones, mutando su razón de ser. También la reforma educativa impulsó con propósitos reduccionistas y simplistas cambios curriculares en la Educación Física escolar en todos sus niveles de enseñanza. En este período se lleva a cabo la política de descentralización del Estado Nacional, derivando a los municipios la responsabilidad de establecer políticas vinculadas a la recreación.

Durante el año 2000, asume el gobierno Fernando de la Rúa, que continuó con los planes para el deporte de alto rendimiento implementados en la gestión anterior, dentro de un marco mundial de deporte hiperprofesionalizado, donde

adquirió cada vez más un papel preponderante el espectáculo deportivo, que comenzó a ocupar en la televisión cada vez más espacio.

Néstor Kirchner asume la presidencia en el año 2003, sucedido por Cristina Fernández de Kirchner en 2007 quien es reelecta en 2011. Durante este período se fueron profundizando los ejes políticos existentes y se comenzó una etapa de mejoras en infraestructura. La misión de la Secretaría de Deportes era: 1. Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en todo lo relativo a la promoción y desarrollo en el país de la actividad deportiva y recreativa. 2. Aprobar planes, programas y proyectos destinados al fomento del deporte, asegurando los principios de la ética deportiva y haciendo partícipe de ella a todos los integrantes del sistema deportivo nacional. 3. Incentivar y asistir la práctica de competencias deportivas, en procura de alcanzar altos niveles de competición. 4. Fomentar y apoyar la recreación, como medio de equilibrio y estabilidad social. 5. Impulsar el desarrollo del deporte de base en todo el territorio de la nación, como así también las actividades físicas relacionadas con la utilización del ocio y tiempo libre. 6. Controlar la infraestructura y seguridad de las instalaciones deportivas.

Durante el primer mandato de Cristina Fernández de Kirchner se crea el Plan Estratégico para el Deporte 2008-2012 a través del cual se aumenta significativamente el presupuesto de la Secretaría y se plantea una política deportiva a mediano plazo. A partir de sus definiciones político-deportivas se despliegan un conjunto de programas, planes y acciones concretas que impactan integralmente en la problemática del deporte de nuestro país. Este Plan se sustenta en tres pilares:

- El Plan Nacional de Deporte Social: incluye los Juegos Nacionales Evita, Programa Nuestro Club y Programa Argentina Nuestra Cancha.
- El Plan Nacional de Desarrollo Deportivo: se propone la concreción progresiva de Centros de Desarrollo Deportivos descentralizados con fuerte raigambre local.
- El Plan de Deporte Federado y de Representación Nacional: comprende el Laboratorio Control Doping, la Dirección de Seguridad Deportiva y la Coordinación de Ciencia y Tecnología Aplicada al Deporte. Propone implementar el Plan Nacional de Infraestructura Deportiva.

Entre 2005 y 2009 se sancionaron tres Leyes destinadas a fomentar e impulsar la práctica deportiva y la recreación:

- Ley N° 26.069 (2005) instituyó el “Programa Deportivo Barrial” con el objeto de fomentar y facilitar las prácticas deportivas a través del apoyo y fortalecimiento de los clubes de barrio.

- Ley de Educación Nacional N° 26.206 (2006) incluye disposiciones orientadas a la promoción de la actividad física desde la formación corporal, motriz y deportiva para favorecer el desarrollo armónico de los educandos y su inserción activa en la sociedad.

- Ley N° 26.462 (2008) instituyó como competencia anual, en el ámbito de la Secretaría de Deportes de la Nación, el Programa Social y Deportivo "Juegos Nacionales Evita".

- Ley N° 26.573 (2009) crea el Ente Nacional de Alto Rendimiento Deportivo, encargado de gestionar y coordinar apoyos económicos específicos para la implementación y desarrollo de las políticas de alto rendimiento.

La recreación está presente en las políticas públicas en forma objetiva a través de los proyectos que se implementan. La dimensión asociada a prácticas recreativas más relevante y expresada formalmente en los lineamientos políticos estatales es la deportiva (Suárez, 2009).

Dentro de la cartera de Salud, se crea en el año 2007 el Programa Nacional Argentina Camina que derivó de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004 por la OMS y OPS a nivel regional. Entre sus postulados se establece que “las acciones de promoción de una vida activa constituyen acciones costo-efectivas en la promoción de la salud, y deberían ser adoptadas como prioritarias según recomendaciones internacionales como estrategia de control de enfermedades no transmisibles en nuestro país”. Asimismo, considera que “una estrategia de promoción de la vida activa es relevante y contribuirá a elevar el nivel de salud y calidad de vida de la población mediante el logro de actitudes y comportamientos de salud positivos, conscientes, responsables y solidarios a través de la intervención interdisciplinaria, intersectorial, dinámica y participativa, y también favoreciendo la creación de entornos favorecedores”.

Luego, en el año 2008, se crea el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables⁸, en el que uno de los principales objetivos del eje “Modos de vida” es la promoción de la actividad física. Al año siguiente se da inicio a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable, donde la promoción de la actividad física tiene un papel trascendental, tal como lo demuestra uno de sus principales objetivos: Promover y adoptar hábitos alimentarios saludables, modos de vida activos y controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.

La Ley del Deporte N° 20.655 sancionada en 1974, recién en 2010 da un importante paso para alcanzar su efectiva puesta en vigencia con el dictado de las normas reglamentarias básicas de funcionamiento de los órganos creados por dicha Ley.

En el período 2012 a 2016 se da continuidad a las políticas implementadas desde el año 2003 y se crea el Plan Nacional de Deporte Social 2013-2016⁹, sosteniendo que la actividad física y el deporte constituyen herramientas destinadas a generar mejores posibilidades para el desarrollo humano integral, promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida, de la educación, la organización comunitaria y las condiciones de salud.

Para el diseño de los Programas que conforman el Plan, se consideraron no solamente la Ley del Deporte y la Ley de Educación Nacional, sino también la Convención sobre los Derechos del Niño, los Objetivos del Milenio y la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061), donde, en su artículo 20, establece el derecho al deporte y al juego recreativo.

Los Programas Nacionales incluidos en el Plan fueron: Juegos Nacionales Evita, Deporte e Inclusión Social, Fomento del Deporte, Deporte y Educación, Argentina Nuestra Cancha, Actividad Física y Deporte Adaptado, “Nuestro Club”, Instituciones Sociales del Deporte y Ligas Deportivas.

Dentro del área del Ministerio de Salud, la mayoría de los programas relacionados a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles o de

⁸ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/municipios/>

⁹ Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Secretaría de Deporte. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/08/2.-Plan-Nacional-de-Deporte-Social-2013-2016.pdf>

promoción de la salud contienen un objetivo vinculado a incrementar la actividad física. En abril de 2013 se crea el Plan Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo¹⁰ con el objetivo de “reducir la prevalencia de inactividad física en la población general, promoviendo la adopción de estilos de vida activos”. Se propone “construir habilidades personales, crear ambientes favorables para la actividad física, fortalecer las capacidades de las comunidades para la actividad física e incrementar la capacidad del sector sanitario”. En el mismo año, se publicó el Manual Directorio de Actividad Física y Salud, con la colaboración del Ministerio de Desarrollo Social, donde se expresan las principales recomendaciones para la actividad física, en consonancia con las recomendaciones internacionales de la OMS.

A partir del 2016, con el cambio de gobierno nacional, el área de deportes fue trasladada a la Secretaría de Deporte, Educación Física y Recreación correspondiente al Ministerio de Educación y Deportes. Desde allí se elaboró un Plan Estratégico de Deporte Argentino 2016-2020¹¹ que incluye los siguientes Programas Nacionales: Desarrollo Deportivo, Integral de Deportes, Deporte Federado y de Representación Nacional, Juegos Nacionales Evita, Juegos Deportivos Argentinos, Educación Física y Recreación, Deporte y Discapacidad, Actividad Física y Deporte y Salud “Atleta urbano”, Actividad Física y Deporte para Adultos Mayores, Clubes Argentinos, Actividades Deportivas y Recreativas.

¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles. Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/programas/programa-de-lucha-contra-el-sedentarismo>

¹¹ Ministerio de Educación y Deporte. Secretaría de Deporte, Educación Física y Recreación. Plan Estratégico de Deporte Argentino 2016-2020. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/educacion_secretaria_deporte_plan_estrategico_2016_2020.pdf

II.2.3. Infancias y recreación: ¿aún permanecen invisibles?

En América Latina, los niños y los adolescentes suman casi la mitad de la población total. La mitad de esa mitad vive en la miseria. Sobrevivientes: en América Latina mueren cien niños, cada hora, por hambre o enfermedad curable, pero hay cada vez más niños pobres en las calles y en los campos de esta región que fabrica pobres y prohíbe la pobreza. Niños son, en su mayoría, los pobres; y pobres son, en su mayoría, los niños. Y entre todos los rehenes del sistema, ellos son los que peor la pasan. La sociedad los exprime, los vigila, los castiga, a veces los mata: casi nunca los escucha, jamás los comprende (Galeano, 2015).

Luego de haber desarrollado un breve recorrido histórico de las políticas vinculadas a la recreación y a la práctica físico-deportiva de los últimos 70 años, pudimos observar que la generalidad de las políticas tenían como dimensión central al deporte, donde la mayoría de las acciones territoriales programadas por el Estado reproducen la lógica del consumo de bienes culturales o deportivos seleccionados y contruidos por un modelo político que reproduce sujetos receptores, pasivos, espectadores y consumidores de sus propuestas.

Asimismo, constatamos que la categoría infancia no ha sido de interés para las políticas públicas nacionales vinculadas a estos temas. Únicamente encontramos que esta categoría emerge a partir de la creación de los Juegos Nacionales Evita durante el primer gobierno peronista y luego, recién vuelve a surgir en el diseño del Plan Nacional de Deporte Social 2013-2016 con el gobierno kirchnerista, basado explícitamente en la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Por lo tanto, las nociones de infancia y recreación comparten el hecho de haber permanecido invisibilizadas a lo largo de nuestra historia, incluso sometidas a atribuciones negativas de acuerdo a su relación con la clase social o estatus socioeconómico. Esto demuestra que son categorías sociales contruidas históricamente, que dependen de la posición de los sujetos dentro de la estructura social y del contexto económico, social, cultural y político de cada sociedad.

Más allá de la acción concreta del Estado sobre la infancia y la recreación, no podemos dejar de mencionar que, tal como nos ilustra Galeano, existe una realidad histórica y estructural de dominación a la que ha sido sometida nuestra región latinoamericana y que indefectiblemente impacta en la invisibilidad de dichas categorías. Si bien la infancia es una categoría estructural y no transitoria, tal como

afirma Bustelo (2012), debemos decir que es estructural en el contexto de una relación de dominación. Es decir que los contextos de pobreza en que viven nuestras infancias no son más que el producto de siglos de opresión y exclusión materializadas en condiciones de vida miserables que, en palabras de Galeano, exprimen, castigan y matan especialmente a los/as niños/as.

El informe de UNICEF sobre el estado mundial de la infancia en 2014 afirma que “las oportunidades que tienen los niños son distintas dependiendo de la riqueza de sus países; de su género; de su pertenencia a familias pudientes o desfavorecidas; de las zonas donde viven (urbanas o rurales); y de la riqueza o pobreza de sus barrios y lugares de residencia” (UNICEF, 2014b; p. 4). Por lo tanto, mientras no se analice la situación infancia-pobreza como una cuestión de biopolítica mayor, es decir, desde los procesos económicos de concentración de ingresos, riqueza y poder, la infancia pobre seguirá reproduciéndose (Bustelo, 2005).

En Argentina, datos relevados a partir de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados en 2011/12 demostraron que la pobreza afecta al 30,1% de las niñas y niños del país. Cálculos realizados con datos más recientes y que provienen de la Encuesta Permanente de Hogares arrojan un 24,5% para el año 2015. Otras variantes metodológicas aplicadas a la misma fuente de datos sugieren para 2015 una tasa del 31%, excluyendo de este cómputo a los niños de áreas rurales. Un estudio desarrollado por UNICEF (2016) en el país concluyó que las privaciones en información, protección contra la violencia, salud y ocio son, en ese orden, las más importantes dado que explican cerca del 63% de la pobreza total.

Bajo este contexto, no alcanza con pensar en la infancia solo como una etapa de la vida de los seres humanos sino que es necesario analizarla como una construcción socio-histórica que ha ido transformándose a lo largo del tiempo. En las últimas décadas se ha reconceptualizado profundamente a la infancia, por lo que las políticas públicas se han transformado ampliamente (Bloj, 2015). Al reconocer que el rango generacional es insuficiente para definir esta categoría y que la infancia difiere de acuerdo al contexto en el que ésta se construye, se ha optado por pluralizarla, por lo que hoy en día algunos hablan de “infancias”. Podemos decir que la infancia es una categoría común a todos los niños y niñas, pero también, que es una categoría fragmentada por la diversidad de vidas cotidianas que ellos/as transitan.

Tal como sostiene Bustelo (2005), la infancia es un campo -en términos de Bourdieu¹²- que se compone de: 1) teorías: enfoques, análisis, estudios y conceptos; 2) prácticas, que incluye un conjunto de acciones, programas y políticas; y 3) una amplia gama de agentes involucrados. Sin embargo, a pesar de estas supuestas definiciones del campo de la infancia, el mismo se encuentra sujeto a ambigüedades y contradicciones que ocultan, según el mencionado autor, relaciones sociales de dominación.

Actualmente, la infancia soporta una visión hegemónica basada en dos enfoques fundamentales: el de la compasión, que promueve la dramaticidad hacia la infancia, cuyo efecto es anular todo derecho y fundamento de ciudadanía; y el otro, el de la inversión económica que produce una determinada rentabilidad introduciendo la razón utilitaria por sobre los derechos, pretendiendo convencer al poder que los niños son buenos para la lógica de la ganancia (Bustelo, 2005; Ramírez Pavelic y Contreras Salinas, 2014).

Entonces, para pensar la infancia se hace necesaria la alusión al contexto en el que ésta se construye. En este sentido, de acuerdo a cada escenario de análisis se configuran diversas maneras de conceptualizar las infancias, aunque en general se narre de una única manera.

Dentro del escenario argentino, el Estado ha avanzado enormemente en el reconocimiento de los niños y niñas como sujetos de derechos en los últimos años. En este sentido, es importante destacar dos cuestiones fundamentales: por un lado, el desarrollo de políticas de protección social entendidas en términos de transferencia de ingresos y acceso a servicios sociales; y por el otro, el reconocimiento a nivel normativo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes a través de la sanción de la Ley 26.061 de Protección Integral de estos derechos en el año 2005, adhiriendo a lo establecido por la CIDN, aprobada en 1989.

Previo a la sanción de la Ley, Argentina suscribió y ratificó su compromiso con la CIDN en el año 1990 y en 1994 su texto fue incorporado a la Constitución Nacional, ingresando así al nuevo modelo de "Protección Integral de Derechos". Junto con la mencionada Ley, se sancionaron una serie de leyes vinculadas a la

¹² Bustelo recupera el concepto de campo de Bourdieu como "espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias" (Bourdieu, 1988:108).

infancia y adolescencia que dan el sustento a un incipiente Sistema de Protección Integral de la Infancia y Adolescencia en nuestro país (Repetto y Tedeschi, 2013).

El derecho a la recreación ha sido reconocido por la CIDN en su artículo 34:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.
2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

En Argentina, este derecho fue incorporado a la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en su artículo 20:

Derecho al deporte y juego recreativo. Los organismos del Estado con la activa participación de la sociedad, deben establecer programas que garanticen el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a la recreación, esparcimiento, juegos recreativos y deportes, debiendo asegurar programas específicos para aquellos con capacidades especiales.

En la provincia de Córdoba, en junio de 2007, se promulgó la Ley 9.396, la cual se limitó a adherir a los principios y disposiciones previstos por la Ley Nacional 26.061, otorgando el plazo de un año, prorrogable a dos, al Poder Ejecutivo para que arbitre las medidas necesarias para garantizar su cumplimiento.

La incorporación de la perspectiva de derechos y de protección social para la infancia ha posibilitado a las organizaciones sociales plantear posturas y generar acciones para su defensa. Sin embargo, la recreación no ha sido parte de este movimiento, por lo que aún no es considerada en la agenda pública como un derecho que deba ser privilegiado. Al no entenderse a la recreación como parte sustancial de la vida de los seres humanos y de su construcción como sujetos, no se considera relevante para las discusiones e inversiones públicas (Osorio Correa, 2013).

Reforzando lo anterior, el Comité de los Derechos del Niño¹³ sostiene que existe un escaso reconocimiento por parte de los Estados de estos derechos, lo cual se traduce en la ausencia de inversiones en disposiciones adecuadas, una legislación protectora débil o inexistente y la invisibilidad de los/as niños/as en la planificación a

¹³ El Comité de los Derechos del Niño es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por sus Estados Partes.

nivel nacional y local. Advierte además que, en general, cuando hay inversión, esta se destina al desarrollo de actividades estructuradas y organizadas, sin considerar la importancia de crear un tiempo y un espacio en que los/as niños/s puedan dedicarse al juego, al deporte y la creatividad espontáneos (UNICEF, 2014a).

Otra cuestión importante a considerar es que muchas veces el discurso oficial y del mercado, a través de los medios de comunicación como una de sus máximas expresiones, se caracteriza por sostener ciertas lógicas y adjetivaciones de mistificación que atribuyen a estos derechos sociales un carácter instrumental-funcionalista. Por ejemplo, “el deporte saca a los niños de la calle”, “el deporte es una herramienta contra la violencia”, “el deporte es una herramienta contra las drogas”, “el deporte y la recreación promueven calidad de vida”, “el deporte promueve la inclusión social” y “el deporte es salud”. Es decir, se reconocen estos derechos porque existen políticas públicas en ese sentido, pero sus planteamientos, fundamentos y ejecuciones aún sostienen el signo dominante instrumentalista.

Tal como sostiene Melo (2004), el deporte y la recreación no pueden ser tratados como la solución o el antídoto frente a problemas que requieren acciones de orden político mucho más incisivas que la simple creación de programas deportivos para jóvenes y niños en favelas. A no ser que, sugiere el autor, se pretenda justamente lo contrario: el ocultamiento de la real génesis de esos problemas que, supuestamente, se están tratando de enfrentar.

Así, las infancias se ven atravesadas por múltiples dimensiones que afectan su vida cotidiana, tanto en el marco de las familias como en el resto de las instituciones y espacios que las atraviesan. La supremacía de la lógica del mercado en el espacio social es fundamental para pensar y diferenciar las infancias incluidas de las excluidas, que, con matices, las primeras cuentan con acceso a la salud, educación, recreación, a las nuevas tecnologías, que garantizan su desarrollo y formación para ser parte de las actuales sociedades complejas. En general, la socialización de estas niñas y niños se da dentro de marcos institucionales fuertes que apuntan a la salida individual y exitosa, perfilándose como futuros “ciudadanos consumidores”.

Mientras tanto, en el otro extremo se ubican las infancias excluidas, aquellas cuyos derechos se convierten en privilegios y cuya socialización en general transcurre en espacios poco institucionalizados como el barrio, la plaza, la calle y eventualmente escuelas pobres.

II.3. La ciudad como espacio de recreación desde las infancias

II.3.1. La espacialización/territorialización de la recreación

Ante este panorama amplio y plural, el alcance teórico-práctico-político de la recreación, acaba por colocar, en mayor o menor grado, la cuestión de la espacialización. Milton Santos (1996) define a la espacialización como “la inserción territorial de los procesos sociales” (p. 70). Otro autor que define al proceso de territorialización pero desde la perspectiva de la cultura guaraní es Quintero Weir (2011), quien sostiene que éste “se configura esencialmente como el conocer y aprender el lugar y, durante el mismo, la comunidad humana no sólo observa, reconoce, prueba, experimenta y comprueba todo lo presente en el lugar, sino sobre todo, nombra, precisamente, a partir de su observación y experimentación con lo existente” (p. 97). Finalmente, continúa el autor, “podríamos decir que el proceso de territorialización es, en gran medida, el que configura a un colectivo social como culturalmente diferente de otro” (p. 97).

La producción social de la recreación se inserta hoy en día en las ciudades, en los barrios, en las relaciones y unidades de vecindad que constituyen espacios sociales y físicos donde las personas viven, participan y construyen cultura y sociedad, o, en otras palabras, donde la sociedad se realiza (Najar y Peres, 2007).

Así, una de las dimensiones de la recreación es su espacialidad, según el geógrafo brasilero, “el momento de las relaciones sociales geografizadas, el momento de la incidencia de la sociedad sobre una determinada disposición espacial” (Santos, 1996, p. 70). El espacio, continúa Santos, está formado por dos componentes que interactúan continuamente: a) la configuración territorial, es decir, el conjunto de datos naturales o artificiales, más o menos modificados por la acción consciente del hombre, a través de sucesivos “sistemas de ingeniería”; b) la dinámica social o el conjunto de relaciones que definen una sociedad en un momento determinado.

Por un lado, la configuración territorial o espacial está conformada por la disposición de los elementos naturales y artificiales de uso social sobre el territorio: plantaciones, canales, caminos, equipamientos, redes de comunicación, edificios

residenciales, comerciales e industriales, etc. En cada momento histórico, varía la disposición de esos objetos sobre el territorio, conformando el medio técnico, sobre el cual se basa la producción y evoluciona en función de ésta (Santos, 1996).

Por otra parte, la dinámica social es planteada por el conjunto de variables económicas, culturales, políticas, etc., que a cada momento histórico dan un significado y unos valores específicos al medio técnico o configuración territorial creada por el hombre (Santos, 1996).

Esta concepción de espacio que propone Milton Santos, dicen Alazraqui, Mota y Spinelli (2007), es pertinente en la epidemiología, dado que logra reunir los múltiples determinantes del proceso salud-enfermedad-cuidado de forma tal que preserva su complejidad.

Por eso, garantizar el acceso de la población a prácticas corporales y deportivas, así como a los demás intereses socio-culturales de la recreación, significa, en un sentido, garantizar el acceso al medio técnico, visibilizando su utilización democrática y polivalente, es decir, espacios que den cuenta de la dinámica social, de las posibilidades del universo cultural y político y, también, que privilegien las actividades insertas en el cotidiano de las personas (Loureiro y Souza, 2006).

El uso del espacio urbano constituye un eje fundamental de una política de recreación, dentro del campo de los intereses físico-deportivos, así como de cualquiera de sus contenidos culturales (Marcellino et al., 2007). Democratizar la recreación implica democratizar el espacio. Si colocamos esta cuestión en términos de la vida diaria de la mayoría de la población, no podemos dejar de pensar que el espacio para la recreación es el espacio urbano: las ciudades son los grandes espacios de recreación (Marcellino, 2007).

Sin embargo, el entendimiento de que el espacio urbano es importante para analizar la cuestión de la recreación va más allá de identificar lugares y equipamientos. La recreación no es residual ni superflua, forma parte de los elementos constitutivos y definitorios de determinado modo de vida. El derecho a la recreación significa también tener aseguradas las condiciones para su expresión y ejercicio. El antropólogo brasileño Magnani (2015) parafrasea a Henri Lefebvre (1969), quien acuñó la expresión “derecho a la ciudad”, diciendo que podemos también hablar del derecho a la recreación en la ciudad de nuestro tiempo, en el

sentido de que ella misma, más allá de las opciones de entretenimiento que pueda ofrecer a sus habitantes, es un gran equipamiento recreativo y, no obstante sus problemas y desigualdades, es objeto de disputas y controversias.

En ese sentido, Simone Rechia (2015) sostiene como premisa que las relaciones sociales en las grandes ciudades se realizan a través de relaciones espaciales y políticas. Por lo tanto, la reflexión sobre la práctica socioespacial, es decir, el modo por el cual se realiza la vida en la ciudad, está centrada en la relación dialéctica entre los espacios construidos y sus formas de apropiación.

Pensando en la infancia y en el desarrollo de una cultura de la infancia es importante la disponibilidad de espacios. Su ausencia, junto con otros factores, ha contribuido a la sustitución casi masiva de la producción cultural de la infancia *por* la producción cultural *para* la infancia, que, por buena que sea, no tiene condiciones de reemplazarla (Marcellino, 1996). Una de las consecuencias más negativas de este proceso es la disminución de las ocasiones de encuentro entre los niños y niñas, de los juegos colectivos, tan importantes en el aprendizaje de la vida en grupo y en el desarrollo del sentimiento comunitario, a costa de un proceso de mercantilización de la recreación, sus componentes y del espacio urbano mismo.

Por lo tanto, tal como sostiene Santos (1996),

“el espacio debe considerarse como el conjunto indisociable del que participan, por un lado, cierta disposición de objetos geográficos, objetos naturales y objetos sociales, y por otro, la vida que los llena y anima, la sociedad en movimiento. El contenido (de la sociedad) no es independiente de la forma (los objetos geográficos); cada forma encierra un conjunto de formas, que contienen fracciones de la sociedad en movimiento. Las formas, pues, tienen un papel en la realización social” (p. 28).

II.3.2. El proceso de urbanización en América Latina

En la actualidad, más del 80% de la población latinoamericana habita en las ciudades, constituyéndose en la región más urbanizada del planeta. En Argentina, la población urbanizada asciende al 93%. Esta realidad invita a pensar en la ciudad como espacio para el ejercicio de los derechos civiles, políticos y sociales (CEPAL, 2016).

Para poder pensar y analizar este fenómeno, Aníbal Quijano (2014) nos advierte que “el proceso de urbanización en particular no puede ser explicado, válidamente, sino como parte de la más amplia problemática de la sociología de la dependencia latinoamericana” (p.77), dado que la dependencia es un elemento constitutivo de nuestras sociedades, primero como dependencia colonialista y luego como dependencia imperialista.

Como resultado de estas relaciones de poder profundamente desiguales, características de las sociedades latinoamericanas, Boaventura de Sousa Santos (2010) distingue distintas formas de “fascismo social”. Una de ellas, la que nos interesa aquí, es el “fascismo del apartheid social”, que implica la segregación social de los excluidos a través de una cartografía urbana que diferencia zonas salvajes y civilizadas. Las primeras son las zonas de guerra civil interna como en muchas megaciudades de la región. Las segundas son las zonas que se ven amenazadas por las primeras y que, con el objetivo de defenderse, se refugian en enclaves fortificados característicos de las nuevas formas de segregación urbana (barrios privados, propiedades cerradas, comunidades bloqueadas). La división entre zonas salvajes y civilizadas se está convirtiendo en un criterio general de sociabilidad, un nuevo tiempo-espacio hegemónico que atraviesa todas las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales. Por lo tanto, en coincidencia con lo que plantea Milton Santos (2003), la exclusión social no es producto de la creciente urbanización sino de la manera como se organiza la sociedad, separando a los que pueden de los que no pueden vivir de determinada manera.

En América Latina, la desigualdad ha sido históricamente entrelazada con la inequidad socioeconómica, en un largo proceso teñido por la colonización, la dominación, la enajenación de recursos y el no reconocimiento de los derechos humanos. Sin embargo, a comienzos del siglo XXI, muchos países de este continente comenzaron una etapa de crecimiento exponencial, donde se produjeron progresos significativos en la reducción de la pobreza y el desempleo, avances en la distribución del ingreso y en las políticas sociales y un importante proceso de consolidación democrática y estabilidad macroeconómica (CEPAL, 2014).

A pesar de ello, Breilh (2012) sostiene que muchos de estos países que han devenido progresistas en la última década, no han logrado resolver las contradicciones actuales del sistema capitalista, y por lo tanto, siguen regidas por la

lógica del mercado y de la acumulación del capital. Desde esta posición, Bustelo (2007) considera que las políticas hegemónicas tienden a favorecer la visión de la pobreza y la riqueza como una mera distribución estadística y no como una relación que se da en el interior de relaciones sociales de dominación, asociadas, en última instancia, a la distribución del poder económico y a las modalidades en que éste influye y determina la práctica política.

Mientras la ciudad es en términos geopolíticos una sola, suele albergar en sí misma muchas ciudades. Es decir, tal como afirmaba Santos, las ciudades están fragmentadas y las condiciones de vida en sus distintos barrios o comunas pueden ser verdaderamente diferentes. Accesos muy variados a los derechos de educación, recreación, saneamiento, trabajo, circulación, implican diferentes posibilidades de experimentar y participar en la ciudad (Minujín, 2014).

II.3.3. El espacio urbano cordobés

La ciudad de Córdoba constituye la segunda ciudad más poblada de Argentina. Según el Censo Nacional de 2010 cuenta con una población de 1.329.604 habitantes y es la más extensa de su territorio provincial, alcanzando una superficie de 572 kilómetros cuadrados. Según datos de la Municipalidad de Córdoba, al año 2010 la superficie urbanizada bruta ascendía a 23.972 hectáreas y el área urbanizable a 2.419 hectáreas.

La década de los noventa representa un punto de inflexión en la historia de la ciudad con la incorporación de nuevas lógicas de ocupación del espacio urbano en consonancia con el orden económico global. Al mismo tiempo, dice Capdevielle (2014), la política municipal favoreció profundas transformaciones con la adecuación de escenarios jurídicos, legales, institucionales, políticos, etc. para el desarrollo y beneficio del capital. Estas transformaciones introdujeron nuevos usos del suelo urbano, modificando la forma de entender la ciudad, tanto en su aspecto formal como en las acciones cotidianas de la población.

Boito y Michelazzo (2014) caracterizan a Córdoba como “una ciudad en pedazos” dada su forma y dinámica segregacionista, donde los miembros de las

clases subalternas habitan/circulan delimitados por fronteras, márgenes y lindes en el escenario urbano, dados por una política represiva de control permanente de la circulación de los sujetos, mediante la fijación de círculos de encierro, y de una política habitacional que concentró y desplazó a las clases subalternas hacia los márgenes de la ciudad.

La configuración del espacio urbano en la ciudad de Córdoba expresa con claridad la trama de los intereses de las grandes empresas de la construcción que comenzaron a tener un lugar predominante en la definición de la ciudad en el marco del modelo neoliberal. Estas corporaciones desplegaron diversas estrategias basadas en una lógica de incremento de las ganancias y la rentabilidad que tendieron a incidir sobre los organismos públicos y el espacio urbano (Capdevielle, 2014).

Existen en la ciudad zonas segregadas por el nivel socioeconómico de la población, que aumentan la distancia entre los sectores de mayores ingresos y los de menores ingresos. Este proceso de segregación residencial se ha profundizado con la implementación de programas de viviendas por parte del Estado, dado a que han contribuido a consolidar áreas homogéneas excluidas en la periferia urbana (Marengo y Elorza, 2014).

En esas zonas de pobreza segregada se constata una escasa oferta de espacios verdes apropiados para el uso público y la ausencia de espacios deportivos, recreativos o de servicios (Tecco y Fernández, 2008), dificultando el acceso de la población a los contenidos físico-deportivos en el cotidiano. Por tal motivo, en la medida en que estos recursos sigan una distribución geográfica desigual dentro de la ciudad, aquellos sectores que pertenecen a estratos socioeconómicos más desfavorecidos y que están segregados dentro del espacio urbano tendrán menos posibilidad de alcanzar modos de vivir colectivos (Prieto, 2008).

Esta situación se agrava si consideramos que, cada vez más, los sectores populares son expulsados a la periferia de la ciudad y, por lo tanto, apartados de los servicios y equipamientos específicos. Justamente las personas que no pueden contar con las mínimas condiciones para la recreación en sus lugares de residencia y para quienes el transporte adicional, además de ser económicamente inviable, es muy desgastante. En ese proceso, encontramos cada vez menos lugares para los juegos infantiles o para el fútbol en la canchita que sirvan como puntos de encuentro de las comunidades locales.

El propio espacio urbano se transforma en un bien económico con una valorización extrema de las áreas centrales y casi ninguna oportunidad espacial para la convivencia, para el ejercicio efectivo de las relaciones sociales. Los equipamientos urbanos para la recreación están, casi siempre, concentrados en las zonas céntricas de las ciudades y son apropiados por la iniciativa privada que los ve como una mercadería más para atraer al consumidor. Por lo tanto, podríamos decir que se produce y reproduce una “segregación recreacional” en el espacio urbano.

Podemos observar a partir de las investigaciones apuntadas que existe una realidad cruel, una coyuntura política, intelectual y social que está desconectada de las demandas sociales. Cada vez es más difícil pensar en políticas urbanas donde los ciudadanos puedan ejercer su derecho a la recreación como un momento esencialmente creativo, con potencia educativa, política y transformadora.

II.3.4. El barrio: entre el espacio público y privado

Dentro del espacio urbano, es en el barrio, afirma Breilh (2010a), donde desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas, de clase y de género, por lo que cada barrio significa una forma particular de organización social. En la interface de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada una. Los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determina el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad.

El barrio como espacio de relación e interacción social se asocia a la noción de espacio público local, dice Saraví (2004). Entendido de esta manera, constituye el espacio público más inmediato, el primer encuentro público al abrirse la puerta de lo privado. Los encuentros, interacciones y relaciones sociales locales se expresan allí y los atributos que asumen estas prácticas sociales están definidos por las características de la vida pública local. Por un lado, la esquina, la placita, el parque, el quiosco, la puerta de la escuela o el club, son espacios públicos donde el barrio se

manifiesta. Por otro lado, el clima, de seguridad o inseguridad, de violencia o amistad, de reconocimiento mutuo o indiferencia, que predomine moldeará las interacciones y relaciones que se construyen en los espacios públicos locales.

Las relaciones de vecindad son condicionadas de una forma determinante por la densidad poblacional del espacio que habitamos, por el nivel socioeconómico y el grado de cooperación de sus habitantes, así como por la distancia entre las unidades de vivienda. Estas relaciones, en la ciudad contemporánea fragmentada están todavía muy condicionadas por las diferencias entre clases sociales. En los barrios populares, con ocupaciones irregulares, con viviendas precarias, sin recolección de basura, desagües y muchas veces sin agua potable, con electricidad clandestina, en áreas de riesgo sujetas a inundaciones, sin servicios de salud y educación, sin transporte público adecuado, donde los ciudadanos son acosados por una política que criminaliza la pobreza, muchas veces esta limitación de oportunidades, la pobreza y el aislamiento relativos, la inseguridad y el miedo terminan fortaleciendo las relaciones sociales locales. Mientras que en los barrios de clase media y alta, las relaciones vecinales son más selectivas y personales, ya que el mayor poder adquisitivo hace disminuir la necesidad de ayuda mutua y aumentar la necesidad individual de espacio (Serpa, 2004).

Entre todos los tipos de espacio, es el espacio público, espacio de todos, que proporciona una fuente de estímulos, riquezas, conocimientos, aprendizajes, interrelaciones, y desempeña un importante papel en el proceso de formación de los niños y niñas. Hoy los niños y niñas presentan cambios en la percepción y exploración de los espacios, porque no los vivencian. En muchas megaciudades de América Latina, hay escases de espacios públicos y carencias de lugares donde jugar. Las infancias tienen derecho a la salud, a la libertad, a la recreación, a la dignidad, al respeto, a la educación y a la convivencia comunitaria. Por esa razón, la ciudad debe ofrecer espacios públicos para que puedan hacer uso de ellos, ejercitando su ciudadanía. Los niños y niñas necesitan del espacio público cercano a sus viviendas, para poder, en cualquier día y hora, elegir y ejercer la recreación en su tiempo disponible y construir su autonomía. Estos espacios necesitan ser vivos y diversificados, mejorando la calidad de vida en la ciudad. El espacio urbano es fundamental para la formación de las infancias (Oliveira, 2004).

II.3.4.1. El barrio como objeto de estudio del campo sociosanitario

La mayor parte de las investigaciones epidemiológicas y de salud pública se han sustentado en una metodología esencialmente individualista, que resulta insuficiente para explicar, en términos de Samaja (2003), “de manera histórica, concreta y dinámica la existencia humana total: es decir, como subjetividad corporificada/espacializada en todos los niveles de sus acciones y de sus objetividades” (p. 107). Así, el epistemólogo de la salud propone embanderarnos con la lucha científica del geógrafo brasilero Milton Santos -que intentó reintroducir a los sujetos en el espacio y objetos de la geografía- e intentar, desde la epidemiología, recuperar los objetos y el espacio en el sujeto de las ciencias de la salud humana.

La epidemiología, como ciencia de la salud del ser social, definida así por Samaja (2003), se ha ocupado, en los últimos cincuenta años, del estudio de “factores” a nivel individual como determinantes fundamentales de la salud. Este modelo se ha extendido al estudio de casi todos los procesos de salud-enfermedad, desde los padecimientos cardiovasculares, los trastornos mentales, las adicciones, los accidentes de tráfico, la dieta, el ejercicio físico y el tabaquismo (Diez Roux, 2008).

Por tanto, esta epidemiología llamada “del riesgo”, concibe a su categoría “población” como meros agrupamientos de sujetos individuales con abstracción de los sistemas de objetos implicados en sus acciones, es decir, la transforma en una categoría abstracta. A su vez, su otra categoría fundamental, el “medio ambiente” o las “residencias”, son concebidas como una simplificación del espacio, como lugares separados y homogéneos al interior de un espacio absoluto (Samaja, 2003; Santos, 2003).

Según la epidemióloga Diez Roux (2008), el estudio de los procesos de salud implica necesariamente dos tipos de consideraciones: a) la presencia de múltiples niveles de organización, y b) la definición y medición de variables definidas en distintos niveles. Como ejemplo dice: la salud puede medirse a nivel individual o a nivel de distintos tipos de agregados (familias, barrios, ciudades, países, etc.) y al mismo tiempo, continúa la autora, sus denominados “determinantes” pueden también conceptualizarse y medirse a distintos niveles: individual, como los comportamientos relacionados con la alimentación o el consumo de tabaco; o bien a nivel grupal, como

la desigualdad en la distribución de la riqueza o la presencia de normas y políticas sanitarias o económicas.

Estos niveles de organización a los que hace referencia la autora (individuos, familias, barrios, ciudades, países), podrían corresponderse con los niveles de reproducción de las totalidades sociales (individual, comunal/familiar, estatal y societal), definidos por Samaja. En realidad, dice el sociólogo Roberto Castro (2013), los diversos niveles de jerarquización sólo son comprensibles si se los articula adecuadamente. Por un lado, es indiscutible que factores macro-sociales como el modo de producción o la clase social jueguen un papel central en la producción social de la salud-enfermedad, aunque sus mecanismos de acción no sean discernibles con claridad salvo que integremos en el análisis las diversas mediaciones que intervienen entre el nivel de realidad en que operan esas variables y los individuos sobre los que se manifiestan las enfermedades concretas. De tal manera que, concluye el autor, un permanente análisis multinivel está sobreentendido desde esta primera aproximación.

Para Samaja (2003), cada nivel representa un proceso orgánico y entre cada uno de ellos se dan procesos de supresión, conservación y superación. Es decir, cada nivel constituye un salto de totalidad, un proceso constante de totalización mediante el cual se puede mantener como sujeto histórico concreto. Cada nivel conserva mucho de su nivel anterior, pero a condición de haber tenido que suprimir su autonomía, para someterse a las normas del nuevo nivel emergente.

La categoría de “totalidad” es en sí misma la expresión de *una síntesis*: la síntesis entre la *unidad* y la *pluralidad*. Pero, como tal síntesis no es una mera yuxtaposición de sentidos sino el *nuevo sentido* que incluye como momento principal la escisión en muchas subunidades o partes, el conflicto entre tales partes y el paso a nuevos niveles de integración, en totalidades más complejas, más desarrolladas. Éstas totalidades constituyen así *nuevas realidades*, irreductibles a las anteriores. Tales nuevas realidades, a su turno, también entrarán en crisis o en fases de escisión y deberán poder encontrar nuevas formas de totalización..., o estarán *condenadas a desaparecer* (p.113).

Buss y Pellegrini-Filho (2007) sostienen que el enfoque de los múltiples niveles, busca integrar los aspectos individuales y grupales, sociales y biológicos, en una interacción dinámica, histórica y ecológica; a los fines de intentar explicar los mecanismos que producen las iniquidades. Por lo tanto, constituye, al mismo tiempo,

una herramienta analítica y un modelo teórico adecuado para el estudio de problemas complejos, dado que permite abordajes menos fragmentarios y más integrales, y por lo tanto, más apropiado para muchos de los objetos de estudio del campo de la salud. Se fundamenta en reconocer que existen procesos o condiciones de tipo social o político que pueden afectar las situaciones o comportamientos individuales; aproximándose a una interpretación de determinación social de la salud, como factores esenciales, especialmente relacionados con los sistemas económico, político y jurídico, los cuales fijan límites o ejercen presión en los procesos de salud de las personas (Krieger, 2002).

Según investigaciones desarrolladas principalmente en Estados Unidos y algunos países de Europa y Oceanía, e, incipientemente, en algunos países de América Latina como Brasil y Colombia, las características de los barrios se correlacionan de manera consistente con la práctica físico-deportiva (Fermino et al., 2013; Arango et al., 2013). Vivir en barrios donde es posible caminar, tiene una asociación positiva con formas activas de transporte; y vivir en las cercanías de espacios de recreación y senderos para caminar se asocia positivamente con formas activas de recreación (Sallis et al., 2010).

Tres aspectos han sido fundamentales para lograr esta comprensión: en primer lugar, conocer el impacto de las características barriales, independientemente de los factores individuales, en diferentes procesos de salud-enfermedad (mortalidad, salud en la infancia, salud de la mujer, enfermedades crónicas, salud mental, comportamientos de salud, percepciones de salud, violencia, etc.). En segundo lugar, descubrir que existen múltiples características del contexto barrial (por ejemplo, privación material, inequidad, recursos institucionales, relaciones sociales, etc.) que están asociadas a los procesos de salud-enfermedad. Finalmente, que gran parte de estas investigaciones utilizaron como metodología de análisis el enfoque multinivel (Subramanian, 2004).

En este sentido, teniendo en cuenta que en la práctica físico-deportiva interfieren características tanto de nivel individual como grupal o contextual, se considera que entre los métodos cuantitativos, el análisis multinivel constituye un acercamiento analítico apropiado para estudiar unidades de nivel micro (individuos) agrupadas en unidades de un nivel mayor, por ejemplo, barrios o escuelas (Diez Roux, 2004).

El enfoque multinivel puede ser, al mismo tiempo, una herramienta analítica y un modelo teórico adecuado para el estudio de problemas complejos, dado que permite abordajes menos fragmentarios y más integrales, y por lo tanto, más apropiado para muchos de los objetos de estudio del campo de la salud. El abordaje multinivel está siendo incorporado progresivamente por la epidemiología, aunque todavía es poco utilizado en investigaciones en América Latina, al menos en el caso del análisis de la práctica físico-deportiva y la recreación en las infancias.

Sin embargo, reconocemos que ningún método puede responder por sí solo las cuestiones que coloca la realidad social. Por eso, haciendo el esfuerzo de la integración metodológica se puede iluminar la realidad a partir de varios ángulos, lo que permite confluencias, discordancias, preguntas, dudas, en una discusión interactiva e intersubjetiva en la construcción y análisis de datos.

La reflexión sobre la necesidad de complementariedad entre abordajes cualitativos y cuantitativos ha sido ampliamente explicitada por diversos autores. La integración de métodos implica la contribución y el uso específico de varios instrumentos o técnicas, para una mejor aproximación, comprensión y explicación de los procesos y fenómenos sociales, en el sentido tratado por Samaja y Minayo, entre otros.

Por lo tanto, estamos frente a dos tipos de abordajes de naturaleza diferente y que se proponen obtener conocimientos diferentes y complementarios. Por un lado, los métodos cuantitativos, cuando trabajan con datos estadísticos o modelos matemáticos, están en la línea de la revelación de la amplitud y magnitud de los problemas. Por eso, se estudian grupos poblacionales demográficamente más amplios y, a partir de allí, se crean indicadores que sirvan como orientadores para la actuación en un nivel de probabilidad, por ejemplo, utilizando el concepto de riesgo. El abordaje cualitativo, por el contrario, hace referencia a la intensidad de los fenómenos. Es propio para profundizar la comprensión de los grupos, de segmentos y de microrrealidades, apuntando a la revelación de su lógica interna y específica, de su cosmología, de su visión de determinados problemas, que se expresan en opiniones, creencias, valores, relaciones, actitudes y prácticas. Esta dupla cuantitativa-cualitativa que no se iguala, que no debe ser usada indistintamente, aunque de forma adecuada, puede tornarse “uno” en la explicación y comprensión de

temas que al mismo tiempo deben ser analizados en su magnitud y en su significancia (Minayo y Minayo-Gómez, 2003).

Cuando focalizamos un tema –cualquiera sea, pero, sobre todo, cuando nos referimos a asuntos relativos al campo de la salud–, observamos que reúne un nivel de complejidad muy grande, exigiéndonos diversas miradas para explicarlo y entenderlo: aspectos históricos (ningún fenómeno está suelto en el mundo), contextuales, dimensiones estructurales, relacionales, regularidades, singularidades y, generalmente, intervenciones de los sujetos y sus interpretaciones en la producción de la realidad. Ahora bien, en tales circunstancias, precisamos generar informaciones cuantitativas y cualitativas de diversos tipos, revalorizando el diálogo, el intercambio y la combinación entre ambos saberes, cuestiones que un abordaje metodológico único no permitiría contemplar (Minayo, 2008).

Hipótesis de la investigación

Se parte de la hipótesis de que, tal como se desarrolló a lo largo del apartado, en Argentina vivimos un proceso de urbanización y sostenemos una forma de organización social que genera desigualdades al interior de las ciudades y, de forma extrema, exclusión social. Un espacio urbano donde la forma (disposición de objetos geográficos, artificiales o naturales) tiene un papel en la realización social y en la formación de las infancias a través del derecho a la recreación, es que se plantea que existe una distribución geográfica, una oferta, una utilización y una calidad desigual de espacios y equipamientos para la recreación de las infancias dentro de la ciudad, que deja en desventaja a aquellos barrios donde habitan los estratos socioeconómicos más desfavorecidos. Esta situación conduce a las infancias que habitan en estos barrios a tener menores posibilidades de socialización, de apropiación de los espacios públicos, de encuentro, de formación política, de juego, de construcción de ciudadanía, en definitiva, menos salud.

CAPÍTULO III. Metodología

En el desarrollo de esta Tesis se llevaron a cabo distintos abordajes metodológicos intentando dar cuenta del objeto de investigación propuesto, acorde a la complejidad del campo socio-sanitario señalada en el capítulo anterior. Por tal motivo, se desarrolló una línea metodológica común al proyecto marco en el que se suscribe la presente Tesis doctoral y, por un lado, se propusieron distintas dimensiones de análisis particulares en torno a los diferentes componentes que hacen al objeto de estudio en cuestión, y, por el otro, una propuesta de recuperación de antecedentes de investigaciones cualitativas enmarcadas en el mismo proyecto abordados a la luz de las categorías inherentes a nuestro objeto de estudio.

El mencionado proyecto marco consistió en una investigación epidemiológica de carácter observacional y de corte transversal en el contexto de las escuelas primarias municipales localizadas en diferentes barrios de la ciudad de Córdoba. Este proyecto buscó abordar diferentes aspectos de la salud de los/as escolares y de sus familias. Para llevar adelante dicho proyecto, se contó con financiamiento del Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Provincia de Córdoba (PID-2010).

El objeto de estudio abordado desde la presente Tesis doctoral fue trabajado en torno a tres perspectivas analíticas distintas: 1) Acercamiento descriptivo-cuantitativo hacia las configuraciones de los contenidos físico-deportivos de la recreación en las infancias; 2) Modelos explicativos a partir de ecuaciones estructurales; y 3) Enfoque de múltiples niveles. Paralelamente, a los fines de profundizar la reflexión sobre el objeto de estudio, se recuperaron investigaciones desarrolladas con metodologías cualitativas dentro del mismo proyecto marco, rescatando algunas nociones, categorías y conceptos que hacen a una mayor comprensión del objeto de estudio.

A continuación, se describen las características que son comunes a las tres dimensiones de análisis, luego, se hace mención a cada una de ellas, dejando sus detalles para ser señalados en el capítulo de Resultados, que está estructurado de acuerdo a ellas. Asimismo, en un segundo momento de este capítulo se dará cuenta de la metodología de recuperación de los antecedentes cualitativos.

III.1. **Ámbito y diseño del estudio**

El Sistema Educativo Municipal de Córdoba se crea en el año 1984, durante la gestión del gobierno de Ramón Bautista Mestre, primer intendente tras la recuperación de la democracia. A solo veinte días de su asunción como intendente, el Concejo Deliberante dio sanción al proyecto de creación de Escuelas, mediante la Ordenanza 7930. El ciclo escolar de 1984 se inició entonces con 32 nuevas escuelas, asistiendo a un total de 2.483 niños y niñas.

En principio, se inicia como un sistema compensatorio del Sistema Educativo Provincial, en el cual se evidenciaba un estancamiento en el número de unidades educativas que no se correspondía con el fuerte incremento poblacional registrado en esa época, dada por inmigraciones desde zonas rurales o desde otros sectores de la ciudad. De este modo, las escuelas municipales buscaron atender a los sectores periféricos, entendiendo que la educación posibilita achicar brechas de desigualdad.

Según informes de la propia Municipalidad¹⁴, estas escuelas atienden a una población homogénea, dado que sus destinatarios son casi exclusivamente niños/as provenientes de familias de sectores de alta vulnerabilidad que en su mayoría pertenecen a contextos de pobreza urbana. Algunos datos socioeconómicos obtenidos de los/as alumnos/as en cuanto a los niveles de educación de sus padres muestran que cerca de un 2% no asistió a la escuela, cerca del 20% tiene el primario incompleto, y que el nivel más alto de educación alcanzado es el primario completo para el 44%.

Actualmente, tal como se informa desde la Municipalidad, el Sistema Educativo brinda educación en nivel inicial, primario y terminalidad primaria. Concurren un total 12.500 alumnos/as y cuenta con 37 establecimientos, distribuidos en la periferia de la ciudad. Por reglamentación, los/as niños/as que asisten a estas escuelas residen en un radio de diez cuadras de distancia de la institución.

El estudio epidemiológico marco se trató de un diseño observacional de corte transversal en el ámbito de las escuelas primarias municipales descriptas anteriormente. En el año 2011, cuando se llevó adelante la presente investigación, la matrícula de niños y niñas del segundo ciclo (cuarto, quinto y sexto grado) era de 4.800.

¹⁴ Disponible en: <http://www2.cordoba.gov.ar/educacion/primario/>

III.2. Población y muestra del estudio

La población estuvo constituida por los niños y niñas de 4° a 6° grado provenientes de distintos barrios de la ciudad que asistieron a las escuelas seleccionadas para el estudio y sus respectivos adultos responsables. Se seleccionó ese rango etario dado que ya cuentan con la edad suficiente para tener la capacidad de responder cuestionarios auto-administrados, necesario para dar curso al estudio macro.

Se decidió trabajar en estas escuelas porque el marco institucional fue el propicio para trabajar de manera conjunta, dado que desde las instituciones se reconocían ciertas problemáticas vinculadas a la salud de los/as niños/as que debían ser profundizadas y trabajadas con el aporte de los distintos actores sociales que forman parte de la comunidad educativa.

Se realizó un muestreo por conglomerados mediante la selección aleatoria de 19 escuelas, teniendo en cuenta un indicador socioeconómico de estratificación. A partir del porcentaje de padres sin estudios o con nivel de escolaridad de primaria incompleta se formaron dos estratos de escuelas: el primero con un porcentaje menor al 25% (n=20 escuelas) y el segundo con un porcentaje mayor al 25% (n=17 escuelas). Luego, se seleccionaron aleatoriamente 19 escuelas (10 del primer grupo y 9 del segundo) para incluir a todos/as los/as alumnos/as de los cursos de cuarto a sexto grado, que incluyeron un total de 109 cursos y 2.424 escolares.

No se aplicó ningún criterio de exclusión, pero se reconocieron las siguientes posibilidades de no participación: niños/as que no asientan responder o ser medidos, niños/as cuyos padres, madres o tutor legal nieguen su consentimiento y nieguen responder el cuestionario para adultos, niños/as que se encuentren ausentes en los momentos en que se administren los cuestionarios y se tomen las mediciones. En cuanto a la consideración de pérdidas, de acuerdo con experiencias previas del equipo de investigación, se esperó un asentimiento casi total en niños y niñas pero una falta de respuesta del 50% a la participación de los padres y madres (Mamondi, 2010) y la posibilidad de perder un 10% de los datos antropométricos.

Se enviaron notas informativas a las madres, padres o personas adultas responsables de los/as niños/as mediante los cuadernos de comunicaciones y se realizaron reuniones para informar los objetivos, características, aspectos éticos del

estudio y confidencialidad de los datos, previo a solicitarles su participación y firma del consentimiento informado (ver Anexo I). Personal entrenado explicó el estudio a los/as escolares en sus aulas y les entregó un sobre, que debían llevar a las personas adultas de la familia que no habían podido participar de las reuniones informativas, que contenía una hoja informativa sobre el estudio y un cuestionario autoadministrado para adultos para que respondieran y después lo enviara de vuelta a la escuela. El llenado del cuestionario implicó el consentimiento a participar del estudio por parte de las personas adultas.

III.3. Definiciones teóricas y operacionales de las variables

Las variables a estudiar incluyeron características de niños y niñas, de los hogares y datos correspondientes a los barrios de residencia. Éstas fueron recolectadas a través de diferentes fuentes de información.

III.3.1. Características de los niños y las niñas

Práctica físico-deportiva. Fue definida como cualquier actividad que incrementa el ritmo cardíaco y acelera la frecuencia respiratoria. Hacer deporte, jugar con amigos/as o caminar a la escuela son expresiones de esta práctica. Las preguntas del cuestionario fueron adaptadas del Estudio sobre Conductas Saludables en Escolares (HBSC, por sus siglas en inglés), realizado en países de Europa, Estados Unidos y Canadá.

Se preguntó de manera diferenciada según su intensidad fuera moderada o vigorosa. Entre las actividades moderadas se incluyeron: andar en bicicleta, ir caminando a la escuela, jugar estando en movimiento o ayudar en las tareas de la casa; mientras que las vigorosas se definieron como aquellas que hicieran quedar sin aliento al niño/a, como jugar al fútbol, básquet, vóley, rugby, bailar, correr carreras, entre otras. Además, se obtuvo información respecto de la frecuencia con la que se realizaba cada práctica físico-deportiva. Por un lado, se indagó sobre la frecuencia semanal: ningún día, un día a la semana, entre dos y tres días a la semana, entre

cuatro y seis días a la semana, y todos los días; y, por el otro, sobre la frecuencia diaria: ninguna, menos de media hora aproximadamente, media hora aproximadamente, una hora aproximadamente y más de una hora aproximadamente.

Asimismo, las variables de frecuencia semanal y diaria de práctica físico-deportiva moderada y vigorosa fueron evaluadas en función de los METs (equivalentes metabólicos) utilizados para cada una, sabiendo que la moderada utiliza alrededor de 4 METs por minuto y la vigorosa, 6 METs por minuto. En función de eso, se cuantificaron los METs gastados por día por cada niño/a multiplicando la frecuencia diaria –transformada en minutos- por la frecuencia semanal para cada tipo de práctica -moderadas y vigorosas- separadamente. Así, se obtuvo la cantidad de METs utilizados por día para cada actividad, que luego se sumaron para obtener el valor total de METs diarios. Luego, tomando las referencias del estudio HELENA (*Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence*)¹⁵ desarrollado en Europa, se establecieron los niveles de práctica físico-deportiva según la cantidad total de METs gastados por día. Se definió como escasa cuando los METs utilizados variaban entre 0-362, intermedia cuando oscilaban entre 363-708 e intensa cuando superaban los 709.

A los fines de considerar las recomendaciones de la OMS adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación, también se optó por recategorizar las variables de frecuencia semanal y diaria de modo tal que se logre obtener una categoría de práctica físico-deportiva suficiente en tanto se cumplieran los 60 minutos diarios establecidos por dicha organización e insuficiente en tanto no se cumplieran.

Cabe aclarar que no se consideró la práctica físico-deportiva que acontece en el espacio escolar de manera formal. En las escuelas municipales, la clase de Educación Física se dicta dos veces por semana durante 50 minutos cada una. En base a estudios previos desarrollados por el equipo de investigación, se pudo constatar que, en general, destinan poco tiempo a prácticas físico-deportivas moderadas y vigorosas durante las clases (Lavin et al., 2015). Por tal motivo, se decidió tomar la práctica físico-deportiva extraescolar como referencia.

¹⁵ Para mayor información: <http://www.helenastudy.com/scientific.php>

Frecuencia de uso físico-deportivo de espacios en los barrios. Se indagó a partir de la frecuencia semanal y mensual con que el/la niño/a utilizaba los distintos espacios listados para la práctica físico-deportiva en el barrio: “club”, “cancha de fútbol”, “cancha de otros deportes”, “otros salones o gimnasios cerrados de recreación o ejercitación (diferentes del club)”, “escuela con instalaciones de recreación abiertas al público”, “senderos para andar en bicicleta o caminar”, “parque o plaza”, “baldíos y otros espacios al aire libre”, otros. Las opciones de respuesta se categorizaron en baja según fueran utilizados con una frecuencia menor a una vez por semana y en alta si eran utilizados una vez por semana o más.

Tiempo dedicado a actividades sedentarias. Actividades que podrían desplazar la práctica físico-deportiva. Se preguntó por las horas diarias destinadas a ver televisión y utilizar la computadora durante una semana habitual. Las opciones de respuesta fueron: ninguna, una a dos horas por día, dos a tres horas por día y más de tres horas por día. Se categorizó como bajo a las primeras dos opciones, medio a la tercera y alto a aquellos/as que destinaban más de tres horas por día, que es el corte utilizado por la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (EMSE).

Estado nutricional antropométrico. Definida a partir del índice de masa corporal (IMC) como indicador indirecto de masa grasa corporal, calculado como relación entre el peso corporal y la talla al cuadrado. Utilizando los puntos de corte según sexo y edad se categorizó en: sin exceso de peso, con sobrepeso y con obesidad, según referencias de Cole et al. (2000). Asimismo, se utilizó en su formato cuantitativo continuo a partir de los puntajes Z de IMC de los/as niños/as, calculado acorde a los estándares de la OMS del año 2006, utilizando el programa *AnthroPlus*.

Apoyo social. Dimensión de la salud percibida por los/as propios/as niños/as que hace referencia a la calidad de tiempo compartido con otros/as pares. Se indagó a partir de las siguientes preguntas: ¿Estuviste con tus amigos/as? ¿Compartiste actividades con otros chicos/as? ¿Te divertiste con tus amigos/as? ¿Tus amigos/as y vos, se ayudaron entre ustedes? ¿Pudiste hablar de todo con tus amigos/as? ¿Pudiste confiar en tus amigos/as? Las opciones de respuesta fueron: nunca, casi nunca,

algunas veces, casi siempre y siempre. A partir de allí, se calculó un puntaje de la dimensión específica usando un análisis *Rasch*, transformando a valores con media en 50 y desviación estándar de 10. Luego, se categorizó la variable en: baja (puntaje menor a 45), media (de 45 a 55 puntos) y alta (más de 55 puntos). Esta dimensión se obtuvo a partir del cuestionario KISDScreen-52 adaptado para la población argentina (Berra et al., 2009).

III.3.2. Características de los hogares

Recursos materiales disponibles en el hogar. Mediante la escala *Family Affluence Scale* (FAS) se obtiene un indicador de recursos materiales de la familia. La escala FAS es ampliamente utilizada en encuestas autoadministradas a escolares (Currie, 1997) por tener la ventaja de un alto porcentaje de respuestas entre niños/as y adolescentes, así como una aceptable correlación con la categoría ocupacional de los padres (Currie, 2008). Incluye cuatro preguntas sobre la disponibilidad en el hogar de autos y computadoras, habitación propia e individual del/de la niño/a y vacaciones familiares en los últimos 12 meses. Cada respuesta tiene un puntaje con el cual se suma un total de 0 a 7 puntos para las cuatro preguntas, que luego se categoriza como bajo (0-3), medio (4-5) y elevado (6-7).

Nivel de escolaridad materna. Utilizada con frecuencia en estudios epidemiológicos para indicar condiciones socioeconómicas, en parte, por la facilidad de obtención y precisión con relación a otros indicadores; y, también, porque la escolaridad está directamente relacionada a comportamientos importantes para la salud (Nunes et al., 2001). Se utiliza como variable aproximada al nivel socioeconómico de los individuos por su fuerte asociación con los ingresos y el nivel de vida, posiblemente esto sea debido a que la escolaridad alcanzada por las personas es una calificación importante en el mercado de trabajo. En este sentido, ha mostrado fuertes correlaciones con la clase social según la ocupación. Asimismo, el nivel de estudios distingue bastante bien los individuos con diferente estado de salud dado que se ha señalado que a mayor nivel de estudios, mayores recursos económicos, y,

entre otros, mayor capacidad de comprensión de información sobre salud (Domingo-Salvany et al., 2000).

La forma más común de medir el nivel de estudios es mediante la titulación de mayor nivel alcanzada. Así, se definió como nivel de escolaridad baja a aquellas que completaron hasta la educación primaria (incluye sin estudios formales, primaria incompleta y secundaria incompleta), media a las que finalizaron la educación secundaria (incluye aquellas que no finalizaron el nivel terciario o universitario), y alta a las que finalizaron estudios terciarios, universitarios o más.

III.3.3. Características de los barrios

Disponibilidad de espacios para la práctica físico-deportiva. De los espacios listados previamente, se preguntó cuál/es estaban presentes en su barrio y en caso de no existir, marcar la opción “no hay”.

Distancia a espacios para la práctica físico-deportiva. Se indagó a partir de las cuadras de distancia de cada uno de los espacios listados anteriormente. Esta variable fue recodificada para su análisis según la distancia referida por los padres en: cerca (5 cuadras o menos) o lejos (más de 5 cuadras).

Barreras percibidas para la práctica físico-deportiva en el barrio. Se preestablecieron una serie de barreras posibles: no hay suficiente espacio para hacer actividades; no hay opciones de actividades; no hay equipamiento; no hay supervisión de un adulto; no hay otros niños en el lugar; no hay seguridad; el niño/a se siente incómodo, molesto o aburrido; no es seguro porque está cerca de una calle con mucho tránsito; hay mucha gente; no hay buena iluminación; es difícil llegar. La persona debía responder eligiendo una de las siguientes opciones: totalmente de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Luego, estas categorías fueron categorizadas en: de acuerdo, las dos primeras, o en desacuerdo, las dos últimas.

Estas preguntas fueron construidas a partir de la encuesta *Active where?*, desarrollada para que respondan padres de niños/as estadounidenses en el año 2006.

Para su utilización en Argentina, se seleccionaron aquellos apartados que resultaron de interés para la investigación, y se realizó un proceso de adaptación cultural que incluyó traducción y prueba de la adecuación y comprensión del lenguaje (Lavin y Berra, 2015).

Contexto de pobreza barrial. Se obtuvo a partir del porcentaje de hogares con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI) por barrio. Las necesidades consideradas fueron las siguientes: a) hacinamiento: hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto, b) vivienda: hogares correspondientes a viviendas de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, pieza de hotel o pensión, casilla, local no construido para habitación o vivienda móvil, excluyendo casa, departamento y rancho), c) condiciones sanitarias: hogares que no tienen ningún tipo de retrete, d) asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asista a la escuela y e) capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran 4 ó más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no haya completado el tercer grado de escolaridad primaria.

El criterio de NBI, según afirma Minujín, estaría detectando a los llamados pobres estructurales –aquellos que poseen una vivienda deficitaria, un bajo nivel educativo, están desocupados, etc.- por lo que el conjunto de hogares pobres según este criterio delimita una situación de pobreza estructural (Gutiérrez, 2007).

En este caso, sostiene Gutiérrez (2007), la pobreza correspondería a una categoría principalmente descriptiva que permite clasificar las condiciones de existencia concretas de determinados grupos sociales comparándolas con las de otros grupos de la misma sociedad que no son pobres. Así, no es posible aventurar explicaciones causales, ni sus relaciones con los ricos dentro de la sociedad ni sobre su estructura de reproducción social.

Para categorizar esta variable, se consideraron los porcentajes obtenidos en todos los barrios, y se dividieron en terciles, generando tres categorías. En la primera categoría se ubican los barrios con baja proporción de hogares con NBI (menos del 8%), definiéndolos como barrios con contexto favorable; otros barrios con una proporción media de hogares con alguna NBI (del 8 al 16%), que se categorizó como

barrios en contexto de transición; y barrios con un alto porcentaje de hogares con NBI (más del 16%), definidos como barrios con un contexto crítico.

Superficie de áreas verdes públicas de permanencia (AVPP) por habitante por barrio. Aquellas áreas que cumplen con estándares mínimos de superficie y forma, asegurando un espacio adecuado para el desarrollo de actividades básicas de interacción social, recreación y contacto con la naturaleza aportando a una mejor calidad de vida de los ciudadanos y, por lo tanto, el no poder acceder a ellas implicaría una violación al Derecho a la Ciudad, según el Foro Mundial Urbano (2004). Al igual que la variable anterior, los valores de AVPP por barrio fueron divididos en terciles creando tres categorías: baja, media y alta (referencia).

III.4. Instrumentos y técnicas de medición

III.4.1. Encuesta de salud infantil para niños y niñas (ESIN)

La ESIN fue respondida por autoadministración guiada en el aula, es decir, con personal del equipo de investigación que leyó el cuestionario en voz alta y resolvió dificultades de modo estrictamente pautado para no introducir sesgos por su intervención. Esta encuesta incluyó preguntas sobre las siguientes variables: práctica físico-deportiva, tiempo dedicado a actividades sedentarias, apoyo social, y recursos materiales del hogar. Además, contenía preguntas correspondientes al proyecto marco sobre distintas dimensiones de la salud percibida por los/as propios/as niños/as y sobre consumo de alimentos.

III.4.2. Encuesta de salud infantil para madres y/o padres (ESIMP)

Los padres, las madres y/o adultos responsables de los/as escolares fueron citados a una reunión mediante una nota de comunicación enviada desde la escuela. En dicha reunión se explicaron los objetivos y características del estudio y se las/os invitó a participar. Algunos/as de ellos/as decidieron responder la ESIMP de manera

guiada por personal técnico luego de la reunión, otros/as decidieron responderla en sus hogares de manera individual, y aquellas/os que no asistieron a la reunión, se les envió el material en un sobre por intermedio de los niños y niñas.

A través de la ESIMP se obtuvo información acerca de las siguientes variables: nivel de escolaridad materna, frecuencia de uso físico-deportivo de los espacios barriales, disponibilidad y distancia a los distintos espacios, y barreras percibidas por las madres y/o padres para la práctica físico-deportiva de los/as niños/as en el barrio. Además, incluía preguntas sobre la experiencia con la Atención Primaria de la Salud, cobertura sanitaria, utilización de servicios sanitarios, acceso a alimentos en el hogar y antecedentes familiares de riesgo cardiovascular, correspondientes al proyecto marco.

III.4.3. Mediciones antropométricas

Personal técnico entrenado midió el peso y la altura para calcular el IMC. Las mediciones fueron realizadas individualmente en una sala de la escuela, en horario escolar. Los instrumentos utilizados fueron una báscula electrónica con precisión de 0,1 kg y capacidad 135 kg y un tallímetro portátil con precisión de 0,1 cm y capacidad de 200 cm.

El peso se tomó con la menor cantidad de vestimenta posible, descalzo, en posición corporal erecta relajada, de frente a la báscula con la vista fija en un plano horizontal, las palmas de la mano extendidas y descansando lateralmente en los muslos, los talones ligeramente separados, los pies formando una V ligera y sin hacer movimiento alguno. Por otro lado, para la talla el/la niño/a debió estar de espaldas, haciendo contacto con el estadímetro (colocado verticalmente), con la vista fija al frente en un plano horizontal; los pies formando ligeramente una V y con los talones entreabiertos.

III.4.4. Fuentes secundarias

Se utilizó información proveniente del Censo Nacional sobre el total de hogares según condición de NBI por barrio. Cabe aclarar que la conformación

cartográfica de los barrios presentados constituye una aproximación censal realizada por la Dirección General de Estadística y Censos (DGEC, 2010a) de la Provincia de Córdoba basada en los barrios oficiales y no oficiales de la Ciudad de Córdoba y la división censal utilizada en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. A partir de ella se construyó la variable sobre contexto de pobreza barrial.

Finalmente, las AVPP fueron calculadas para la ciudad de Córdoba en un proyecto titulado “Accesibilidad a las Áreas Verdes Públicas de la Ciudad de Córdoba, Argentina” facilitada por el equipo de investigación dirigido por el Mgter. Arq. Miguel Martiarena de la Universidad Católica de Córdoba y la Dirección de Espacios Verdes de la Municipalidad de Córdoba (Martiarena et al., 2013).

III.5. Análisis de la información

Tal como se mencionó en la introducción a este capítulo (p.71), a los fines de abordar los diferentes objetivos planteados para esta Tesis doctoral, se adoptaron distintas dimensiones de análisis para poder abordarlos. Estas dimensiones serán las que estructuren el capítulo de resultados. Las mencionamos a continuación y explicamos brevemente sus objetivos y especificidades analíticas:

- 1. Acercamiento descriptivo-cuantitativo hacia las configuraciones de los contenidos físico-deportivos de la recreación en la infancia.*
- 2. Modelos explicativos en torno a los componentes físico-deportivos de la recreación en la infancia a partir de ecuaciones estructurales.*
- 3. Enfoque de múltiples niveles sobre los componentes físico-deportivos de la recreación en la infancia.*

III.5.1. Primera Dimensión de Análisis: Acercamiento descriptivo-cuantitativo hacia las configuraciones de los contenidos físico-deportivos de la recreación en las infancias

-Objetivo

Buscó definir las características socio-demográficas y del estilo de vida de los niños y niñas e indagar acerca de la oferta y acceso a espacios barriales para la utilización físico-deportiva por parte de las infancias que allí habitan. Se utilizaron para ello, las variables obtenidas a partir de la ESIMP, ESIN y de fuentes secundarias.

-Análisis de la información

Se describieron las características de la muestra vinculadas a la práctica físico-deportiva, al grado de exceso de peso, a las actividades sedentarias, y a la oferta, acceso y utilización de espacios de recreación en los barrios, con sus IC al 95%. Análisis bivariados fueron desarrollados vinculando dichas variables con algunas dimensiones sociales para dar inicio a una primera aproximación para desarrollar posteriormente análisis más complejos. Se utilizó la prueba Chi cuadrado para probar relación de variables categóricas, utilizando un nivel de significación estadística de 0.05.

III.5.2. Segunda Dimensión de Análisis: Modelos explicativos en torno a los componentes físico-deportivos de la recreación en la infancia a partir de ecuaciones estructurales

-Objetivo

A los fines de conocer posibles vías de articulación entre algunas dimensiones de forma y contenido del espacio barrial, la utilización físico-deportiva de espacios públicos y la práctica físico-deportiva extraescolar, se desarrollaron modelos teóricos que luego fueron probados a partir de los datos empíricos provistos por el estudio descriptivo-exploratorio.

Para ello, se utilizó la técnica de modelaje de ecuaciones estructurales que permite proponer el tipo y dirección de las relaciones que se espera encontrar entre

las diversas variables contenidas en él, para pasar posteriormente a estimar los parámetros que vienen especificados por las relaciones propuestas a nivel teórico. La especificación teórica del modelo permite proponer estructuras causales entre las variables, de manera que unas causen un efecto sobre otras que, a su vez, pueden trasladar estos efectos a otras variables, creando concatenaciones de variables.

-Análisis de la información

Se evaluó distribución normal y asunciones de igualdad de varianzas a través de visualizaciones en histograma y del test *Levene's*, respectivamente. El modelaje por ecuaciones estructurales se desarrolló para determinar asociaciones entre las percepciones de los atributos espaciales del barrio, el uso físico-deportivo de espacios barriales, la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa, y el puntaje-z de IMC. Los análisis se desarrollaron con el programa R, versión 3.1.1, y el paquete *lavaan*. Los parámetros se estimaron con el método de máxima verosimilitud y los resultados se presentaron como coeficientes de regresión estandarizados. Todas las pruebas estadísticas fueron de dos colas y se adoptó un nivel de significación estadística del 5%.

Se desarrolló un análisis factorial confirmatorio para determinar si el conjunto hipotético de variables observadas compartían características de varianza-covarianza común y para definir los constructos teóricos (variables latentes). Las variables observadas fueron recodificadas para mantener una asociación positiva con las variables latentes (por ejemplo, mayor valor para una mejor percepción del espacio barrial).

La covarianza entre el uso de plazas y de espacios abiertos no estructurados y entre prácticas moderadas y vigorosas, también fue considerada. Finalmente, el grado de escolaridad al que asiste el/la niño/a y el nivel de escolaridad materna fueron considerados como variables de ajuste.

Los siguientes parámetros fueron utilizados para evaluar el ajuste total del modelo: prueba de Chi-cuadrado, Aproximación al Valor Cuadrático Medio (RMS, por sus siglas en inglés) con un intervalo de confianza del 90%, Estandarización de Residuos del Valor Cuadrático Medio, índice de Ajuste Comparativo, índice Tucker-Lewis, índice de bondad del ajuste, e índice ajustado de bondad del ajuste.

III.5.3. Tercera Dimensión de Análisis: Enfoque de múltiples niveles sobre los componentes físico-deportivos de la recreación en las infancias

-Objetivo

Procuró analizar la influencia de características del estilo de vida, socioeconómicas y sociales de los niños y niñas (nivel individual), y de características socioeconómicas y geográficas de los barrios donde ellos/as habitan (nivel barrial), en la utilización físico-deportiva de distintos espacios públicos barriales y en la práctica físico-deportiva extraescolar de los niños y niñas.

-Análisis de la información

La metodología empleada para el análisis de la información es el modelo de regresión logística multinivel. Dado que la ecuación del modelo *logit* multinivel representa el logaritmo de la probabilidad de presentar la característica de interés, la exponencial de los parámetros del modelo pueden ser interpretados en términos de *Odds Ratio* (OR).

Se desarrollaron dos series de modelos, en una serie se tomó como variable dependiente la práctica físico-deportiva, y la otra serie de modelos tuvo como variable dependiente el uso físico-deportivo de las plazas. En ambas series de modelos (presentados en tablas subsiguientes), se evaluó la asociación entre las variables dependientes y las características barriales (contextos de pobreza barrial y superficie de AVPP por habitante) ajustando por variables individuales sociodemográficas, socioeconómicas y de estilos de vida.

Metodológicamente, cada serie de modelos parte de un modelo sin variables explicativas denominado modelo nulo o modelo vacío. Este modelo descompone la varianza en dos componentes: un componente de variación entre barrios y un componente de variación entre niños/as dentro de los barrios. Luego, al modelo nulo se añaden variables explicativas relacionadas con características sociodemográficas de los/as niños/as, en el siguiente modelo se incluyen el resto de las variables predictoras a nivel individual y finalmente, se agregan las características de los barrios por separado y luego juntas. Se comparó el intercepto aleatorio entre los modelos como una medida de cuánto esas variables incluidas en el modelo explican la variación entre barrios.

Los resultados de los modelos son analizados en términos de OR, que indican la influencia de los predictores individuales y barriales sobre la probabilidad de una escasa práctica físico-deportiva y de un infrecuente uso físico-deportivo de las plazas. Los modelos logísticos binomiales de dos niveles fueron desarrollados con una parte fija y otra aleatoria. La parte fija incluye todas las relaciones entre la variable dependiente y los predictores individuales y barriales, mientras que el término aleatorio resume las variaciones entre los barrios en la variable dependiente que no pueden ser explicadas por los predictores incluidos en el modelo, teniendo en cuenta la correlación entre individuos pertenecientes al mismo barrio.

La creación de los modelos se desarrolló en 4 pasos: 1) Selección de las variables a ser incluidas en cada modelo de acuerdo al estado del arte. 2) Creación de los primeros modelos que incluyeron solo aquellas involucradas con el nivel individual, lo que permitió definir un modelo base. 3) Creación de segundos modelos, en base a los modelos creados en el paso anterior adicionando un coeficiente del intercepto aleatorio y luego incorporando de a una las variables de nivel contextual. 4) Finalmente, se desarrollaron los modelos completos, que incluyeron los predictores individuales y contextuales, junto con el intercepto aleatorio.

Todos los modelos fueron estimados utilizando el software Stata 14.1.

III.6. Recuperación de antecedentes cualitativos del proyecto marco en torno a los niveles de la determinación social y sentidos de la práctica físico-deportiva de las infancias

-Objetivo

A partir de esta dimensión de análisis se intentó reconocer los diferentes niveles de complejidad que median en la determinación social de la práctica físico-deportiva de las infancias y comprender los sentidos que son atribuidos a cada uno de ellos a partir de los discursos de distintos actores vinculados a los niños y niñas que asisten a las escuelas municipales.

-Estrategia de producción de los datos

Pensar acerca de la relativización de los resultados y de la necesidad de combinar un estudio cuantitativo con un diseño cualitativo, sostiene Parisí (2009), constituye una actitud metodológica valiosa. Esta necesidad es fundamental porque, en la medida que se trate de un problema de mayor profundidad, mayor será su necesidad de acceder al “punto de vista del actor”, para introducirle densidad y significatividad a los puros datos cuantitativos interpretados.

La estrategia construida se fundamentó en retomar el proceso de trabajo realizado por el equipo de investigación en las escuelas municipales desde el año 2011, resignificándolo desde las dimensiones teórico-analíticas propuestas para el abordaje del objeto de estudio de la presente Tesis doctoral.

Así, se recuperaron distintos estudios desarrollados a lo largo del trayecto investigativo que, a pesar de haber sido producidos en contextos socio-históricos diferentes y de haber tenido preguntas, objetivos y estrategias propios, compartieron la característica de haber sido abordados desde una mirada cualitativa.

Los discursos obtenidos a partir de distintos estudios o antecedentes de indagación de orden cualitativo constituyeron el sustrato que posibilitó la búsqueda de aquellas categorías analíticas que permitieron pensar e interpretar los resultados logrados desde esta Tesis doctoral. En el Cuadro 1 se explicita el contexto de cada estudio o antecedente de indagación desde el cual se recuperaron los discursos.

Como ya se mencionó anteriormente, los datos que se analizaron fueron contruidos en contextos diversos, en momentos históricos particulares, con objetivos propios y específicos y, además, es importante destacar que los/as sujetos que crearon dichos datos eran también diferentes. Es decir, todos/as estaban vinculados al campo de la salud, formaban parte del equipo de investigación, sin embargo pudieron colocar sus propias percepciones, discursos y expresiones en torno al objeto de estudio al momento de las entrevistas o grupos de discusión, que tal vez condicionaron algunas de las respuestas obtenidas. Sumado a ello, la pertenencia al campo de la salud del/de la entrevistador/a puede condicionar muchas de las respuestas en función de lo que es esperable escuchar acerca de buenas prácticas y creencias sobre la salud. Por tanto, creemos necesario incorporar en la comprensión de los discursos analizados, las condiciones en las que fueron producidos.

Cuadro 1. Contextualización del corpus de análisis.

Estudio ¹⁶	Propósito de la investigación de origen	Técnica	Informante	Cantidad
1 (2011)	Describir la CVRS ¹⁷ en niños y niñas de 8 a 11 años de escuelas municipales y su asociación a factores socioeconómicos y sanitarios y estimar la frecuencia de sobrepeso y obesidad y su impacto en la CVRS, considerando la influencia de factores socioeconómicos, sanitarios y del ambiente escolar.	Comentarios escritos de opinión sobre los temas tratados en la Encuesta de Salud Infantil.	Madres y padres de los escolares	26 comentarios escritos
2 (2013)	Describir las actitudes y percepciones hacia las intervenciones preventivas de la obesidad infantil entre profesionales responsables de la implementación de programas escolares de salud pública.	Entrevistas semi-estructuradas grupales	Autoridades de la Municipalidad: Director General de Educación y Subsecretaria del Nivel Primario.	1 entrevista
			Equipo Interdisciplinario del Programa de Salud Escolar de la Municipalidad: Trabajadora Social, Psicopedagoga, Psicóloga y Nutricionistas.	2 entrevistas
3 (2013)	Indagar acerca de las percepciones de las mujeres sobre la práctica físico-deportiva de sus hijos/as en los barrios.	Entrevistas en profundidad	Mujeres-madres de los escolares	2 entrevistas
4 (2015)	Analizar percepciones, acciones y propuestas de directivos y docentes en torno al rol de la escuela como formadora de hábitos alimentarios y de actividad física en escuelas municipales de Córdoba.	Entrevistas semi-estructuradas	Directoras de escuelas municipales	3 entrevistas
			Grupos de discusión	Docentes de las escuelas municipales

¹⁶ Estudios o antecedentes indagatorios de orden cualitativo.

¹⁷ Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

El corpus de información obtenido fue analizado en base a tres categorías analíticas:

*Nivel individual (estilo de vida): percepciones y concepciones en torno a la práctica físico-deportiva, la salud y recreación, y las relaciones entre ellas.

*Nivel colectivo/barrial (modos de vida): discursos sobre las características del barrio en general, el medio técnico y la dinámica social para la recreación y sus contenidos físico-deportivos.

*Nivel macro/contextual (estructuras): aspectos relacionados con las dimensiones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales que dificultan o favorecen el desarrollo de una recreación desde la práctica físico-deportiva en las infancias.

La sistematización y el análisis de datos hicieron emerger categorías que se interrelacionan, evidenciando que en la realidad dinámica de un fenómeno social se articulan diferentes facetas de una realidad más amplia que lo influyen sobremanera.

III.7. Consideraciones éticas

El equipo de investigación siguió las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos (CIOMS/OMS/1991), Código de Núremberg, Declaración de Helsinki (y sus modificaciones) y las Pautas y Guías de Buenas Prácticas de Investigación en Salud Humana divulgadas por el Consejo de Evaluación Ética de Investigaciones en Salud (COEIS) de la Provincia de Córdoba. Así, el presente trabajo de investigación contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud del Hospital Infantil Municipal de la ciudad de Córdoba (CIEIS-HIM) (ver Anexo II).

CAPÍTULO IV. Resultados

IV.1. Configuraciones de los contenidos físico-deportivos de la recreación de las infancias

El total de niños/as que respondió la ESIN fue de 1.777, distribuidos uniformemente en los tres grados de escolaridad trabajados, siendo el 53% mujeres. El 38% presentó algún grado de exceso de peso y más de la mitad (54%) tuvo una escasa práctica físico-deportiva extra-escolar (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra de escolares de la ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variables	Categorías	n (%)
Sexo	Varones	843 (47,4)
	Mujeres	934 (52,6)
Edad promedio	(promedio+DE)	10,6+1,06
Grado escolar	Cuarto	591 (33,3)
	Quinto	624 (35,2)
	Sexto	558 (31,5)
Recursos materiales del hogar	Escasos	261 (16,9)
	Medios	630 (40,7)
	Altos	657 (42,4)
Estado nutricional antropométrico	Sin exceso de peso	950 (61,7)
	Sobrepeso	338 (22,0)
	Obesidad	251 (16,3)
Apoyo social	Bajo	223 (14,8)
	Medio	622 (41,2)
	Alto	665 (44,0)
Práctica físico-deportiva (según METs)	Escasa (<362 METs)	836 (54,1)
	Intermedia (363-708 METs)	455 (29,4)
	Intensa (>709 METs)	255 (16,5)
Práctica físico-deportiva (según OMS)	Insuficiente (<60 min/día)	682 (44,1)
	Suficiente (>60 min/día)	864 (55,9)
Tiempo dedicado a actividades sedentarias	Menos de 3 horas/día	586 (38,4)
	3 horas/día o más	941 (61,6)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la presente investigación.

Tomando las referencias de la OMS en relación a esta práctica adoptadas por nuestro país a partir del 2007 con el Programa Argentina Camina y en 2013 con el Programa de Lucha contra el Sedentarismo, se puede observar que cerca del 44% de

los escolares no cumplía con los 60 minutos diarios recomendados. Asimismo, cerca del 62% destinó diariamente tres horas o más a actividades sedentarias, durante una semana habitual (Tabla 1).

Por otro lado, 1.312 personas responsables de los/as escolares de las 19 escuelas seleccionadas respondieron la ESIMP. El 86% fueron las madres¹⁸ y, en su mayoría (72%) tuvieron hasta el nivel de escolaridad primario completo. La edad promedio fue de 37 años (DE: 7,56).

IV.1.1. Práctica físico-deportiva de los niños y las niñas en torno a algunas dimensiones socioeconómicas

Tal como se dijo anteriormente, el 56% lograron superar las recomendaciones establecidas mundialmente y adoptadas por nuestro Ministerio de Salud Nacional sobre la práctica físico-deportiva. Sin embargo, si se evalúa en términos de energía gastada, la práctica físico-deportiva del 54% de los/as escolares fue escasa.

Además de ello, hemos constatado diferencias según género, nivel de escolaridad materna y recursos materiales del hogar. Los varones se caracterizan por tener una elevada (METs) y suficiente (OMS) práctica físico-deportiva en comparación con las mujeres (Tabla 2).

Asimismo, en la Tabla 2 se muestra que a medida que se incrementa el nivel de escolaridad de las madres, disminuye la proporción de niños y niñas que tienen una práctica físico-deportiva intensa (baja escolaridad: 20%, media: 13%, alta: 8%; $p=0,049$). Estas diferencias no son observadas si tomamos la práctica físico-deportiva según los criterios de la OMS.

Por otro lado, vemos que a medida que aumentan los recursos materiales disponibles en el hogar, la proporción de niños/as que desarrollan una suficiente e intensa práctica físico-deportiva, se incrementa. Por último, no se encontraron diferencias en la práctica físico-deportiva de estos/as niños/as según el contexto de pobreza barrial (Tabla 2).

¹⁸ De ahora en más, se hablará de madres, dado que son quienes mayormente respondieron la encuesta. Consideramos, a su vez, que estas madres son primeramente mujeres.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de las prácticas físico-deportivas (según METs utilizados y según criterios OMS) desarrolladas por niños y niñas según género y dimensiones socio-económicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Características	Género			Nivel de escolaridad materna			Recursos materiales del hogar			Contextos de pobreza barrial						
	Total (n=1577)	Mujeres (n=838)	Varones (n=739)	Baja (n=1047)	Media (n=319)	Alta (n=73)	Bajos (n=261)	Medios (n=630)	Altos (n=657)	Favorable (n=478)	De transición (n=630)	Crítico (n=205)				
	n (%)	n (%)	n (%)	p*	n (%)	n (%)	n (%)	p*	n (%)	n (%)	n (%)	p*				
Práctica físico-deportiva según METs utilizados																
Escasa	836 (54)	488 (59)	348 (48)	<0,001	453 (50)	154 (56)	35 (56)	0,049	169 (66)	327 (53)	326 (50)	0,001	212 (52)	290 (57)	93 (56)	0,187
Intermedia	455 (29)	232 (28)	223 (31)		274 (30)	86 (31)	23 (36)		62 (24)	186 (30)	200 (31)		140 (34)	143 (28)	56 (33)	
Intensa	255 (17)	106 (13)	149 (21)		170 (20)	36 (13)	5 (8)		26 (10)	105 (17)	122 (19)		58 (14)	79 (15)	18 (11)	
Práctica físico-deportiva según criterios OMS																
Suficiente	864 (56)	433 (52)	431 (60)	0,003	524 (58)	152 (55)	37 (59)	0,607	118 (46)	352 (57)	383 (59)	0,001	241 (59)	269 (52)	89 (53)	0,148
Insuficiente	682 (44)	393 (48)	289 (40)		373 (42)	124 (45)	26 (41)		139 (54)	266 (43)	265 (41)		169 (41)	243 (48)	78 (47)	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes de la presente investigación.

Notas. * p<0,05.

En la Tabla 3 se analizan ambas variables dependientes sobre la práctica físico-deportiva, ajustadas por variables socioeconómicas, demográficas y de estilos de vida. Allí se observa que se mantienen las diferencias expuestas en la Tabla 2, especificando que quienes poseen escasos recursos materiales en sus hogares tienen el doble de chances de una práctica físico-deportiva escasa en comparación con aquellos/as con elevados recursos materiales ($p < 0,001$ en ambas variables).

Tabla 3. Odds ratio (OR) de la escasa e insuficiente práctica físico-deportiva ajustada por variables socio-económicas y de estilos de vida. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

	Escasa práctica*		Insuficiente práctica**	
	OR (IC95%)	Valor p	OR (IC95%)	Valor p
Grado de escolaridad				
6°	1	-	1	-
5°	0,96 (0,70-1,31)	0,785	0,91 (0,67-1,24)	0,565
4°	1,38 (0,99-1,91)	0,051	1,30 (0,94-1,78)	0,109
Sexo				
Masculino	1	-	1	-
Femenino	1,29 (0,99-1,68)	0,059	1,08 (0,84-1,41)	0,537
Nivel de escolaridad materna				
Alta	1	-	1	-
Media	0,86 (0,64-1,16)	0,335	0,89 (0,66-1,20)	0,447
Baja	1,16 (0,72-1,88)	0,532	1,12 (0,71-1,77)	0,631
Recursos materiales del hogar				
Altos	1	-	1	-
Medios	1,05 (0,79-1,39)	0,734	1,02 (0,78-1,36)	0,847
Bajos	2,03 (1,38-3,00)	<0,001	1,92 (1,33-2,77)	<0,001
Contexto de pobreza barrial				
Favorable	1	-	1	-
De transición	1,33 (1,00-1,77)	0,048	1,39 (1,05-1,85)	0,020
Crítico	1,34 (0,89-2,01)	0,161	1,49 (0,99-2,22)	0,052
Tiempo dedicado a actividades sedentarias				
Bajo	1	-	1	-
Medio	0,57 (0,41-0,78)	0,001	0,81 (0,60-1,10)	0,178
Alto	0,24 (0,16-0,36)	<0,001	0,36 (0,24-0,54)	<0,001
Estado nutricional antropométrico				
Sin exceso de peso	1	-	1	-
Sobrepeso	1,10 (0,80-1,52)	0,542	0,95 (0,69-1,30)	0,737
Obesidad	1,00 (0,70-1,44)	0,978	1,03 (0,72-1,46)	0,877

Notas. *Según METs; **Según criterios OMS.

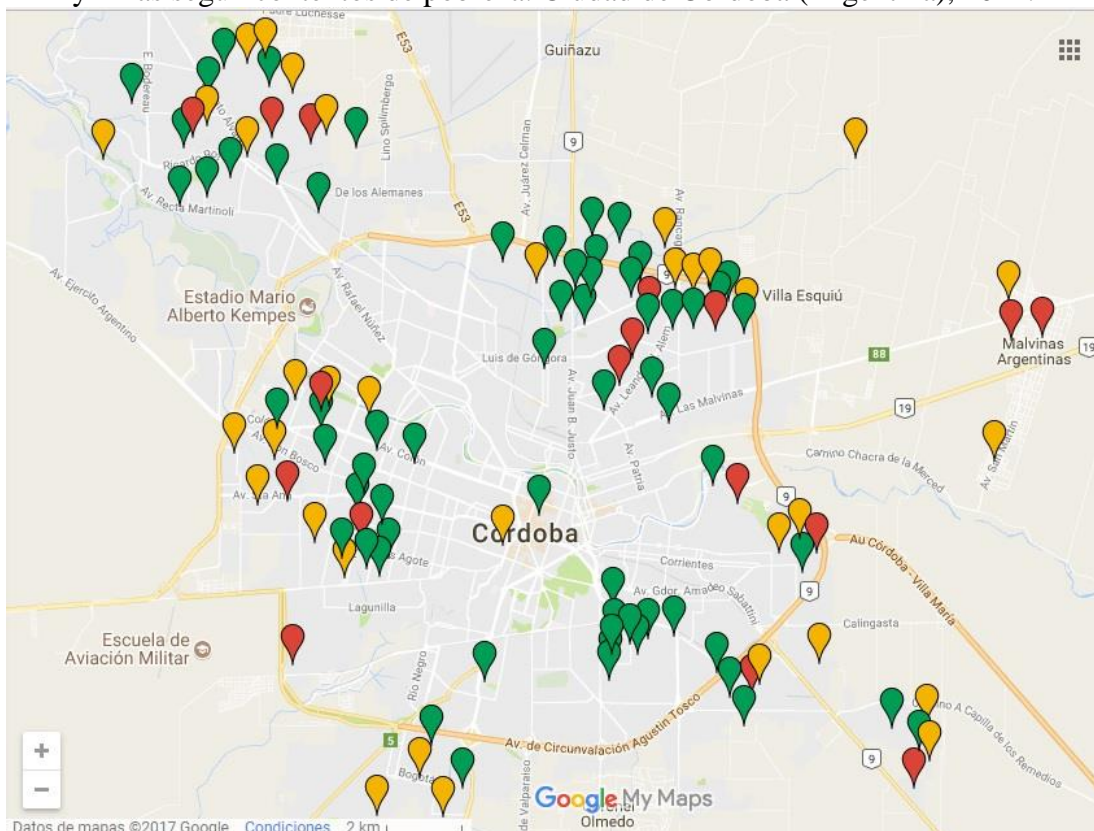
Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes de la presente investigación.

Por otro lado, los/as niños/as que viven en barrios con contextos de pobreza de transición tienen entre un 33 y 39% más chances de una escasa e insuficiente práctica físico-deportiva, respectivamente, en comparación con los barrios con contextos favorables, diferencia que no se evidenció en el análisis bivariado. Por último, no se encontraron efectos de la escolaridad materna sobre las variables dependientes estudiadas.

IV.1.2. Oferta de espacios de recreación en los barrios

Los niños y las niñas incluidos en este estudio pertenecieron a 116 barrios de diferentes zonas geográficas de la ciudad (Figura 1).

Figura 1. Distribución geográfica de los distintos barrios donde habitaban los niños y niñas según contextos de pobreza. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Notas: Contexto de pobreza favorable (verde), de transición (amarillo) y crítico (rojo).
Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes de la presente investigación.

La plaza es el espacio de recreación que se encuentra en mayor medida en los barrios de la ciudad, dado que cerca del 90% de las madres dice tener una en su barrio y, de ellas, el 72% refiere tener una a menos de cinco cuadras de distancia de su vivienda. Más allá de estos datos, es importante destacar que casi el 11%, es decir, 116 madres de 37 barrios diferentes, refirieron no tener una plaza en su barrio (Tabla 4). Entre ellas, 19 viven en barrio Miralta, 18 en Villa Urquiza y 17 en Villa 9 de Julio.

Asimismo, cabe resaltar también que cerca de la mitad y más dijeron no contar con clubes de barrio, senderos para caminar o andar en bicicleta, gimnasios o salones cerrados, canchas de otros deportes y escuelas con espacios abiertos al público, en sus respectivos barrios (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de frecuencias de espacios ausentes para el uso recreativo en los distintos barrios, según las madres, y barrios de pertenencia. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

	Madres que refirieron su ausencia n (%)	Barrios de pertenencia de esas madres n
Plaza o parque	116 (10,6)	37
Cancha de fútbol	210 (23,3)	62
Otros espacios	257 (31,7)	66
Club	432 (46,9)	67
Senderos	439 (48,6)	74
Gimnasio o salones	439 (56,4)	72
Canchas de otros deportes	453 (58,1)	75
Escuela con espacios abiertos	643 (82,6)	89

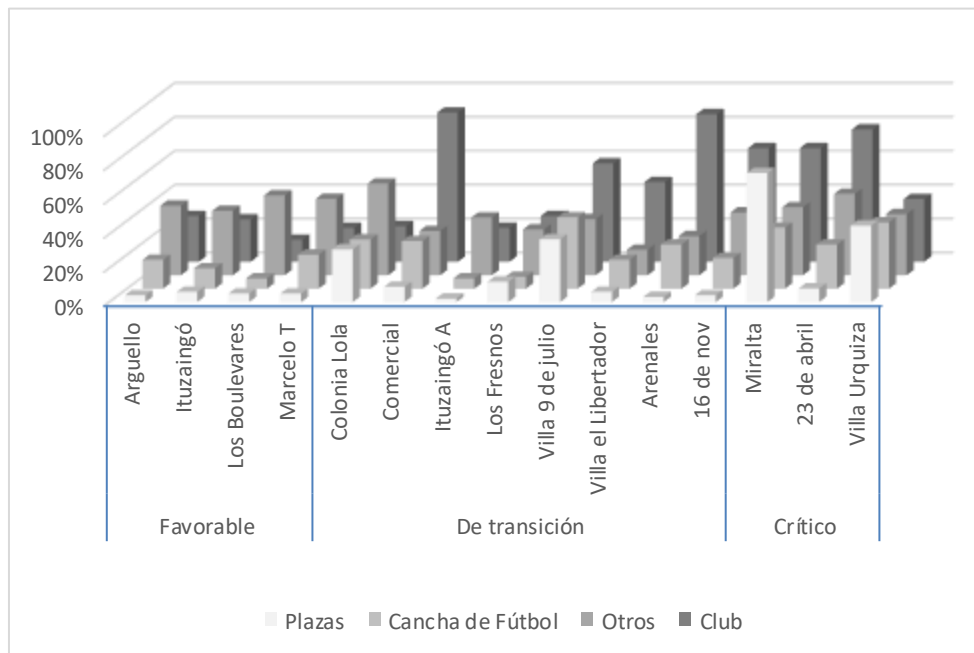
Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes de la presente investigación.

Se seleccionaron aquellos barrios en los que se había obtenido mayor cantidad de respuestas de la ESIMP (15 o más) y se analizó la ausencia de algunos espacios puntuales por ser los más utilizados (plaza, club, cancha de fútbol y otros espacios al aire libre).

Allí, vimos que en los seis primeros barrios que aparecen en la Figura 1, más del 50% de las madres encuestadas dijo no tener un club. En el caso de barrio Miralta, más de la mitad de las madres encuestadas (19 de 25) dijo no tener una plaza en su barrio y en Villa Urquiza, el 45% (18 de 40). Tomando a la cancha de fútbol, el 42% de las madres de Villa 9 de Julio (17 de 40) dijo no tener una en su barrio. Los

tres barrios mencionados son los que muestran una ausencia de carácter transversal, dado que al menos el 30% de las madres dicen que no disponen de ninguno de los cuatro espacios analizados en sus barrios (Figura 2).

Figura 2. Distribución de frecuencias de espacios recreativos ausentes en cada barrio según contextos de pobreza barrial. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Tomando el contexto de pobreza barrial, vemos que aquellos barrios con contextos favorables tienen menor frecuencia relativa de ausencia de los espacios trabajados, observándose en la figura barras bastante homogéneas. También se puede evidenciar que el espacio más ausente son los “baldíos y otros espacios al aire libre”, demostrando que en estos barrios existen pocos espacios no estructurados o informales para la práctica físico-deportiva.

Por otro lado, en los barrios con contextos de transición se observa algo más de heterogeneidad en sus resultados, observándose que espacios particulares como el club, no se encuentran presentes en la mayoría de los barrios. Además, sobresale la ausencia de plazas (mencionada anteriormente) en los barrios Villa 9 de Julio y Colonia Lola, a la vez que de canchas de fútbol en el primero, y de otros espacios al aire libre como baldíos, en el segundo.

Finalmente, en aquellos barrios con contextos de pobreza crítica, se observa que reaparece una nueva homogeneidad, con algunos casos extremos como la

ausencia de plazas (Miralta y Villa Urquiza) y clubes (23 de abril y Miralta). Dicha homogeneidad, a diferencia de los barrios con contextos favorables, muestra mayor proporción de ausencias.

IV.1.2.1. Disponibilidad de los distintos espacios de recreación según dimensiones socioeconómicas

En consonancia con lo expresado en el análisis de la Figura 1, la ausencia de los diferentes espacios de recreación, según las repuestas de las madres encuestadas, muestra una estrecha relación con el contexto de pobreza barrial. Así, detectamos que a medida que empeora el contexto de pobreza barrial, aumenta la frecuencia de ausencia de cada espacio de recreación y disminuye la frecuencia de su disponibilidad en el barrio. Esta tendencia ocurre en todos los casos, a excepción de los baldíos y otros espacios al aire libre y de la escuela con instalaciones abiertas al público, donde no se observan asociaciones estadísticamente significativas (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencias de la disponibilidad de espacios, según dimensiones socioeconómicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Espacios de recreación en los barrios	Contexto de pobreza barrial				p*	Nivel de escolaridad materna			p*	Recursos materiales del hogar			p*
	Total (n=1577)	Favorable (n=478)	De Transición (n=629)	Crítico (n=205)		Baja (n=1047)	Media (n=319)	Alta (n=73)		Bajos (n=261)	Medios (n=630)	Altos (n=657)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Plaza													
No disponible	116 (11)	22 (5)	50 (10)	44 (29)	<0,001	92 (12)	20 (8)	3 (5)	0,106	16 (10)	40 (11)	35 (8)	0,580
Disponible	975 (89)	477 (95)	477 (90)	108 (71)		690 (88)	216 (92)	60 (95)		139 (90)	338 (89)	377 (92)	
Cancha de fútbol													
No disponible	210 (23)	55 (17)	108 (25)	47 (32)	0,001	166 (26)	33 (16)	10 (19)	0,016	29 (23)	82 (27)	76 (22)	0,390
Disponible	692 (77)	269 (83)	325 (75)	98 (68)		476 (74)	168 (84)	43 (81)		97 (77)	225 (73)	266 (78)	
Baldíos y otros													
No disponible	257 (32)	105 (36)	106 (28)	46 (35)	0,056	195 (34)	43 (24)	16 (36)	0,031	44 (39)	90 (33)	88 (29)	0,126
Disponible	553 (68)	189 (64)	278 (72)	86 (65)		382 (66)	139 (76)	29 (64)		69 (61)	185 (77)	219 (71)	
Senderos													
No disponible	439 (49)	127 (38)	225 (52)	87 (60)	<0,001	327 (51)	84 (43)	23 (43)	0,091	53 (44)	148 (47)	172 (49)	0,635
Disponible	464 (51)	203 (62)	204 (48)	57 (40)		317 (49)	113 (57)	31 (57)		66 (56)	165 (53)	176 (51)	
Club de deportes													
No disponible	432 (47)	99 (28)	249 (58)	84 (59)	<0,001	325 (49)	85 (44)	18 (30)	0,011	64 (54)	160 (50)	165 (43)	0,307
Disponible	490 (53)	253 (72)	178 (42)	59 (41)		335 (51)	109 (56)	42 (70)		55 (46)	157 (50)	191 (54)	
Gimnasios o salones													
No disponible	439 (56)	108 (38)	234 (64)	97 (74)	<0,001	347 (63)	73 (42)	15 (30)	<0,001	56 (57)	166 (61)	156 (52)	0,114
Disponible	339 (44)	175 (62)	130 (36)	34 (26)		200 (37)	102 (58)	35 (70)		42 (43)	107 (39)	143 (48)	
Canchas de otros deportes													
No disponible	453 (58)	116 (43)	232 (61)	105 (83)	<0,001	352 (63)	81 (48)	17 (38)	<0,001	63 (63)	172 (64)	159 (53)	0,017
Disponible	327 (42)	155 (57)	151 (39)	21 (17)		208 (37)	89 (52)	28 (62)		37 (37)	96 (36)	141 (47)	
Escuela con instalaciones abiertas													
No disponible	643 (83)	214 (83)	315 (82)	114 (84)	0,787	468 (83)	137 (81)	34 (87)	0,655	82 (82)	224 (82)	248 (83)	0,978
Disponible	136 (17)	45 (17)	70 (18)	21 (16)		98 (17)	32 (19)	5 (13)		18 (18)	49 (18)	52 (17)	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.

Notas: * p<0,05.

En esta misma línea de análisis, en la Tabla 5 se toma también el nivel de escolaridad materna como variable de agrupación, en la que se observa una tendencia similar a la observada con el contexto de pobreza barrial. Dichas tendencias son corroboradas en los siguientes espacios ausentes: cancha de fútbol (escolaridad baja: 26% vs. escolaridad alta: 19%; $p=0,016$), baldíos y otros espacios al aire libre (baja: 34% vs. media: 24%; $p=0,031$), club de deportes (baja: 49% vs. alta: 30%; $p=0,011$), gimnasios o salones (baja: 63% vs. alta: 30%; $p<0,001$) y canchas de otros deportes (baja: 63% vs. alta: 38%; $p<0,001$).

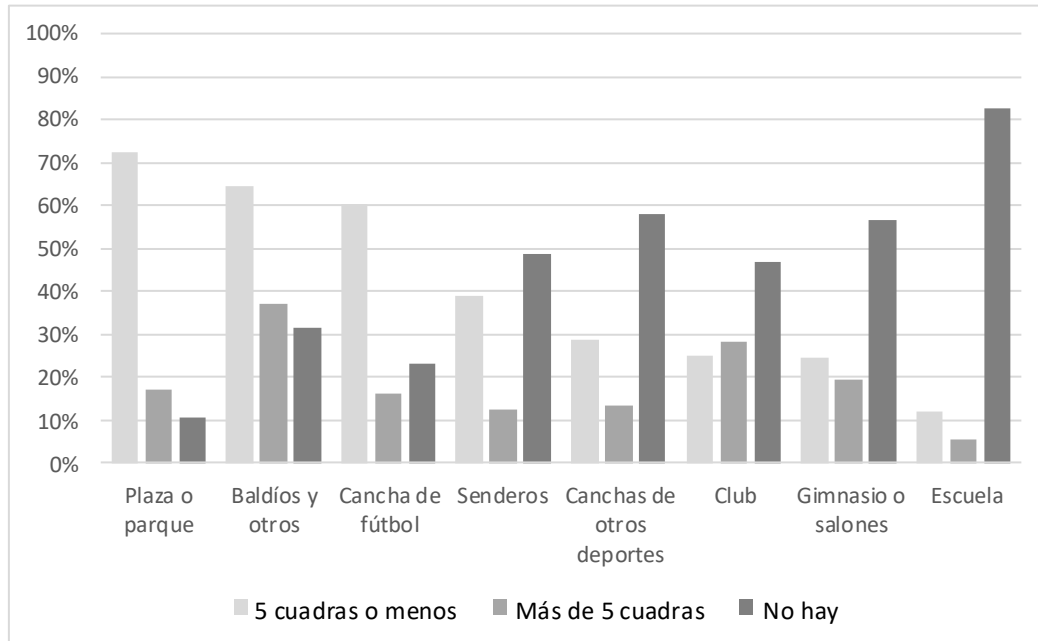
Con relación a los recursos materiales del hogar, se encontraron diferencias únicamente en la ausencia/presencia de canchas de otros deportes, donde se observa que el 63% de madres con bajos recursos dijo que no había canchas para otros deportes, mientras que el 53% de madres de altos recursos sostuvo lo mismo ($p=0,017$).

IV.1.3. Acceso a los espacios de recreación en los barrios

IV.1.3.1. Distancia a los distintos espacios de recreación

Entre los distintos lugares disponibles en los barrios a menos de cinco cuadras de distancia de los hogares de los/as niños/as, 788 madres (72%) refirieron a la plaza (media de 4,4 cuadras; $DE=5,3$); los baldíos y otros espacios al aire libre con 523 madres (65%) que dijeron tener uno a menos de cinco cuadras de sus viviendas (media de 2,1; $DE=2,3$), y la cancha de fútbol con 546 madres (61%) que refirieron tenerla cerca (media de 4,3 cuadras; $DE=4,9$). Además, las madres indicaron contar con un promedio cercano a 3,2 ($DE=1,9$) lugares a menos de 10 cuadras de distancia de sus hogares. Sólo el 24% ($n=229$) dijo tener un club de barrio a menos de 5 cuadras de distancia. Asimismo, la Figura 3 muestra un gradiente negativo entre la mayor cercanía y la ausencia de cada espacio en los barrios: a mayor proporción de madres que refieren la cercanía de cada espacio, menor frecuencia de madres que dicen no existir esos espacios en los barrios, lo mismo de manera inversa (Figura 3).

Figura 3. Distribución de frecuencias de la distancia hacia los distintos espacios de recreación en cada barrio, según las madres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Al asociar la distancia a los distintos espacios de recreación de los barrios en función del contexto de pobreza barrial, encontramos diferencias estadísticamente significativas sólo en el caso de las plazas. Es decir que a medida que empeora el contexto de pobreza barrial, se reduce la frecuencia de madres que refiere tener una plaza a menos de cinco cuadras de distancia de sus hogares (favorable: 86,7%; de transición: 75,8% y crítico: 74, 1%; $p < 0,001$).

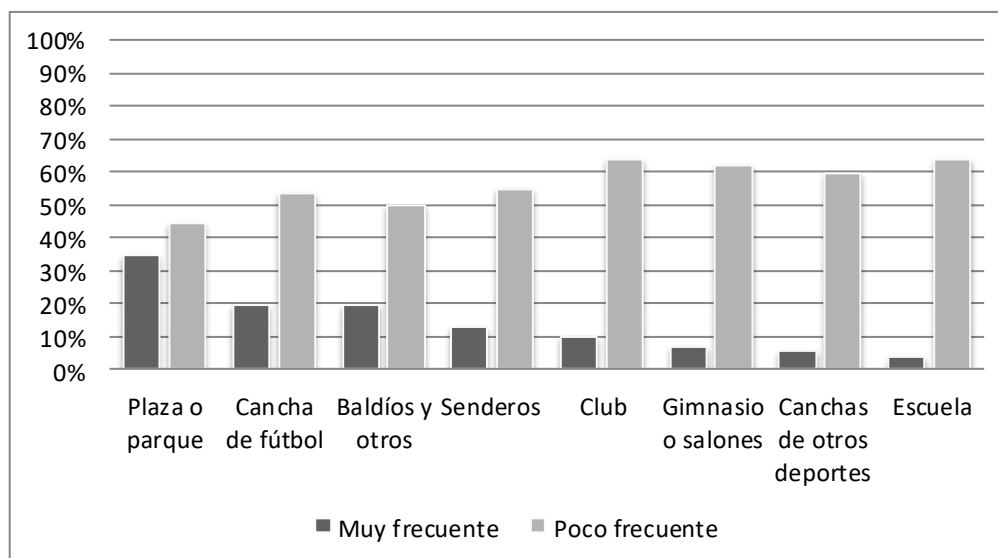
IV.1.3.2. Utilización de los espacios recreativos barriales

IV.1.3.2.1. Frecuencia de utilización físico-deportiva de los diferentes espacios barriales

Los tres lugares más utilizados (una vez por semana o más) para la práctica físico-deportiva de la recreación fueron, en primer término, la plaza o parque (34,8%), luego, la cancha de fútbol (19,7%), y en tercer lugar, baldíos y otros espacios al aire libre (19,4%). Solo el 3,6% de las madres consideró al uso de las instalaciones de las escuelas en horario extraescolar como un espacio para la recreación de los/as niños/as. Sin embargo, también vemos que en todos los espacios

propuestos hay una mayor cantidad de madres que refieren su utilización poco frecuente en comparación con las que hablan de una utilización frecuente (Figura 4).

Figura 4. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva de los espacios de recreación disponibles en los barrios, según las madres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Se puede notar que, a pesar de que los lugares están disponibles a una distancia cercana, su utilización es reducida. Por ejemplo, el 60% (n=546) de las madres señalaron que tenían una cancha de fútbol a menos de cinco cuadras de sus viviendas, sin embargo, menos de la mitad de ellas (n=250) refirieron una utilización frecuente por parte de sus hijos/as para realizar alguna práctica físico-deportiva.

La distancia a los distintos espacios se asoció con la frecuencia de su utilización. La frecuencia de una alta utilización de las plazas o parques entre quienes vivían cerca fue mayor que entre quienes vivían lejos (50,3% vs. 31,2%; $p=0,001$); y la utilización de al menos una vez por semana de senderos para caminar o andar en bicicleta fue mayor entre quienes vivían cerca que entre quienes vivían lejos (35,8% vs. 20,4%; $p=0,025$). No obstante, entre quienes viven cerca de la plaza, la frecuencia de utilización alta y baja fue prácticamente la misma (50,3% vs. 49,7%), mientras que entre quienes viven lejos, la diferencia entre la utilización alta y baja varía ampliamente (31,2% vs. 68,8%) (Tabla 6).

Asimismo, la baja frecuencia de utilización de gimnasios o salones y de la cancha de fútbol fue mayor cuando lo/as niños/as vivían a una distancia mayor a 10

cuadras, pero esta asociación no alcanzó significación estadística. No se corroboraron asociaciones estadísticamente significativas entre la distancia y frecuencia de utilización del resto de los lugares (Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre la distancia hacia los lugares de recreación y la frecuencia de su utilización físico-deportiva por parte de los/as niños/as en edad escolar. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Distancia hacia los lugares de recreación		Frecuencia de utilización de los lugares de recreación		n (%)	Valor <i>p</i> *
		Alta n (%)	Baja n (%)		
Plaza o parque	Cerca	432 (50,3)	427 (49,7)	859 (100)	0,001
	Lejos	25 (31,2)	55 (68,8)	80 (100)	
Cancha de fútbol	Cerca	237 (38,4)	380 (61,6)	617 (100)	0,090
	Lejos	10 (25,0)	30 (75,0)	40 (100)	
Baldíos y otros espacios al aire libre	Cerca	218 (43,0)	289 (57,0)	507 (100)	0,445
	Lejos	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)	
Senderos para caminar o andar en bicicleta	Cerca	134 (35,8)	240 (64,2)	374 (100)	0,025
	Lejos	11 (20,4)	43 (79,6)	54 (100)	
Club de deportes	Cerca	90 (23,8)	288 (76,2)	378 (100)	0,629
	Lejos	26 (21,7)	94 (78,3)	120 (100)	
Gimnasio o salones	Cerca	61 (21,6)	221 (78,4)	282 (100)	0,065
	Lejos	5 (10,2)	44 (89,8)	49 (100)	
Canchas de otros deportes	Cerca	51 (19,8)	206 (80,2)	257 (100)	0,469
	Lejos	6 (15,0)	34 (85,0)	40 (100)	
Escuela con instalaciones abiertas al público	Cerca	20 (20,2)	79 (79,8)	99 (100)	0,136
	Lejos	1 (5,6)	17 (94,4)	18 (100)	

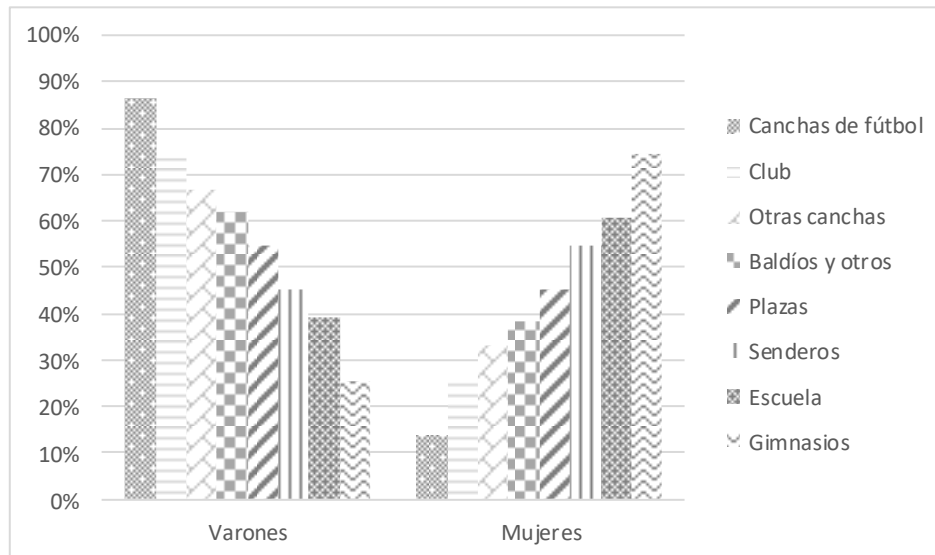
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.

Notas: **p*<0,05

IV.1.3.2.2. Frecuencia de utilización físico-deportiva de los espacios según género y variables socioeconómicas

El análisis de la frecuencia de utilización físico-deportiva de los distintos espacios mostró que los varones utilizaron más frecuentemente las plazas o parques ($p < 0,01$), canchas de fútbol ($p < 0,01$), baldíos u otros espacios al aire libre ($p < 0,01$), club ($p < 0,01$), canchas de otros deportes ($p = 0,001$); mientras que las niñas concurren más a gimnasios o salones ($p < 0,01$) (Figura 5).

Figura 5. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva muy frecuente de los distintos espacios de recreación, según sexo. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011



Tal como se muestra en la Tabla 7, la frecuencia de utilización físico-deportiva de la mayoría de los lugares no se asoció con el contexto de pobreza barrial, dado que encontramos que a medida que empeora el contexto de pobreza barrial, solo disminuye el uso frecuente de plazas ($p < 0,001$) y gimnasios ($p = 0,003$). De manera similar, el nivel de escolaridad materna mostró asociación con el uso de gimnasios o salones, cuya utilización por parte de las niñas y los niños aumentó a medida que la escolaridad de las madres se incrementó: 8,7% de uso frecuente con madres de escolaridad baja; 13,9% con madres de escolaridad media y un 16,3% con madres de escolaridad alta ($p = 0,039$).

Por último, si tomamos el nivel de recursos materiales del hogar como indicador de nivel socioeconómico familiar, encontramos que se modifican las asociaciones estadísticamente significativas. En este caso, la frecuencia de alta utilización de los clubes se incrementa en la medida que aumentan los recursos materiales del hogar ($p = 0,008$). Esta misma tendencia es observada en el caso de las escuelas con instalaciones abiertas al público ($p = 0,017$) (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva de los distintos espacios para la recreación de los/as niños/as, según dimensiones socioeconómicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Espacios de recreación en los barrios	Contexto de pobreza barrial				p*	Nivel de escolaridad materna			p*	Recursos materiales del hogar			p*
	Total (n=1577)	Favorable (n=478)	De transición (n=629)	Crítico (n=205)		Baja (n=1047)	Media (n=319)	Alta (n=73)		Bajos (n=261)	Medios (n=630)	Altos (n=657)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Plaza													
Baja	667 (56)	201 (49)	290 (57)	109 (72)	<0,001	392 (57)	126 (54)	31 (57)	0,658	91 (60)	216 (57)	216 (53)	0,306
Alta	522 (44)	212 (51)	218 (43)	43 (28)		296 (43)	109 (46)	23 (43)		60 (40)	162 (43)	188 (47)	
Cancha de fútbol													
Baja	803 (73)	269 (72)	327 (71)	112 (72)	0,946	465 (73)	150 (71)	37 (75)	0,803	97 (71)	251 (73)	266 (72)	0,917
Alta	295 (27)	104 (28)	133 (29)	44 (28)		175 (27)	61 (29)	12 (25)		39 (29)	94 (27)	106 (28)	
Baldíos y otros													
Baja	745 (72)	256 (74)	315 (72)	109 (74)	0,762	441 (73)	149 (72)	33 (67)	0,637	93 (74)	252 (76)	248 (70)	0,271
Alta	287 (28)	89 (26)	123 (28)	39 (26)		161 (27)	59 (28)	16 (33)		33 (26)	80 (24)	104 (30)	
Senderos													
Baja	825 (81)	276 (78)	356 (82)	122 (87)	0,056	478 (80)	168 (82)	35 (73)	0,332	106 (83)	260 (81)	283 (79)	0,712
Alta	193 (19)	77 (22)	76 (18)	18 (13)		116 (20)	36 (18)	13 (27)		22 (17)	62 (19)	73 (21)	
Club de deportes													
Baja	953 (86)	328 (84)	399 (87)	124 (86)	0,365	554 (87)	184 (86)	47 (82)	0,666	117 (89)	312 (90)	316 (83)	0,008
Alta	156 (14)	63 (16)	58 (13)	21 (14)		85 (13)	30 (14)	10 (17)		14 (11)	35 (10)	67 (17)	
Gimnasios o salones													
No disponible	938 (90)	315 (86)	402 (93)	126 (92)	0,003	547 (91)	180 (86)	41 (84)	0,039	114 (91)	290 (89)	322 (87)	0,496
Disponible	99 (10)	52 (14)	31 (7)	11 (8)		52 (9)	29 (14)	8 (16)		11 (9)	35 (11)	46 (13)	
Canchas de otros deportes													
Baja	899 (91)	306 (89)	374 (90)	127 (95)	0,112	518 (91)	176 (91)	44 (90)	0,912	109 (91)	293 (92)	298 (89)	0,368
Alta	90 (9)	36 (11)	41 (10)	6 (5)		49 (9)	18 (9)	5 (10)		11 (9)	24 (8)	36 (11)	
Escuela con instalaciones abiertas													
Baja	952 (95)	326 (95)	398 (95)	130 (95)	0,983	551 (95)	188 (94)	46 (94)	0,947	116 (96)	306 (97)	320 (92)	0,017
Alta	52 (5)	18 (5)	23 (5)	7 (5)		30 (5)	11 (6)	3 (6)		5 (4)	10 (3)	28 (8)	

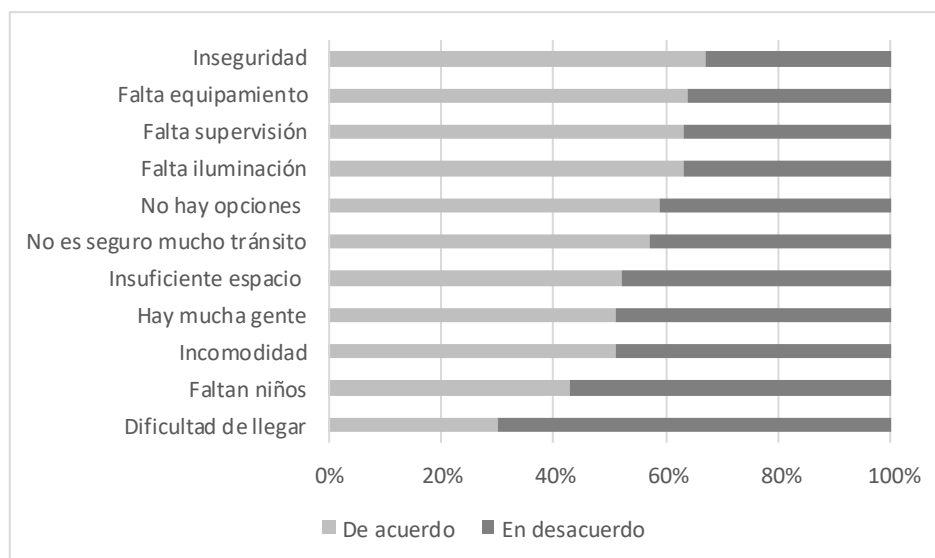
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.

Notas: * p<0,05.

IV.1.3.3. Barreras percibidas en el acceso y utilización físico-deportiva de los espacios recreativos barriales

Las barreras que las madres reconocieron como más influyentes para la práctica físico-deportiva de los/as niños/as en sus barrios de residencia fueron: en primer lugar, la inseguridad con un 67% de adherencia; luego, la falta de equipamiento adecuado, de iluminación y de supervisión de una persona adulta, casi en una misma proporción (entre el 63 y 64%); en tercer término, la ausencia de opciones de actividades (59%) junto con la inseguridad vial (57%); luego, cercano a un 50% de adhesión, el insuficiente espacio para estas prácticas, el exceso de gente y la incomodidad, molestia o aburrimiento de los/as niños/as en los espacios barriales. Finalmente, las barreras con las que menos acuerdan las madres como impedimento para la práctica físico-deportiva en los barrios son: la ausencia de otros/as niños/as en el lugar (43%) y la dificultad de llegar hasta allí (30%) (Figura 6).

Figura 6. Distribución de frecuencias de las distintas barreras percibidas por las madres para el desarrollo de contenidos físico-deportivos de la recreación de los/as niños/as en los barrios de la ciudad de Córdoba (Argentina), 2011



La frecuencia de uso de algunos espacios mostró diferencias en función de las distintas barreras percibidas por las mujeres-madres para la práctica físico-deportiva en los barrios. Por ejemplo, a medida que aumenta la frecuencia de uso de la cancha de fútbol, la proporción de madres que perciben a la inseguridad como barrera

disminuyó (nunca: 72% vs. una vez por semana o más: 60%; $p=0,003$); la misma tendencia se observó en la frecuencia de uso de plazas en función de la barrera “ausencia de otros/as niños/as en el lugar” (nunca: 53% vs. una vez por semana o más: 38%; $p=0,017$) y en función de la barrera “dificultad de llegar al lugar” (nunca: 41% vs. una vez por semana o más: 22%; $p<0,001$). Una tendencia similar se observó en el uso de senderos para caminar o andar en bicicleta en función de la “dificultad de llegar” (nunca: 33% vs. una vez por semana o más: 20%; $p=0,033$).

Por otro lado, las barreras percibidas por las madres para la práctica físico-deportiva en los barrios evidencia algunas diferencias según el contexto de pobreza barrial. Se observa que el porcentaje de madres que perciben como barrera al insuficiente espacio, aumenta en la medida que empeora el contexto de pobreza barrial (escolaridad baja: 44,7%; media: 53,9% y alta: 60,9%; $p=0,002$). Una tendencia similar sucede con la barrera de incomodidad, molestia o aburrimiento de los/as niños/as (escolaridad baja: 45,6%; media: 53,1% y alta: 57,8%; $p=0,024$) y con la dificultad de llegar a un lugar para dicha práctica (escolaridad baja: 24,2%; media: 31,4% y alta: 39,3%; $p=0,003$) (Tabla 8).

Además, la frecuencia con la que se manifestaron las barreras, revela diferencias entre grupos según nivel de escolaridad materna. Por ejemplo, la percepción de la inseguridad como barrera para el desarrollo físico-deportivo en el barrio, es mayor en la medida que la escolaridad materna aumenta. Asimismo, la falta de opciones de actividades, de equipamiento, de iluminación y de supervisión de los/as niños/as por parte de una persona adulta parecen ser barreras más importantes para las madres con nivel medio de escolaridad, en segunda instancia para aquellas de nivel alto y por último para las madres con baja escolaridad. La ausencia de otros/as niños/as en el lugar es una barrera mencionada mayormente por las madres con el menor nivel de escolaridad. El hecho de que haya mucha gente en el lugar donde los/as niños/as van a desarrollar estas prácticas, resulta ser un impedimento mayor para las madres con nivel de escolaridad bajo, que disminuye su frecuencia en tanto aumenta la escolaridad (Tabla 8).

Cabe aclarar que la relación entre la percepción de inseguridad en función de la escolaridad materna se da de manera independiente de otros condicionantes sociodemográficos y económicos. Encontramos que, comparado con aquellas madres con nivel de escolaridad baja, el tener escolaridad alta multiplica por 2,4 las probabilidades de percibir la inseguridad como una barrera importante para la práctica físico-deportiva en el barrio ($p<0,001$).

Al comparar las distintas barreras percibidas para la práctica físico-deportiva en el barrio con los recursos materiales del hogar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos estratos (Tabla 8).

Por último, al analizar las diferencias por género, es decir, si las madres de las niñas percibieron como importantes barreras diferentes a las madres de los niños, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en este sentido. Por lo tanto, la percepción de las madres respecto de los impedimentos para la práctica físico-deportiva en los barrios no depende del ser niña o niño.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las barreras percibidas por las madres para la práctica físico-deportiva de los/as niños/as en sus barrios, según dimensiones socioeconómicas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Barreras reconocidas	Contexto de pobreza barrial				p*	Nivel de escolaridad materna			p*	Recursos materiales del hogar			p*
	Total (n=1577) n (%)	Favorable (n=478) n (%)	Transición (n=629) n (%)	Crítico (n=205) n (%)		Baja (n=1047) n (%)	Media (n=319) n (%)	Alta (n=73) n (%)		Bajos (n=261) n (%)	Medios (n=630) n (%)	Altos (n=657) n (%)	
Insuficiente espacio													
No	486 (48)	194 (55)	203 (46)	59 (39)	0,002	342 (48)	107 (45)	30 (54)	0,467	68 (49)	152 (48)	171 (48)	0,966
Si	522 (52)	157 (45)	237 (54)	92 (61)		364 (52)	130 (55)	26 (46)		71 (51)	167 (52)	187 (52)	
Faltan opciones de actividad													
No	425 (41)	157 (43)	185 (41)	60 (38)	0,520	318 (44)	82 (34)	23 (40)	0,022	65 (46)	129 (39)	152 (41)	0,308
Si	612 (59)	204 (57)	270 (59)	96 (62)		411 (56)	162 (66)	34 (60)		75 (54)	203 (61)	222 (59)	
Falta equipamiento													
No	361 (36)	131 (37)	156 (36)	52 (35)	0,967	280 (40)	59 (25)	18 (33)	<0,001	50 (37)	118 (37)	123 (34)	0,724
Si	640 (64)	227 (63)	275 (64)	95 (65)		423 (60)	176 (75)	36 (67)		84 (63)	204 (63)	237 (66)	
Falta supervisión de un/a adulto													
No	365 (37)	124 (35)	166 (38)	62 (36)	0,742	277 (39)	66 (28)	16 (30)	0,006	50 (37)	111 (35)	130 (35)	0,913
Si	633 (63)	228 (65)	273 (62)	93 (64)		424 (61)	166 (72)	38 (70)		84 (63)	202 (65)	238 (65)	
Ausencia de otros/as niños/as													
No	550 (57)	211 (62)	231 (55)	76 (52)	0,075	366 (54)	146 (64)	34 (64)	0,015	71 (55)	171 (55)	201 (57)	0,864
Si	416 (43)	129 (38)	186 (45)	69 (48)		311 (46)	81 (36)	19 (36)		57 (45)	137 (45)	149 (43)	
Hay inseguridad													
No	372 (34)	122 (31)	163 (34)	57 (36)	0,446	292 (37)	62 (25)	14 (23)	<0,001	51 (35)	114 (32)	137 (34)	0,745
Si	730 (66)	271 (69)	314 (66)	101 (64)		487 (63)	190 (75)	46 (77)		94 (65)	240 (68)	261 (66)	
Incomodidad, molestia o aburrimiento de los/as niños/as													
No	474 (49)	191 (54)	197 (47)	60 (42)	0,024	330 (48)	113 (49)	27 (49)	0,986	69 (55)	150 (47)	179 (51)	0,302
Si	501 (51)	160 (46)	223 (53)	82 (58)		350 (52)	117 (51)	28 (51)		56 (45)	167 (53)	172 (49)	
Hay mucho tránsito													
No	437 (43)	143 (39)	206 (46)	59 (41)	0,170	323 (45)	86 (36)	23 (40)	0,077	56 (43)	139 (42)	158 (43)	0,904
Si	588 (57)	219 (61)	243 (54)	85 (59)		399 (55)	150 (64)	34 (60)		75 (57)	195 (58)	207 (57)	
Hay mucha gente													
No	476 (49)	186 (53)	196 (47)	60 (43)	0,095	317 (47)	123 (54)	32 (59)	0,049	64 (50)	156 (51)	167 (47)	0,656
Si	495 (51)	165 (47)	220 (53)	79 (57)		363 (63)	105 (46)	22 (41)		63 (50)	153 (49)	187 (53)	
Falta iluminación													
No	381 (36)	132 (35)	178 (39)	49 (32)	0,216	285 (38)	72 (29)	20 (37)	0,033	60 (42)	124 (37)	134 (36)	0,451
Si	669 (64)	242 (65)	272 (61)	102 (68)		455 (62)	174 (71)	34 (63)		83 (58)	211 (63)	238 (64)	
Dificultad de llegar al lugar													
No	677 (69)	263 (76)	293 (69)	85 (61)	0,003	460 (67)	173 (75)	38 (72)	0,071	86 (65)	208 (68)	259 (73)	0,203
Si	300 (31)	84 (24)	134 (31)	55 (39)		224 (33)	57 (25)	15 (28)		46 (35)	97 (32)	97 (27)	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.

Notas: * p<0,05.

IV.2. Modelos explicativos en torno a los componentes físico-deportivos de la recreación en las infancias a partir de ecuaciones estructurales

IV.2.1. Descripción de la muestra en torno a las dimensiones de estudio

En esta dimensión de análisis se consideraron los datos provenientes de 1.777 niños y niñas con sus respectivas madres. Dado que para el siguiente análisis se desarrollaron modelos diferenciados para varones y mujeres, se muestran a continuación las variables utilizadas en los modelos, estratificadas según género (Tabla 9).

El grado escolar al que asiste el/la niño/a mostró una distribución homogénea en la muestra estudiada. Mientras que el nivel de escolaridad materna registró diferencias según el género del/de la niño/a. Por ejemplo, la frecuencia de madres que finalizó la escuela primaria fue mayor en el grupo de niñas (63% en las niñas vs. 50% en los niños), mientras que la frecuencia de madres que terminó la secundaria fue mayor en los varones (19% en las niñas vs. 25% en los niños).

Tal como se detalla en la Tabla 9, tanto la distancia en cuadras de los hogares hacia la plaza como hacia los espacios abiertos no estructurados (EANE) se mostró homogénea en los dos grupos de comparación. Con relación a la frecuencia de uso de estos dos espacios para desarrollar contenidos físico-deportivos por parte de los/as niños/as, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, donde la alta frecuencia en el uso de ambos espacios es mayor en los varones (51% vs. 37% en el uso de plazas y 36% vs. 20% en el uso de EANE). En consonancia con ello, el no uso de ambos espacios, es más frecuente en las mujeres (24% vs. 21% en el uso de plazas y 69% vs. 51% en el uso de EANE).

Finalmente, la frecuencia de práctica físico-deportiva moderada no presentó diferencias entre varones y mujeres, mientras que la vigorosa fue más frecuente en los varones. El puntaje de IMC se distribuyó de manera homogénea entre varones y mujeres.

Tabla 9. Variables incluidas en los modelos estructurales, según género. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variables	Total (n = 1777)	Niñas (n = 843)	Niños (n = 934)	p*
Grado de escolaridad (n, %)				
4°	591 (33)	307 (33)	284 (34)	0,54
5°	624 (35)	321 (35)	303 (36)	
6°	558 (32)	304 (32)	254 (30)	
Nivel de escolaridad materna (n, %)				
Ninguno	162 (11)	90 (12)	72 (10)	0,02
Baja	885 (62)	472 (63)	413 (50)	
Media	319 (22)	142 (19)	177 (25)	
Alta	73 (5)	42 (6)	31 (5)	
Distancia a la plaza (cuadras) (\bar{x} , s)	4 (5)	5 (5)	4 (5)	0,17
Uso físico-deportivo de las plazas (n, %)				
Nunca	264 (22)	148 (24)	116 (21)	<0,001
Una vez al mes o menos	218 (18)	132 (21)	86 (15)	
Una vez cada quince días	185 (16)	115 (18)	70 (13)	
Una vez por semana o más	522 (44)	234 (37)	288 (51)	
Distancia a EANE (cuadras) (\bar{x} , s)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	0,78
Uso físico-deportivo de EANE (n, %)				
Nunca	619 (60)	368 (69)	251 (51)	<0,001
Una vez al mes o menos	63 (6)	29 (5)	34 (7)	
Una vez cada quince días	63 (6)	34 (6)	29 (6)	
Una vez por semana o más	287 (28)	107 (20)	180 (36)	
Práctica físico-deportiva moderada (\bar{x} , s)	3 (1)	3 (1)	3 (1)	0,70
Práctica físico-deportiva vigorosa (\bar{x} , s)	3 (1)	2 (1)	3 (1)	<0,001
IMC z-score (\bar{x} , s)	0.7 (1.3)	0.6 (1.2)	0.7 (1.3)	0,09

Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.

Notas: EANE = espacios abiertos no estructurados. IMC = Índice de Masa Corporal. Valores p refieren a pruebas de Chi-cuadrado (para variables categóricas) y a pruebas T de Student para muestras independientes (para variables continuas). *p<0,05

Dado que la elaboración de este tipo de modelos permite la creación de variables latentes, es decir, constructos no observables directamente pero que se pueden conformar en base a un conjunto de variables observables, se definieron tres variables latentes a partir del análisis factorial desarrollado (Cuadro 2).

Cuadro 2. Características de las variables latentes construidas e incluidas en los modelos probados.

Variable Latente	Variables Observadas	Responde	Pregunta	Valores
Medio técnico	*Equipamiento *Espacio físico *Opciones de actividades	Madre	Para el/la niño/a, la práctica físico-deportiva en el barrio es difícil porque no hay...	1. Totalmente en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. Algo de acuerdo 4. Totalmente de acuerdo
Seguridad barrial	*Supervisión de adulto/a *Seguridad general *Seguridad vial *Iluminación	Madre	Para el/la niño/a, la práctica físico-deportiva en el barrio es difícil porque no hay...	1. Totalmente en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. Algo de acuerdo 4. Totalmente de acuerdo
Dinámica social	*Ausencia de otros/as niños/as *Sentimientos negativos de los/as niños/as *Presencia de muchas personas	Madre	Para el/la niño/a, la práctica físico-deportiva en el barrio es difícil porque no hay...	1. Totalmente en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. Algo de acuerdo 4. Totalmente de acuerdo
Autonomía y entorno familiar	*Autonomía *Entorno familiar *Recursos económicos	Niño/a	¿Pudiste hacer lo que quisiste en tu tiempo libre? ¿Pudiste estar al aire libre? ¿Tuviste suficiente tiempo para estar con tus amigos/as? ¿Pudiste elegir qué hacer en tu tiempo libre? ¿Tus padres te entendieron? ¿Te sentiste querido por tus padres? ¿Fuiste feliz en tu hogar? ¿Tuvieron suficiente tiempo para vos? ¿Tuviste suficiente dinero? ¿Tuviste dinero para compartir actividades con tus amigos/as?	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

En la siguiente Tabla se describen los coeficientes correspondientes a las variables latentes y observadas de los modelos probados.

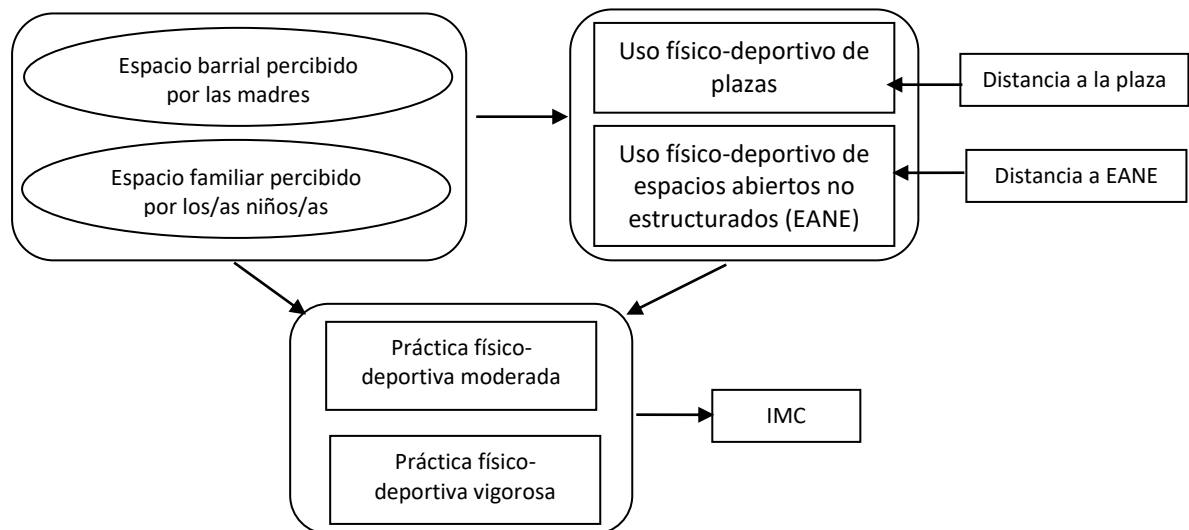
Tabla 10. Variables latentes y observadas con sus coeficientes (b) derivados del modelo probado. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variables latentes y observadas	Niñas	Niños
<i>Espacio barrial percibido por las madres</i>		
<i>Medio técnico para la recreación físico-deportiva</i>		
Lugares disponibles	0,53	0,58
Opciones de actividades	0,81	0,88
Equipamiento disponible	0,87	0,93
Covarianza entre lugares disponibles y opciones de actividades	0,31	0,37
<i>Seguridad barrial para la recreación físico-deportiva</i>		
Supervisión de adulto/a	0,81	0,81
Seguridad general	0,81	0,77
Seguridad vial	0,69	0,56
Iluminación	0,74	0,59
<i>Dinámica social para la recreación físico-deportiva</i>		
Presencia de otros/as niños/as	0,50	0,52
Exceso de gente	0,68	0,73
Sentimientos de los/as niños/as	0,49	0,52
<i>Espacio familiar percibido por los/as niños/as</i>		
<i>Entorno familiar y autonomía percibida por los/as niños/as</i>		
Autonomía	0,77	0,76
Vida familiar	0,67	0,65
Recursos económicos	0,62	0,61
Fuente. Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.		
Nota: valor p para todos los coeficientes <0,001.		

Una vez definidas y construidas las variables latentes, se desarrolló un modelo teórico posible para explicar las relaciones entre las variables estudiadas y tres variantes posibles: el primer modelo se basó en la muestra total, incluyendo sólo las variables latentes vinculadas al entorno barrial (excluyendo aquella sobre entorno familiar); un segundo modelo que incluyó todas las variables presentadas en la Tabla 9 y todas las latentes del Cuadro 2 en el grupo de varones; y el tercero en el grupo de mujeres. En la Figura 7 se muestran las relaciones hipotéticas testeadas en los diferentes modelos.

IV.2.2. Modelos explicativos desarrollados

Figura 7. Relaciones hipotéticas testeadas en los modelos.



Más allá de este modelo teórico general, cabe aclarar que también se consideraron la covarianza entre el uso de plazas y espacios abiertos no estructurados y entre la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa. Además, se tomaron el nivel de escolaridad materna y el grado de escolaridad del/de la niño/a como variables de ajuste en la relación entre las prácticas físico-deportivas y el IMC.

Tal como se explicó previamente, el primer modelo no diferencia mujeres de varones, sino que se desarrolla sobre la muestra total y excluye la variable latente vinculada a la percepción de autonomía y entorno familiar por parte de los/as niños/as, a los fines de colocar el foco sobre las dimensiones barriales que son las de principal interés para esta Tesis doctoral.

En la Figura 8 se pueden observar las relaciones probadas en este primer modelo. En primera instancia, se observa una asociación positiva entre la percepción de las madres sobre la dinámica social para la recreación físico-deportiva en el barrio y el uso físico-deportivo de las plazas ($b=0,16$; $p=0,02$), a la vez que este último se relaciona de forma directa y positiva con la práctica físico-deportiva vigorosa ($b=0,08$; $p=0,02$). Por lo que es posible arriesgar que una mejor percepción materna de la dinámica social barrial incrementa, de forma indirecta ($b=0,13$), este tipo de práctica en los/as niños/as. Asimismo, el uso de la plaza muestra una relación

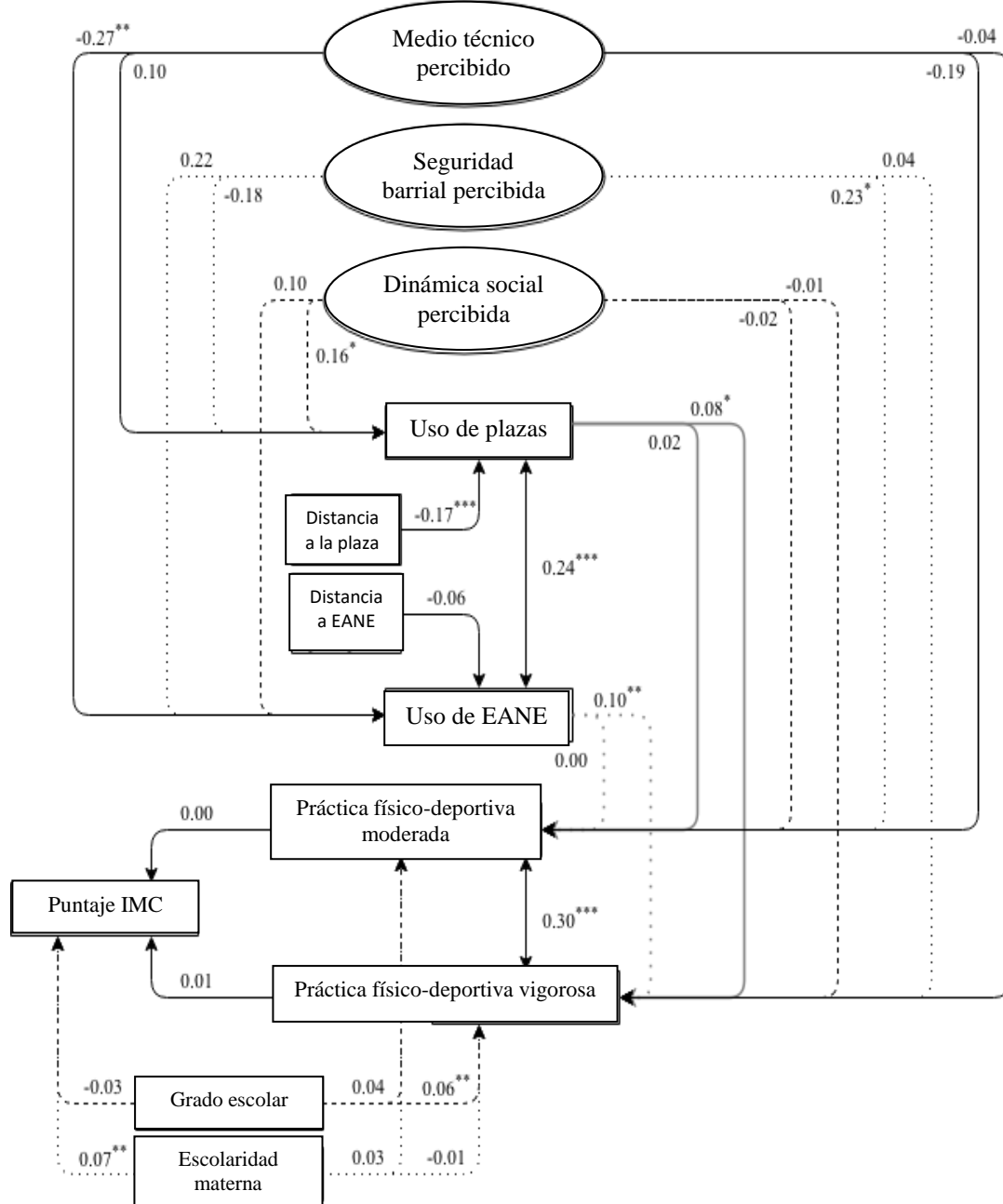
negativa con la distancia hacia el hogar, es decir que a mayor distancia, menor uso ($b=-0,17$; $p<0,001$). Si consideramos que un mayor uso físico-deportivo de las plazas incrementa la frecuencia de la práctica físico-deportiva vigorosa, se puede arriesgar que una mayor distancia a la plaza reduce la frecuencia de este tipo de práctica en los/as niños/as ($b=-0,14$).

Por otro lado, se encontró una asociación negativa entre la percepción de las madres sobre el medio técnico del barrio y el uso de espacios no estructurados para la recreación físico-deportiva ($b=-0,27$; $p<0,01$).

La percepción de las madres sobre la seguridad barrial se asoció positivamente con la práctica físico-deportiva moderada ($b=0,23$; $p=0,05$). Asimismo, una mayor frecuencia en el uso de espacios abiertos no estructurados se asoció a una mayor frecuencia de esta práctica de tipo vigorosa ($b=0,10$; $p=0,005$).

Finalmente, no se encontró evidencia de asociación entre las prácticas físico-deportivas y el puntaje de IMC de estos/as niños/as.

Figura 8. Modelo final de asociación entre el espacio barrial percibido, el uso físico-deportivo de plazas y espacios abiertos no estructurados, la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa y el puntaje-z del IMC en niños y niñas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Notas: Se utilizaron distintos formatos de líneas para identificar las exposiciones. *valor $p \leq 0,05$; **valor $p \leq 0,01$; ***valor $p \leq 0,001$. IMC = índice de masa corporal. Test Chi-cuadrado = 527,89; valor $p < 0,001$; Aproximación del valor cuadrático medio = 0,04, Intervalo de Confianza 90% = 0,04 - 0,05; Valor cuadrático medio estandarizado residual = 0,04; Índice de ajuste comparativo = 0,91; Índice de Tucker-Lewis = 0,88; Bondad del índice de ajuste = 0,99; Bondad ajustada del índice de ajuste = 0,99.

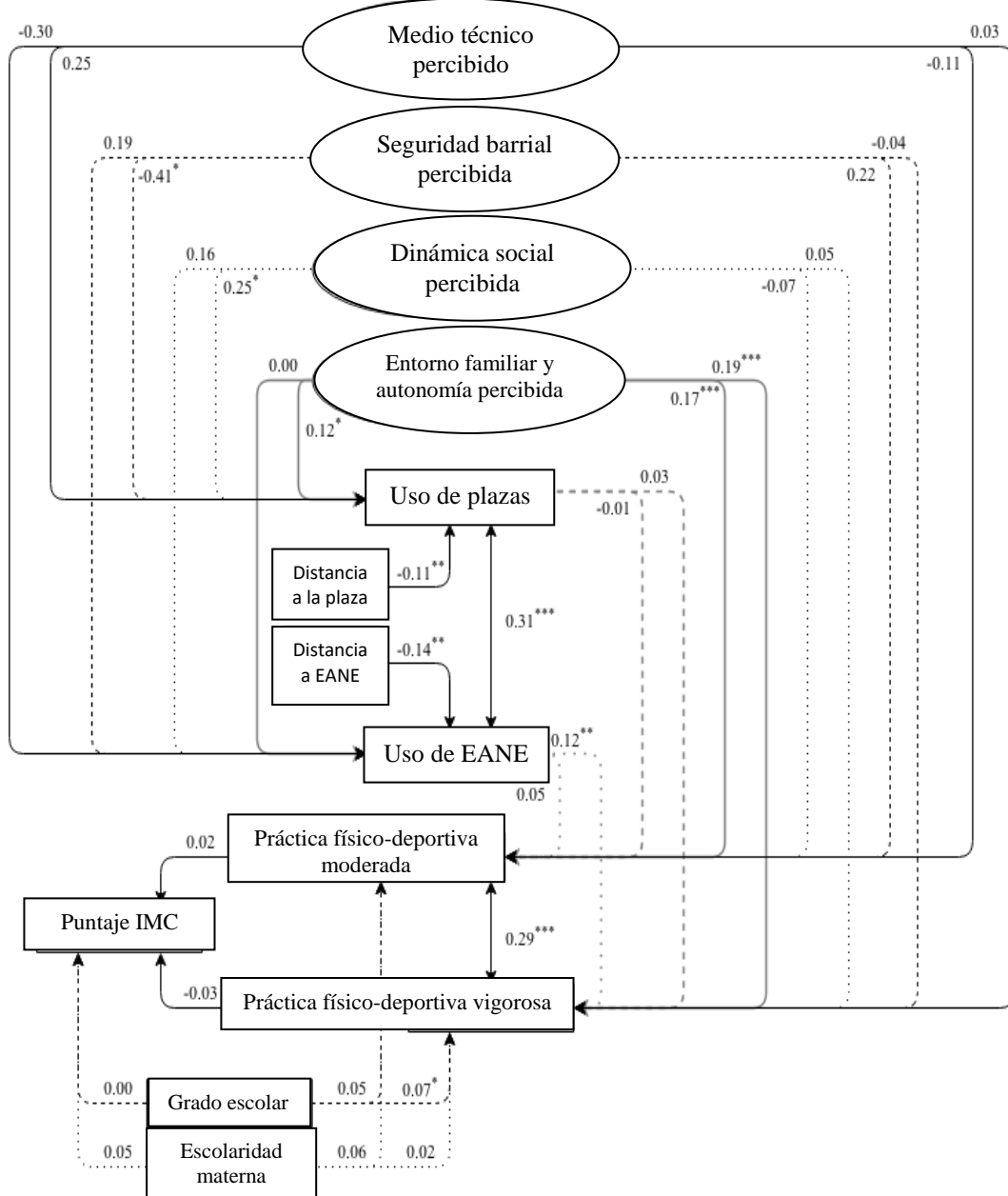
Las Figuras 9 y 10 representan los modelos para niñas y niños respectivamente. Para ambos grupos, el uso de plazas para desarrollar contenidos físico-deportivos de la recreación mostró una asociación negativa con la distancia desde el hogar (niñas: $b=-0,11$; $p=0,01$ / niños: $b=-0,23$; $p<0,001$).

Entre las niñas, el uso de plazas se asoció negativamente con la seguridad barrial percibida por las madres ($b=-0,41$; $p=0,05$), aunque positivamente con la percepción de las madres sobre la dinámica social del barrio ($b=0,25$; $p=0,05$) y la propia percepción de las niñas sobre su entorno familiar ($b=0,12$; $p=0,03$).

En el caso de los varones, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables latentes construidas y el uso de plazas para actividades físico-deportivas.

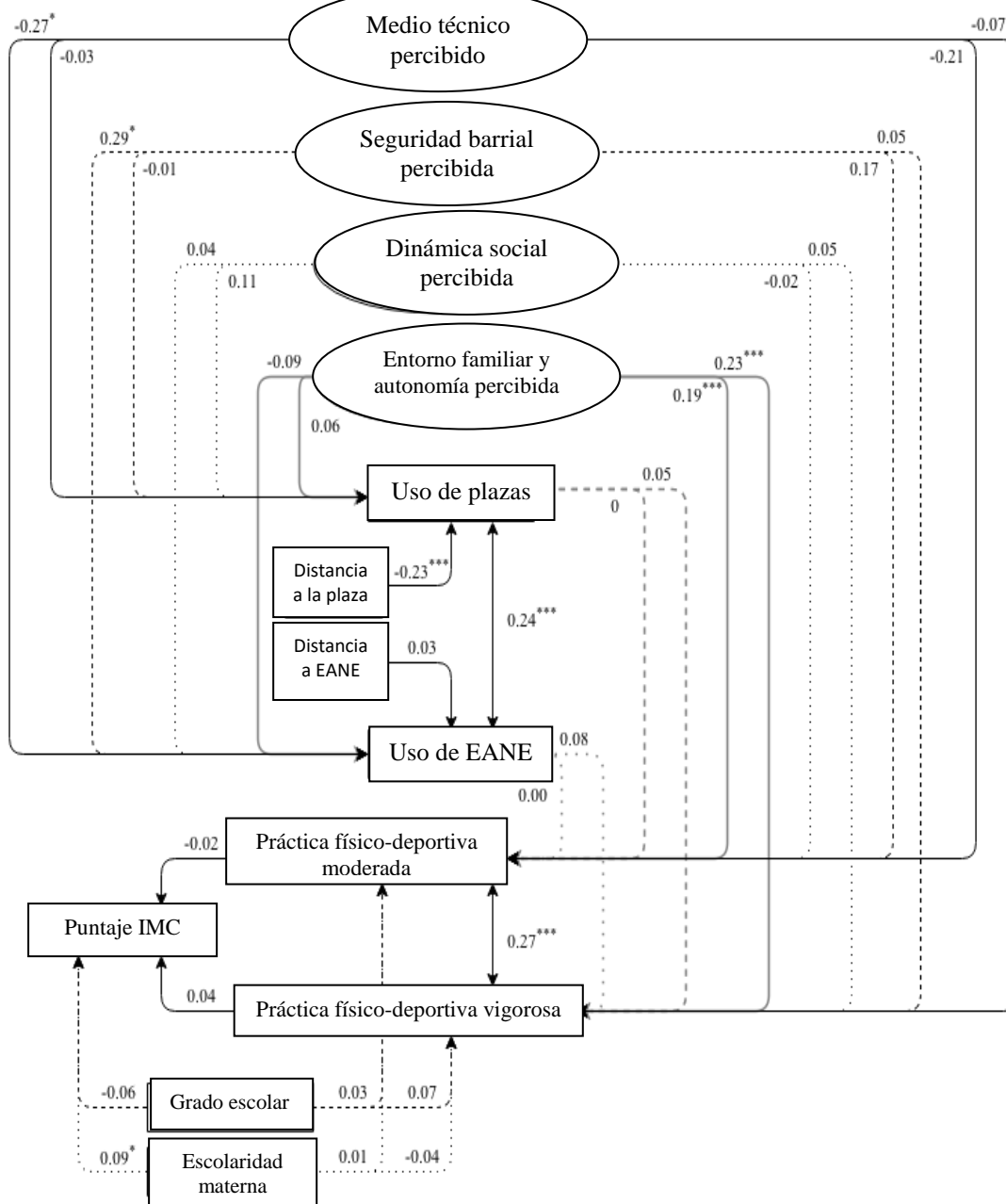
Por otro lado, al analizar el uso de espacios abiertos no estructurados por parte de las mujeres, se demostró que existe una relación negativa con la distancia desde el hogar ($b=-0,14$; $p<0,001$), sin encontrar asociaciones con las variables latentes. En el caso de los varones, la utilización de estos espacios se asoció negativamente con el medio técnico del barrio percibido por las madres ($b=-0,27$; $p=0,05$), y positivamente con la seguridad barrial percibida ($b=0,29$; $p=0,05$). No hubo relaciones estadísticamente significativas con las otras dos variables latentes y tampoco con la distancia desde el hogar de los niños.

Figura 9. Modelo final de asociación entre el espacio barrial y familiar percibido, el uso físico-deportivo de plazas y espacios abiertos no estructurados, la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa y el puntaje-z del IMC en mujeres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Notas: Se utilizaron distintos formatos de líneas para identificar las exposiciones. *valor $p \leq 0,05$; **valor $p \leq 0,01$; ***valor $p \leq 0,001$. IMC = índice de masa corporal. Test Chi-cuadrado =398,03; valor $p < 0,001$; Aproximación del valor cuadrático medio =0,04; Intervalo de confianza 90%=0,03–0,04; Valor cuadrático medio estandarizado residual =0,04; Índice de ajuste comparativo =0,92; Índice de Tucker-Lewis =0,90; Bondad del índice de ajuste =1,00; Bondad ajustada del índice de ajuste =0,99.

Figura 10. Modelo final de asociación entre el espacio barrial y familiar percibido, el uso físico-deportivo de plazas y espacios abiertos no estructurados, la práctica físico-deportiva moderada y vigorosa y el puntaje-z del IMC en varones. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Notas: Se utilizaron distintos formatos de líneas para identificar las exposiciones. *valor $p \leq 0,05$; **valor $p \leq 0,01$; ***valor $p \leq 0,001$. IMC = índice de masa corporal. Test Chi-cuadrado =402,88; valor $p < 0,001$; Aproximación del valor cuadrático medio =0,04; 90% Intervalo de confianza =0,04-0,05; Valor cuadrático medio estandarizado residual =0,05; Índice de ajuste comparativo =0,91; Índice de Tucker-Lewis =0,89; Bondad del índice de ajuste =1,00; Bondad ajustada del índice de ajuste =0,99.

Tanto en el grupo de niños como en el de niñas no se encontró evidencia de asociación entre las percepciones maternas del medio técnico, la seguridad y la dinámica social del barrio con la práctica físico-deportiva moderada o vigorosa de los/as niños/as. Tampoco hubo asociación entre el uso de plazas y dichas prácticas.

En el caso de la utilización de espacios abiertos no estructurados, se encontró una asociación positiva con la práctica físico-deportiva vigorosa, sólo en las mujeres ($b=0,12$; $p=0,01$), en este caso, además, se plantea una relación indirecta entre la distancia a estos espacios y la práctica vigorosa, por lo que se puede decir que vivir cerca de este tipo de lugares aumenta la frecuencia de dichas prácticas.

La variable latente de entorno familiar y autonomía percibida por los/as niños/as mostró una asociación positiva tanto con la práctica físico-deportiva moderada (niñas: $b=0,17$; $p<0,001$ / niños: $b=0,19$; $p<0,001$) como vigorosa (niñas: $b=0,19$; $p<0,001$; niños: $b=0,23$; $p<0,001$), en ambos grupos.

Finalmente, en ninguno de los dos modelos se probó asociación entre las prácticas físico-deportivas y el IMC.

IV.3. Enfoque de múltiples niveles sobre los componentes físico-deportivos de la recreación en la infancia

IV.3.1. Descripción de la muestra en torno a las dimensiones estudiadas

Fueron elaborados seis modelos multinivel para dos variables dependientes de interés, es decir, tres modelos para cada una. Por un lado, la frecuencia de utilización físico-deportiva de las plazas, y, por el otro, la práctica físico-deportiva extraescolar de los/as niños/as.

Los seis modelos incluyeron casi las mismas variables de ajuste de nivel individual y grupal. Las variables de nivel barrial fueron: contexto de pobreza barrial y superficie de áreas verdes públicas de permanencia (AVPP) por habitante.

A los fines de describir la distribución de la muestra en torno a estas dos variables es que se muestra a continuación la Tabla 11. Allí se puede observar que el 48% de niños y niñas habita en los 36 barrios caracterizados por tener contextos de pobreza denominados de transición (8-16% de los hogares con alguna NBI). Existe una menor cantidad de niños/as (16%) que habita en los 13 barrios categorizados con contextos de pobreza críticos (más del 16% de hogares con alguna NBI). Cabe destacar que el promedio de proporción de hogares con NBI de la totalidad de la ciudad de Córdoba es del orden del 6%.

Por otro lado, el 41% de los/as niños/as habita en los barrios que fueron caracterizados por tener una superficie media de AVPP/habitante (0,05-1m²), existiendo un alto porcentaje (33,2%) que habita en los 14 barrios que tienen baja superficie de AVPP por habitante (Tabla 11).

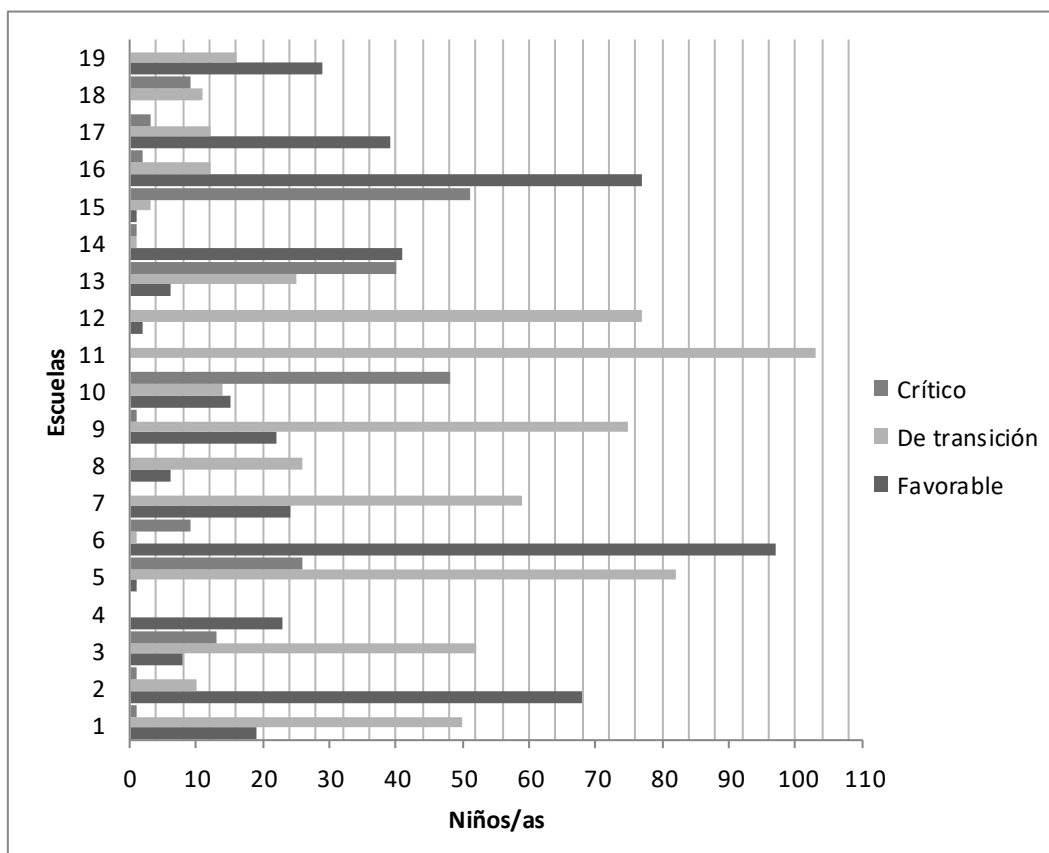
Tabla 11. Distribución de frecuencias de las variables de nivel barrial: contextos de pobreza y superficie de AVPP. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

VARIABLES	Total n (%)	Niños n (%)	Niñas n (%)	Barrios n (%)
Contexto de pobreza barrial				
Favorable (<8%)	478 (36,4)	235 (36,7)	243 (36,2)	66 (57,4)
De transición (8-16%)	629 (47,9)	313 (48,8)	316 (47,1)	36 (31,3)
Crítico (>16%)	205 (15,7)	93 (14,5)	112 (16,7)	13 (11,3)
Superficie de AVPP por habitante por barrio				
Baja (<0,05 m ²)	350 (33,2)	170 (33,1)	180 (33,3)	14 (18,9)
Media (0,05-1m ²)	433 (41,1)	211 (41)	222 (41,1)	42 (56,8)
Alta (>1 m ²)	271 (25,7)	133 (25,9)	138 (25,6)	18 (24,3)

Notas: No se encontraron datos de superficie de AVPP de la totalidad de barrios incluidos en la investigación.

Si bien todos los niños y niñas estudiados asistieron a escuelas públicas municipales, podemos observar que la población es heterogénea en función de las características contextuales de los territorios donde habitan. Sin embargo, cuando observamos lo que sucede al interior de las escuelas, en muy pocas de ellas conviven grupos de niños/as de los tres grupos de barrios estudiados (escuelas 3, 10 y 13), tal como se muestra en la Figura 11. En la mayoría de las escuelas en las que se trabajó conviven dos grupos de niños/as que en todos los casos habitan en barrios con contextos de pobreza no extremos, por ejemplo, favorable y de transición o de transición y crítico, sólo en la escuela 6 encontramos convivencia de grupos extremos, con 97 niños/as que provienen de barrios con contextos de pobreza favorable y 9 niños/as de barrios con contextos de pobreza crítico. Hay cuatro escuelas que son prácticamente homogéneas, donde el 95% o más de los/as niños/as pertenecen a un mismo contexto de pobreza barrial, lo que no significa que habiten en el mismo barrio. Asimismo, la escuela 15, que muestra ser la que mayor cantidad de niños/as habitantes de barrios con contextos de pobreza crítico recibe (92%), está emplazada en uno de los barrios categorizados de esa manera. Vemos entonces que la mayoría de las escuelas muestra una tendencia hacia la homogeneización de los grupos sociales que recibe, mientras que algunas pocas todavía muestran cierta diversidad en sus composiciones, aunque siempre con preponderancia de un grupo.

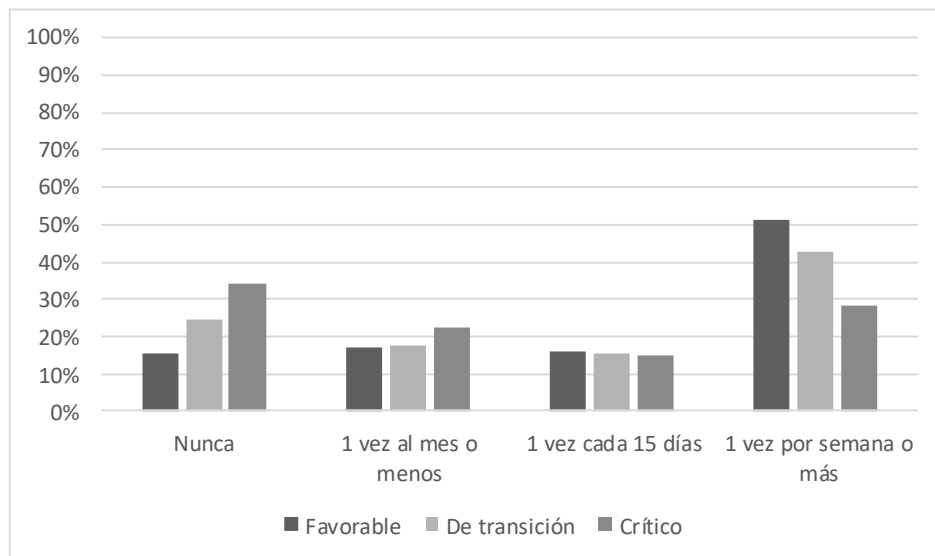
Figura 11. Distribución de frecuencias de los contextos de pobreza barrial, según las 19 escuelas municipales. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011



Previo a la formulación de los modelos de múltiples niveles se desarrollaron análisis bivariados para definir la inclusión de las variables en dichos modelos. Al analizar las dos variables dependientes de interés en vinculación con las variables de orden barrial, se pudo observar que la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas muestra una asociación con el contexto de pobreza barrial ($p < 0,001$).

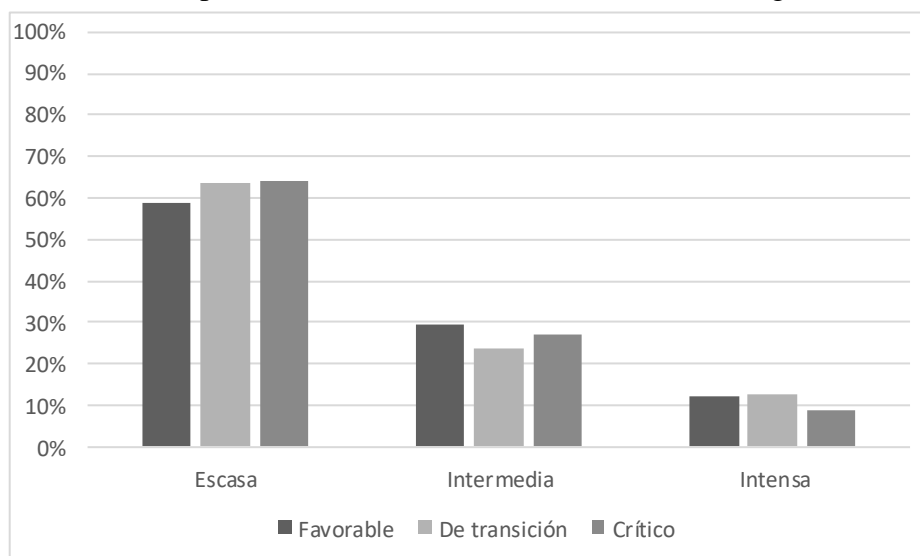
La Figura 12 muestra claramente el gradiente negativo que se produce en las categorías de frecuencias extremas. Allí se observa que la mayoría de los/as niños/as que habitan en barrios con contextos favorables, utilizan con mayor frecuencia las plazas para la práctica físico-deportiva, mientras que aquellos/as que habitan en contextos de pobreza críticos se ubican mayormente en la categoría “nunca” ($p < 0,001$).

Figura 12. Distribución de frecuencias del contexto de pobreza barrial, según uso físico-deportivo de las plazas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



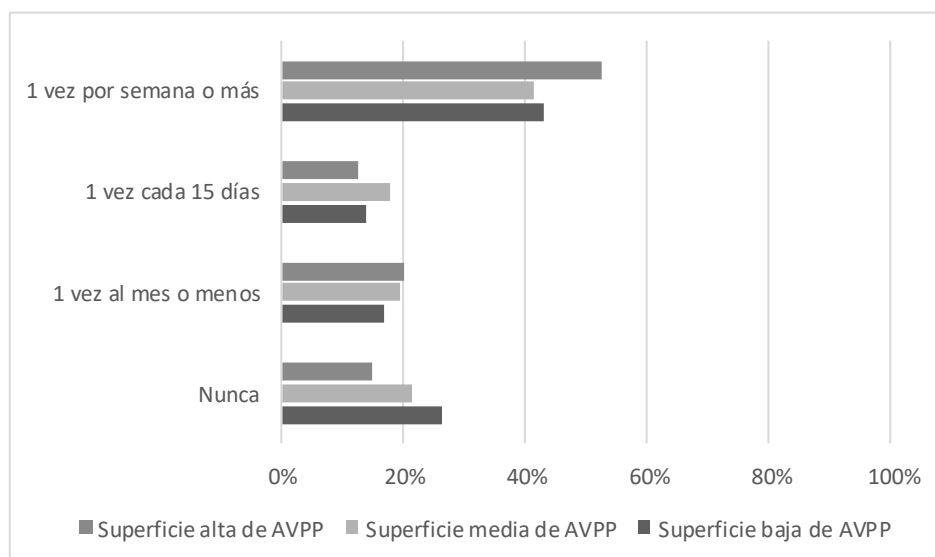
Considerando la segunda variable dependiente con relación a la misma variable de orden barrial, se puede observar en la Figura 13 que la práctica físico-deportiva de los niños y niñas entrevistados/as no varía en función del contexto de pobreza barrial ($p=0,175$).

Figura 13. Distribución de las frecuencias del contexto de pobreza barrial, según práctica físico-deportiva extraescolar. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



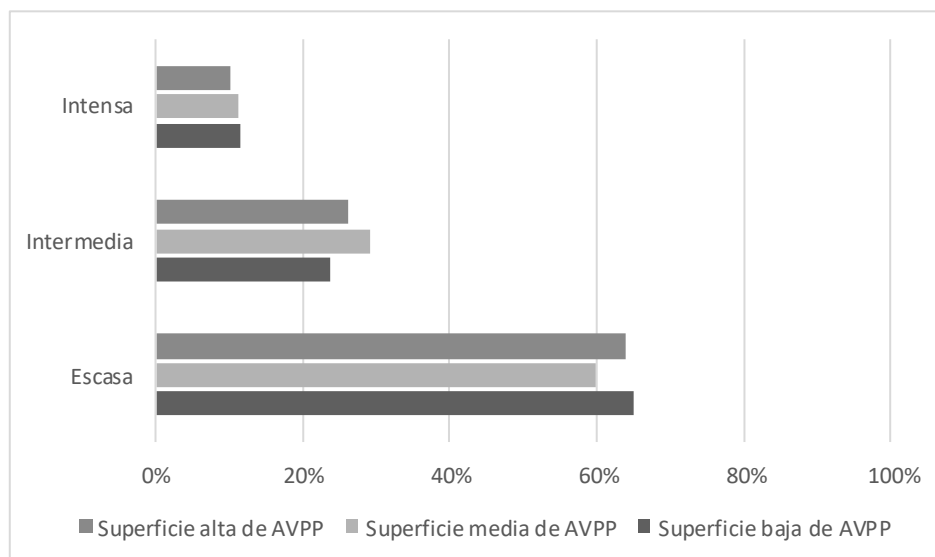
Por otro lado, la superficie de AVPP por habitante por barrio se asoció a la frecuencia de uso de plazas para desarrollar contenidos físico-deportivos de la recreación. En la Figura 14 se visualiza con claridad un gradiente positivo: aquellos/as niños/as que habitan en barrios con mayor superficie de AVPP por habitante, utilizan en mayor proporción las plazas con alta frecuencia para la práctica físico-deportiva. Al mismo tiempo, si puntualizamos en la categoría “nunca”, vemos que a medida que la superficie de AVPP disminuye, se incrementa la proporción de niños/as que nunca utilizan las plazas para la práctica físico-deportiva ($p=0,014$).

Figura 14. Distribución de frecuencias de la superficie de AVPP por habitante por barrio, según el uso físico-deportivo de las plazas. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Por último, tal como se visualiza en la Figura 15, la superficie de AVPP por habitante por barrio no se asoció a la práctica físico-deportiva extraescolar de los/as niños/as ($p=0,503$).

Figura 15. Distribución de frecuencias de la superficie de AVPP por habitante por barrio, según la práctica físico-deportiva extraescolar. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.



Luego de los análisis bivariados precedentes, se presentan en el Cuadro 3 las variables utilizadas en los modelos multinivel que fueron probados, según nivel jerárquico, tipo de variable, variable propiamente dicha y fuente de obtención de la información. Las variables de referencia han sido seleccionadas teniendo en cuenta los análisis bivariados desarrollados y la relevancia sustantiva y estadística que la literatura sobre el tema frecuentemente les asigna como factores asociados a la práctica físico-deportiva.

Cuadro 3. Variables incluidas en los modelos multinivel desarrollados.

Nivel jerárquico	Tipo de variable	Variable	Fuente
<i>Variables dependientes</i>			
1	Estilo de vida	Práctica físico-deportiva	ESIN
2	Estilo de vida	Uso físico-deportivo de las plazas	ESIMP
<i>Variables independientes</i>			
Nivel jerárquico 1: individuos	Sociodemográfica	Grado y sexo	ESIN
	Socioeconómica	Escolaridad materna	ESIMP
	Social	Apoyo social	ESIN
	Estilo de vida	Exceso de peso, tiempo dedicado a actividades sedentarias	ESIN-Antropometría
Nivel jerárquico 2: barrios	Socioeconómica	Contextos de pobreza barrial	Censo Nacional 2010, INDEC
	Geográfica	Superficie de AVPP por habitante/barrio	Dirección de Espacios Verdes de la Municipalidad

IV.3.2. Enfoque multinivel del uso físico-deportivo de las plazas para la recreación en los barrios donde habitan las infancias que asisten a escuelas municipales de la ciudad de Córdoba

Las Tablas 12, 13 y 14 muestran los modelos desarrollados para la variable dependiente de frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas para la recreación, de carácter dicotómica (alta/baja). Las variables independientes de interés fueron las descritas en el Cuadro 2 del nivel barrial. Las variables de ajuste incluidas en los modelos fueron: grado escolar, sexo, apoyo social, tiempo dedicado a actividades sedentarias y grado de exceso de peso del/de la niño/a, y el nivel de escolaridad materna. Estas variables se incluyen a fin de controlar diferencias composicionales.

Se inició con un modelo nulo sobre un total de 1.073 niños y niñas distribuidos/as en 109 barrios, con una media de 10 por barrio (mínimo de 1 y máximo de 97). Se observó que el OR de utilizar con alta frecuencia la plaza para prácticas físico-deportivas en un barrio “promedio” fue de 1,28 ($p=0,02$). El intercepto para el barrio j fue $1,28 + u_{0j}$. Donde u_{0j} es estimado en 0,61. El *Log likelihood ratio* que estima la hipótesis nula es igual a 30,11 con un valor de p menor a 0,001; lo cual muestra que existe una fuerte evidencia de que la varianza entre barrios es diferente de cero. El Índice de Correlación Intraclase (ICC) de este modelo muestra que el 10% de la variabilidad en la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas sucede a nivel de los barrios y que el 90% de esa variabilidad ocurre a nivel intra-barrial, a partir de las características individuales.

El modelo 1 que se observa en la Tabla 12 muestra las variables de ajuste mencionadas y una única variable de segundo nivel, el contexto de pobreza barrial. Se puede observar que las niñas tuvieron más del doble de probabilidad de utilizarlas con baja frecuencia en comparación con los varones (OR 2,11; $p<0,001$). Asimismo, la dimensión de apoyo social presentó una asociación con la variable dependiente, constatando que los/as niños/as que percibieron un menor apoyo social tuvieron un 86% más de chance de utilizar poco las plazas para la práctica físico-deportiva (OR 1,86; $p=0,007$). El resto de las variables de ajuste de nivel individual no mostraron relación con la variable de interés.

Respecto de la variable de contexto de pobreza barrial, se visualiza que aquellos barrios donde el contexto es crítico, los/as niños/as tienen casi el doble de

chances de utilizar poco las plazas para su recreación físico-deportiva (OR 1,95; $p=0,032$). Esto quiere decir que existe un efecto contextual del grado de pobreza barrial sobre la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas (Tabla 12).

Tabla 12. Odds ratio (OR) de la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas según características individuales y barrial, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variables Modelo 1	OR (IC95%)	Valor p*
<i>Nivel individual</i>		
Grado de escolaridad		
6°	1	-
5°	1,02 (0,71-1,45)	0,931
4°	0,88 (0,61-1,28)	0,516
Sexo		
Masculino	1	-
Femenino	2,11 (1,57-2,86)	<0,001
Nivel de escolaridad materna		
Alta	1	-
Media	0,96 (0,68-1,34)	0,793
Baja	0,94 (0,55-1,61)	0,838
Apoyo social		
Alto	1	-
Medio	0,96 (0,70-1,31)	0,796
Bajo	1,86 (1,19-2,91)	0,007
Estado nutricional antropométrico		
Sin exceso de peso	1	-
Sobrepeso	0,82 (0,57-1,17)	0,272
Obesidad	1,07 (0,72-1,60)	0,724
Tiempo dedicado a actividades sedentarias		
Bajo	1	-
Medio	1,09 (0,76-1,55)	0,640
Alto	0,89 (0,57-1,39)	0,610
<i>Nivel barrial</i>		
Contexto de pobreza barrial		
Favorable	1	-
De transición	1,27 (0,84-1,92)	0,265
Crítico	1,95 (1,06-3,58)	0,032
Variabilidad en el nivel 2	0,191	
ICC	0,055	
<i>Log-likelihood</i>	-547,534	
MOR (median odds ratio)	1,52	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.
Notas: * $p<0,05$.

Luego, el segundo modelo incluye las mismas variables de ajuste e incorpora la segunda variable de nivel barrial sobre la superficie de AVPP por habitante sin la primera relativa a la pobreza barrial. Se observan similares comportamientos de las

variables de ajuste de nivel individual respecto del primer modelo, sin aparecer ningún efecto de la superficie de AVPP sobre la variable dependiente (Tabla 13).

Tabla 13. *Odds ratio* (OR) de la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas según características individuales y barrial, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variables Modelo 2	OR (IC95%)	Valor p*
<i>Nivel individual</i>		
Grado de escolaridad		
6°	1	-
5°	1,27 (0,85-1,90)	0,246
4°	1,07 (0,71-1,60)	0,760
Sexo		
Masculino	1	-
Femenino	2,31 (1,65-3,22)	<0,001
Nivel de escolaridad materna		
Alta	1	-
Media	0,97 (0,66-1,42)	0,865
Baja	1,01 (0,57-1,77)	0,975
Apoyo social		
Alto	1	-
Medio	1,02 (0,72-1,45)	0,915
Bajo	2,10 (1,26-3,49)	0,004
Estado nutricional antropométrico		
Sin exceso de peso	1	-
Sobrepeso	0,81 (0,55-1,20)	0,300
Obesidad	1,19 (0,76-1,86)	0,450
Tiempo dedicado a actividades sedentarias		
Bajo	1	-
Medio	0,91 (0,61-1,35)	0,630
Alto	0,81 (0,50-1,33)	0,399
<i>Nivel barrial</i>		
Superficie de AVPP		
Alta	1	-
Media	1,07 (0,61-1,84)	0,819
Baja	1,13 (0,59-2,14)	0,717
Variabilidad en el nivel 2		0,204
ICC		0,058
<i>Log-likelihood</i>		-440,579
MOR (median <i>odds ratio</i>)		1,54

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.
Notas: *p<0,05

Finalmente, cuando se incorporan ambas variables de nivel barrial al tercer modelo, se incrementa el efecto del contexto de pobreza barrial, desde un OR de 1,95 en el modelo 1 a uno de 2,8 en el modelo 3. Al incorporar ambas variables del

segundo nivel al mismo modelo la variabilidad entre barrios desaparece, lo cual podría deberse a que el efecto que estaba imponiendo el barrio sobre la variable dependiente tiene mucho que ver con la disponibilidad de áreas verdes públicas en cada uno de ellos (Tabla 14).

Tabla 14. Odds ratio (OR) de la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variabales Modelo 3	OR (IC95%)	Valor p*
<i>Nivel individual</i>		
Grado de escolaridad		
6°	1	-
5°	1,26 (0,84-1,88)	0,260
4°	1,03 (0,68-1,55)	0,890
Sexo		
Masculino	1	-
Femenino	2,24 (1,61-3,11)	<0,001
Nivel de escolaridad materna		
Alto	1	-
Medio	0,91 (0,62-1,32)	0,611
Bajo	0,92 (0,52-1,60)	0,757
Apoyo social		
Alto	1	-
Medio	1,03 (0,72-1,45)	0,883
Bajo	2,11 (1,28-3,50)	0,004
Estado nutricional antropométrico		
Sin exceso de peso	1	-
Sobrepeso	0,82 (0,56-1,21)	0,325
Obesidad	1,19 (0,76-1,86)	0,439
Tiempo dedicado a actividades sedentarias		
Bajo	1	-
Medio	0,92 (0,62-1,36)	0,671
Alto	0,80 (0,49-1,30)	0,368
<i>Nivel barrial</i>		
Contexto de pobreza barrial		
Favorable	1	-
De transición	1,24 (0,83-1,85)	0,296
Crítico	2,80 (1,46-5,35)	0,002
Superficie de AVPP		
Alta	1	-
Media	1,29 (0,80-2,09)	0,298
Baja	1,11 (0,66-1,86)	0,690
Variabilidad en el nivel 2	0,059	
ICC	0,018	
Log-likelihood	-436,483	
MOR (median odds ratio)	1,26	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.
Notas: *p<0,05

Tanto la adición de variables individuales como de variables contextuales redujeron la variabilidad entre barrios, tal como se muestra en la Tabla 15. Del modelo nulo al modelo 3, que incluye las variables a nivel barrial, la varianza se redujo de 0,374 a 0,059; lo cual demuestra que ambas variables barriales explican gran parte de la variabilidad interbarrial en el uso físico-deportivo de las plazas para la recreación. Además, luego de agregar ambas variables del nivel contextual, la diferencia de la variable dependiente entre barrios deja de ser estadísticamente significativa, indicando que el contexto de pobreza barrial como la superficie de AVPP por barrio, explican las diferencias interbarriales en la utilización físico-deportiva de la plaza para la recreación.

Tabla 15. Resumen de los componentes de la varianza (efectos aleatorios) de los modelos multinivel probados.

	Varianza (E.E)	Valor p*
Modelos: Frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas		
Modelo Nulo	0,374 (0,140)	<0,001
Modelo 1: Co-variables individuales y contexto de pobreza barrial	0,191 (0,117)	0,007
Modelo 2: Co-variables individuales y superficie de AVPP	0,204 (0,135)	0,010
Modelo 3: Co-variables individuales y ambas variables barriales	0,059 (0,091)	0,219

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.
Notas: *p<0,05

IV.3.3. Enfoque multinivel de la práctica físico-deportiva extraescolar de las infancias que asisten a escuelas municipales de la ciudad de Córdoba

Las Tablas 16, 17 y 18 muestran los modelos desarrollados para la variable dependiente práctica físico-deportiva extraescolar, tomando sólo aquella variable medida a partir de los METs utilizados dado que fue la que mostró ser más exhaustiva. A los fines del desarrollo de modelos logísticos multinivel, la variable fue dicotomizada en: escasa práctica físico-deportiva y adecuada práctica físico-deportiva (incluye la práctica intermedia e intensa juntas), siendo esta última la categoría de referencia. Las variables independientes de interés fueron las incorporadas en los modelos anteriores de nivel contextual/barrial. Las variables de

ajuste incluidas en los modelos fueron las mismas que en los modelos 1, 2 y 3, sumando la variable frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas para la recreación. Como se mencionó anteriormente, estas variables se incluyen a fin de controlar diferencias composicionales.

Al igual que en los modelos previos, se comenzó con un modelo nulo o vacío que se aplicó a un total de 1.312 niños y niñas distribuidas/os en 115 barrios, con una media de 11 por barrio (mínimo de 1 y máximo de 117). Se observó que la OR de una adecuada práctica físico-deportiva en un barrio “promedio” fue de 1,56 ($p < 0,001$). El intercepto para el barrio j fue $1,56 + u_{0j}$. Donde u_{0j} es estimado en 0,36. El *Log likelihood ratio* que estima la hipótesis nula es igual a 9,35 con un valor de p menor a 0,01; lo cual muestra que existe una fuerte evidencia de que la varianza entre barrios es diferente de cero.

El cuarto modelo se muestra en la Tabla 16, allí se observa que las variables de ajuste de grado escolar, sexo, exceso de peso y escolaridad materna no muestran relación estadísticamente significativa con la variable dependiente. Por otro lado, aquellos/as niños/as que perciben un apoyo social medio tienen un 78% más chance de presentar una escasa práctica físico-deportiva con relación a los que expresan un alto apoyo social, y los que sienten un apoyo social bajo, tienen 4,6 veces más chance de tener una escasa práctica físico-deportiva con relación a los que perciben un apoyo social alto.

Respecto a la frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas, los/as escolares que nunca las utilizaron tuvieron un 80% más de chances de presentar una escasa práctica físico-deportiva extraescolar (OR 1,81; $p = 0,004$). A su vez, el tiempo dedicado a actividades sedentarias presentó una relación inversa con la práctica físico-deportiva, dado que se observa que los/as niños/as que dedican más tiempo a actividades sedentarias tienen casi un 80% menos chances de desarrollar una práctica físico-deportiva escasa y los que destinan un tiempo intermedio a actividades sedentarias tienen un 50% menos, con relación a los/as menos sedentarios/as (OR 0,51; $p < 0,001$ y OR 0,21; $p < 0,001$ respectivamente).

La variable de segundo nivel sobre contexto de pobreza barrial no mostró relación alguna con la variable dependiente en cuestión. En los modelos 5 y 6 se mantienen las asociaciones encontradas en el modelo anterior entre las variables de ajuste y la dependiente (Tablas 17 y 18). Al igual que en el modelo 4, la variable de

segundo nivel sobre superficie de AVPP por habitante incorporada al modelo 5 tampoco mostró asociación con la variable dependiente.

Tabla 16. Odds ratio (OR) de la práctica físico-deportiva según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variabales Modelo 4	OR (IC95%)	Valor p*
<i>Nivel individual</i>		
Grado de escolaridad		
6°	1	-
5°	0,88 (0,61-1,26)	0,481
4°	1,36 (0,93-1,99)	0,108
Sexo		
Masculino	1	-
Femenino	1,07 (0,79-1,46)	0,660
Nivel de escolaridad materna		
Alto	1	-
Medio	0,90 (0,64-1,28)	0,225
Bajo	1,41 (0,81-2,46)	0,566
Apoyo social		
Alto	1	-
Medio	1,78 (1,29-2,45)	<0,001
Bajo	4,53 (2,76-7,45)	<0,001
Estado nutricional antropométrico		
Sin exceso de peso	1	-
Sobrepeso	1,40 (0,97-2,02)	0,072
Obesidad	1,13 (0,75-1,72)	0,552
Uso físico-deportivo de las plazas		
Una vez por semana o más	1	-
Una vez cada quince días	1,48 (0,95-2,30)	0,089
Una vez al mes o menos	1,45 (0,94-2,22)	0,090
Nunca	1,81 (1,20-2,71)	0,004
Tiempo dedicado a actividades sedentarias		
Bajo	1	-
Medio	0,51 (0,35-0,75)	<0,001
Alto	0,21 (0,13-0,33)	<0,001
<i>Nivel barrial</i>		
Contexto de pobreza barrial		
Favorable	1	-
De transición	1,23 (0,83-1,81)	0,294
Crítico	0,96 (0,55-1,69)	0,897
Variabilidad en el nivel 2	0,090	
ICC	0,027	
<i>Log-likelihood</i>	-514,585	
MOR (median odds ratio)	1,33	
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.		
Notas: *p<0,05		

Tabla 17. Odds ratio (OR) de la práctica físico-deportiva según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variabales Modelo 5	OR (IC95%)	Valor p*
<i>Nivel individual</i>		
Grado de escolaridad		
6°	1	-
5°	0,77 (0,51-1,16)	0,207
4°	1,28 (0,83-1,96)	0,264
Sexo		
Masculino	1	-
Femenino	0,98 (0,69-1,40)	0,930
Nivel de escolaridad materna		
Alto	1	-
Medio	0,78 (0,52-1,16)	0,226
Bajo	1,17 (0,65-2,10)	0,608
Apoyo social		
Alto	1	-
Medio	1,75 (1,22-2,50)	0,002
Bajo	4,99 (2,82-8,85)	<0,001
Estado nutricional antropométrico		
Sin exceso de peso	1	-
Sobrepeso	1,32 (0,88-1,98)	0,184
Obesidad	1,10 (0,69-1,77)	0,678
Frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas		
Una vez por semana o más	1	-
Una vez cada quince días	1,40 (0,84-2,32)	0,194
Una vez al mes o menos	1,41 (0,89-2,25)	0,147
Nunca	1,94 (1,22-3,09)	0,005
Tiempo dedicado a actividades sedentarias		
Bajo	1	-
Medio	0,48 (0,31-0,73)	0,001
Alto	0,19 (0,11-0,33)	<0,001
<i>Nivel barrial</i>		
Superficie de AVPP		
Alta	1	-
Media	0,70 (0,39-1,26)	0,236
Baja	0,71 (0,42-1,20)	0,201
Variabilidad en el nivel 2	0,120	
ICC	0,035	
<i>Log-likelihood</i>	-410,915	
MOR (median odds ratio)	1,39	
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.		
Notas: *p<0,05		

Tabla 18. *Odds ratio* (OR) de la práctica físico-deportiva según características individuales y barriales, a partir de modelos logísticos multinivel. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

Variabales Modelo 6	OR (IC95%)	Valor p*
<i>Nivel individual</i>		
Grado de escolaridad		
6°	1	-
5°	0,76 (0,50-1,14)	0,188
4°	1,27 (0,83-1,94)	0,270
Sexo		
Masculino	1	-
Femenino	0,98 (0,69-1,39)	0,909
Nivel de escolaridad materna		
Alto	1	-
Medio	0,75 (0,50-1,11)	0,150
Bajo	1,13 (0,62-2,03)	0,693
Apoyo social		
Alto	1	-
Medio	1,74 (1,21-2,48)	0,002
Bajo	4,97 (2,81-8,79)	<0,001
Estado nutricional antropométrico		
Sin exceso de peso	1	-
Sobrepeso	1,32 (0,88-1,99)	0,175
Obesidad	1,10 (0,69-1,76)	0,683
Frecuencia de uso físico-deportivo de las plazas		
Una vez por semana o más	1	-
Una vez cada quince días	1,39 (0,84-2,30)	0,203
Una vez al mes o menos	1,41 (0,89-2,24)	0,147
Nunca	1,93 (1,21-3,08)	0,005
Tiempo dedicado a actividades sedentarias		
Bajo	1	-
Medio	0,48 (0,31-0,73)	0,001
Alto	0,19 (0,11-0,33)	<0,001
<i>Nivel barrial</i>		
Contexto de pobreza barrial		
Favorable	1	-
De transición	1,56 (1,03-2,36)	0,036
Crítico	1,32 (0,68-2,56)	0,414
Superficie de AVPP		
Alta	1	-
Media	0,72 (0,44-1,19)	0,204
Baja	0,69 (0,40-1,17)	0,170
Variabilidad en el nivel 2	0,054	
ICC	0,016	
<i>Log-likelihood</i>	-409,006	
MOR (median <i>odds ratio</i>)	1,25	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.

Notas: *p<0,05

Al incorporar ambas variables de nivel barrial en el modelo 6, se observa que los/as niños/as que habitan en barrios con un contexto de pobreza de transición muestran un 56% más de chances de presentar escasa práctica físico-deportiva con relación a los/as que habitan en barrios con contextos favorables (OR 1,56; p=0,036).

Tal como se muestra en la Tabla 19, tanto la adición de variables individuales como la de variables contextuales redujeron la variabilidad entre barrios (comparando con la varianza del modelo nulo). Del modelo 4 al modelo 6, que incluye ambas variables predictoras de nivel barrial, la varianza se redujo de 0,090 a 0,054, lo cual demuestra que ambas variables barriales explican una parte de la variabilidad interbarrial de la práctica físico-deportiva. Además, luego de agregar ambas variables del segundo nivel, la diferencia entre barrios deja de ser estadísticamente significativa, indicando que tanto el contexto de pobreza barrial como la superficie de AVPP por barrio, explican las diferencias interbarriales en la práctica físico-deportiva de niños y niñas.

Tabla 19. Resumen de los componentes de la varianza (efectos aleatorios) de los modelos multinivel probados.

Modelos Nivel de AFMV (METs)	Varianza (E.E)	Valor p
Modelo Nulo	0,128 (0,067)	0,001
Modelo 4: Co-variables individuales y contexto de pobreza barrial	0,090 (0,080)	0,074
Modelo 5: Co-variables individuales y superficie de AVPP	0,120 (0,092)	0,028
Modelo 6: Co-variables individuales y ambas variables barriales	0,054 (0,073)	0,180

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la presente investigación.
Notas: *p<0,05

IV.4. La determinación social de la práctica físico-deportiva de las infancias desde una aproximación cualitativa

El corpus analizado estuvo conformado por un total de seis entrevistas semi-estructuradas a autoridades de la Secretaría de Educación de la Municipalidad del año 2013, profesionales del campo socio-sanitario y directoras de escuelas; cinco grupos de discusión con docentes del nivel primario y 26 comentarios escritos, de los cuales 24 fueron de madres y dos de padres. Su edad osciló entre los 28 y 49 años y habitaban en distintos barrios de la ciudad: Villa Serrana, Los Álamos, Comercial, Villa 9 de Julio, Los Robles, Las Palmas, Favaloro Sud, Los Fresnos, Villa Urquiza, 20 de Junio, Cerro Norte, Parque Liceo 3ra sección, Los Boulevares, Mercantil, San Jorge, Arenales, Quintas de Arguello, José Hernández, Alto Alberdi y José Ignacio Díaz.

IV.4.1. Nivel individual (estilos de vida)

Esta categoría sintetiza las concepciones y significados de los y las entrevistadas/os respecto a la recreación y sus componentes físico-deportivos como parte de los estilos de vida que se desarrollan a nivel individual y familiar. Los hallazgos principales tienen que ver con un predominio del discurso biomédico centrado en las nociones de lo “sano” y “saludable”, una institucionalización del “estilo de vida saludable y activo”, una idea de relación causal y lineal entre deporte/actividad física y salud, una mirada esencialista y sin sujeto de la actividad física/deporte. Por otro lado, también aparecen, de manera aislada, sentidos de deseo y disfrute asociados a estas prácticas.

Se observa en los relatos de las docentes entrevistadas una conceptualización sobre la “actividad física” diferenciado al de “educación física”. Una de ellas plantea que la primera tiene que ver con las actividades físicas que se practican por fuera de los límites de la escuela, mientras que la segunda está contenida en la escuela, desde el contenido curricular y teórico, no tanto práctico. Es decir, la actividad física aparece como un “hacer fuera de la escuela” y la educación física como un “aprender en la escuela”.

“Conocen qué es la actividad física pero que la hagan son muy pocos. Lo que pueden llegar a hacer es extraescolar, que vayan a fútbol, a hockey, patín, danza, pero dentro de la escuela no. El profe de Educación Física da sus contenidos curriculares es decir que tampoco es que se dedica a lo que es la actividad física en sí y que promueva que los niños la hagan”.

Grupo de discusión 1. Docente de nivel primario, escuela de barrio Ituzaingó, agosto de 2015.

Pareciera ser que la educación física no contiene a la actividad física, sin embargo, otra docente de otra escuela muestra con claridad el protagonismo de las actividades físicas dentro de los límites de la escuela.

Lo que tienen es la hora de educación física y la hora de deportes, son dos horas semanales para los más grandes son 40/50 minutos por clase, y otra de las cosas es que cualquier actividad se traduce a lo físico, cualquier actividad de festejo, ¿a dónde terminamos? con el profe de educación física... el recreo es actividad física, juegos... pero digamos no es que ellos lo asocian a lo saludable”.

Grupo de discusión 2. Docente de nivel primario, escuela de barrio Comercial, agosto de 2015.

Asimismo, en la frase final aparece “lo saludable” como discurso hegemónico, es decir, los/as chicos/as hacen actividades físicas pero desconocen que es saludable, ahora bien, ¿es necesario racionalizar esa práctica como estrictamente “saludable” si ya la tienen incorporada en su cotidianeidad? Aquí se ve claramente el nivel de inserción del discurso biomédico en las comunidades educativas.

El relato de uno de los padres relaciona al deporte con la salud, haciendo hincapié en la relevancia que cobra esta relación en aquellas escuelas situadas en territorios de mayor vulnerabilidad social.

“...Exigir más deportes en las escuelas de menor recurso así se mejora la salud de los niños”.

Comentario de la ESIN. Padre de 37 años, barrio Los Álamos, septiembre de 2011.

Es interesante resaltar en esta frase no sólo la relación “deporte-salud” sino la importancia de la contextualización de esta relación. En esa línea es que la salud es concebida como una categoría que sintetiza múltiples determinaciones, donde las dimensiones biológicas y ambientales de la vida humana están subsumidas a las características del modo de producción de cada sociedad en un momento histórico dado. Se puede decir, por un lado, que este padre plantea una mirada de la salud desde la “salutogénesis”, donde se prioriza aquello que da salud, que contribuye a la mantención o recuperación de la salud, es decir, “el deporte mejora la salud”, y no desde el paradigma de la “patogénesis” donde hubiera primado el “hacer deporte para prevenir enfermedades o compensar factores de riesgo”.

Otra cuestión que surge a partir de este relato y que suele plantearse desde los equipos de salud y los medios de comunicación, es una concepción lineal y sin sujeto de la relación deporte/actividad física y salud. Esta relación no es sólo una relación o un conjunto de relaciones sino un sistema con estructura, transiciones, conversiones internas y desarrollo, motivo por el cual no debe ser abstraído de las formaciones económicas y de las relaciones sociales de la vida en la sociedad, con sus peculiaridades y particularidades (Taffarel, 2010). Estas visiones cargan en sí una concepción esencialista de esas actividades, como si fuesen portadoras per se de un don inmanente (Peres y Melo, 2009). En ese sentido, al ser un proceso socialmente determinado, sus características dependen de las correlaciones de poder que operan en una determinada formación social (Breilh, Matiello y Capela, 2010).

Siguiendo el análisis de Vicente Pedraz (2007), la institucionalización de la actividad física y la construcción del “estilo de vida activo”, como paradigma del “estilo de vida saludable”, tiene mucho que ver con el proceso de legitimación-naturalización del estilo de vida propio y diferenciador de las clases acomodadas. El autor español sostiene que la relación incuestionable que se ha establecido entre ambas constituye uno de los exponentes de la colonización cultural a la que las sociedades de consumo someten a los individuos, en este caso, a través de la colonización normalizadora biologicista por intermedio de la inculcación de las formas de sociabilidad médicamente controladas y deportiva/físicamente orientadas, es decir, la medicalización y la deportivización de las relaciones sociales y de la cultura.

Un fragmento de la entrevista hecha a las nutricionistas rescata la necesidad del juego en la escuela aprovechando el momento del recreo, aunque sin dejar de imprimir el rótulo de “sano” a este espacio.

“Lo único que habíamos tratado de hacer es el recreo sano o sea de poner más juegos, rescatar los juegos, saltar la piola jugar a tirar a encestar la pelota, a su vez como ahora hay mucha violencia, con el juego se controla un poco más los recreos”.

Entrevista 3. Lic. en Nutrición “B” del Programa de Salud Escolar, agosto de 2013.

Como se mencionó anteriormente, reaparece la normatividad de lo “sano” en la denominación del recreo como otra forma de sociabilidad médicamente controlada. Pareciera ser que el colocar el adjetivo “sano” o “saludable” a cierta actividad hace que adquiera entidad/esencialidad para estas profesionales. Además,

surge en el discurso una “doble vía” del juego: como promotor de lo sano y como controlador de la violencia.

Asimismo, la psicóloga del equipo destaca a la actividad física como un dispositivo promotor de salud mental, dado que evita el exceso de actividades sedentarias vinculadas a elementos tecnológicos.

Porque una actividad física, que tiene una cierta periodicidad a la semana, también es totalmente sano mentalmente, te saca del momento, de ese sedentarismo, de estar con la computadora con el teléfono, más allá de que pertenezcan a clases bajas el recurso tecnológico está. Hay chicos que tienen muchas ganas de hacer fútbol y rugby, pero uno habla con las madres y es muy difícil que lo puedan llevar porque deben gastar en colectivo, en una cuota.

Entrevista 4. Psicóloga del Programa de Salud Escolar, agosto de 2013.

Algunas mujeres-madres interpretan a la recreación como instancia de afianzamiento de la interacción social a los fines de evitar prácticas indeseadas en los/as propios/as niños/as y jóvenes.

“Puede o no que las familias tengan todos los medios necesarios pero la “sociedad” no aporta nada para mejorar lo que algunas familias necesitan y tampoco hay lugares recreativos para mejorar o sacar de la droga o el alcohol a los jóvenes y niños del barrio, espero esto sirva para solucionar este problema también”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 42 años, barrio Los Fresnos, septiembre de 2011.

Siguiendo a Melo (2005), una de las atribuciones hechas al deporte, a la recreación o a la actividad física es la de mantener a los/as niños/as y jóvenes lejos del mundo de las drogas y de la criminalidad, responsabilizando a estas actividades en el disciplinamiento y control de las juventudes e infancias ociosas, dada la predominancia en nuestra sociedad de una visión prejuiciosa de que el joven o niño pobre es sinónimo de criminal potencial. Detrás de esta argumentación, está presente una posición de que el/la joven o niño/a se involucra en situaciones criminales por no tener otras cosas que hacer, indicando una supuesta relación causa-efecto, donde el deporte sería el “antídoto social” para evitar dichas prácticas. La mujer dice: “solucionar este problema”, es decir que existe una consciencia construida en este sentido, no se piensa en que esos problemas requieren de acciones políticas mucho más incisivas y no sólo de la creación de programas deportivos o lugares para la recreación. A menos que, tal como sugiere el autor, la propia sociedad moderna capitalista busque ocultar la real génesis de esos problemas.

Finalmente, aparecen las categorías de “deseo” y “disfrute” vinculados a la recreación y la práctica físico-deportiva.

“...el niño necesita un lugar donde hacer deporte, pero no hay nada cerca y también lo desea”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 36 años, barrio Cerro Norte, septiembre de 2011.

“Hacer espacios verdes para que los niños puedan disfrutar de sus horas libres”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 41 años, barrio Villa Urquiza, septiembre de 2011.

Más allá de los planteamientos del deporte/actividad física como corrector moral, como remedio contra la diversidad disonante en palabras de Vicente Pedraz (2007), o como comportamiento saludable, es importante resaltar estos sentimientos positivos que generan en los niños y niñas el contar con un espacio para la recreación en sus barrios.

IV.4.2. Nivel comunitario/barrial (modos de vida)

Dentro de esta categoría se incluyen dimensiones relativas a los barrios y las escuelas donde asisten los/as niños/as. Como principales hallazgos se pueden mencionar: escasas oportunidades de recreación en los barrios, deficiente calidad y cantidad de espacios y servicios públicos en general, sentido de inseguridad en el uso de estos espacios que provoca reclusión en el espacio privado, escasa dedicación a prácticas físico-deportivas en las escuelas.

Es interesante rescatar el discurso de las autoridades de la Secretaría de Educación de la Municipalidad donde desarrollan una descripción sobre el surgimiento y recorrido histórico de las escuelas municipales de la ciudad y su vinculación con la creación de los barrios. Relatan que las escuelas fueron construidas con una fuerte impronta comunitaria, dado que, según ellos, fue a pedido de los propios ciudadanos en el año 1984. Se construyeron 37 escuelas en total, originalmente localizadas en la periferia de la ciudad, donde todavía la red de transporte público no llegaba. Sin embargo, dada la expansión urbana y el crecimiento poblacional, muchas de esas escuelas dejaron de ser periféricas. Los barrios, según el discurso de los/as entrevistados/as, se han estructurado y crecido en función de las escuelas, construyendo su propia ciudadanía. Esa impronta

comunitaria que tienen las escuelas hizo que sean identificadas por el barrio en donde se ubican y no por su nombre particular.

La mayoría de los relatos analizados, principalmente aquellos comentarios escritos expresados al final de la Encuesta de Salud Infantil, hacen referencia a la oferta y calidad de los espacios disponibles para la recreación en los barrios. En su mayoría, las expresiones refieren a la ausencia de espacios donde los niños y niñas puedan realizar actividades físicas y deportivas en sus momentos de recreación.

“... ¡NO! hay espacios para la recreación de los niños, los lugares son privados y muy costosos y nuestros niños no pueden acceder a las actividades físicas que necesitan”.
Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 37 años, barrio Villa Serrana, septiembre de 2011.

Cuando estos espacios se hacían presentes, los comentarios de las personas entrevistadas mostraban una fuerte decepción en relación a las grandes deficiencias en sus condiciones físicas y en las condiciones del barrio en general.

“Considero muy importante mejorar la ‘calidad’ de servicios en general, Ej. iluminación, seguridad, estado de calles y veredas, equipamiento en las plazas, etc. para su mejor uso. No basta con que estén sino que funcionen como corresponde”.
Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 41 años, barrio Quintas de Arguello, septiembre de 2011.

“La única actividad física que tienen los chicos es en el colegio porque en el barrio no hay ningún espacio recreativo, para hacer cualquier tipo de deporte se tienen que trasladar a otro lado, no hay ningún lugar. No hay club, no hay ningún espacio al aire libre donde... hay una plaza, pero la destruyen. O sea que siempre está en malas condiciones, aparte del peligro y la seguridad que es un tema básico para trabajar en estos lugares”.
Entrevista 6. Directora de escuela del barrio Comercial, julio de 2015.

En dicha escuela, las docentes comentaron que muchas veces los/as niños/as piden acceder a la escuela después de hora para jugar, sin embargo no siempre les es permitido ya que hay un policía que se encarga de cuidar las instalaciones y no siempre los/as autoriza a ingresar en los horarios extra-escolares.

Siguiendo a Borja (2003), la ausencia, la precariedad o la privatización del espacio público puede significar una negación de la ciudadanía y convertirse en un factor de ruptura del entramado social. Su distribución más o menos desigual, su concepción articuladora o fragmentadora del tejido urbano, su accesibilidad, su valor simbólico, su uso social, su capacidad para generar ocupación y fomentar la confianza social, su contribución para dar “sentido” a la vida urbana, constituyen oportunidades para promover los derechos y obligaciones políticas, sociales y cívicas para la construcción de ciudadanía.

Unido a cierto malestar por la falta de espacios públicos o la baja calidad de los mismos, en muchos relatos se menciona a la “seguridad” como un motivo de no realización de actividades fuera de los hogares.

“...Con respecto a las actividades fuera de la casa de los niños, por seguridad no pueden jugar en la calle o baldío...”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 46 años, barrio Los Robles, septiembre de 2011.

“Me interesa mucho que pudiera haber un lugar recreativo seguro para realizar actividades físicas”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 45 años, barrio Parque Liceo 3ra sección, septiembre de 2011.

“...es muy importante los playones en los barrios, eso es muy importante, porque ahora ya hasta desaparecieron los antiguos terrenos baldíos en donde uno jugaba a la pelota, correr. En la ciudad no existen tantos espacios y la inseguridad hace que las madres no dejen salir a los chicos”.

Entrevista 5. Director General de Educación de la Municipalidad, agosto de 2015.

Esa inseguridad que se menciona en muchos de los fragmentos analizados, se presenta como una fuerte limitación para la recreación en los espacios públicos barriales por parte de niños y niñas, dado que son percibidos como una amenaza. La respuesta ante la inseguridad en muchos casos es no salir, no exponerse, refugiarse en lugares privados. En este contexto, se abandona el espacio público, generando una pérdida de la solidaridad, el interés y respeto hacia los “otros”. Segovia y Jordán (2005) sostienen que la percepción de inseguridad y el abandono de estos espacios funcionan como un proceso circular y acumulativo, es decir, si se pierden los lugares en donde se construye la identidad, la ciudadanía y la confianza colectiva, se destruye la dinámica social que debe caracterizar a cualquier espacio para ser considerado como tal, lo cual aumenta la inseguridad.

Paralelamente, en los relatos de las nutricionistas del Programa de Salud Escolar reaparece la problemática de la seguridad, aunque ellas sostienen que esto no es inherente a un estrato social determinado, sino que es transversal a toda la sociedad. Esta “transversalidad” que plantean en cuanto a las situaciones de inseguridad, se transforma en desigualdad cuando aquellos/as que tienen un mejor nivel socioeconómico logran solventarla acudiendo a un club privado u otra opción similar, mientras que los que no tienen los recursos económicos suficientes, deben quedarse en casa. Esto se traduce en una desigualdad injusta para aquellas poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad social que no tienen la posibilidad de ejercer su derecho a la recreación en sus propios barrios.

“Porque por una cuestión de seguridad los niños no salen, porque les han golpeado, le roban las bicis y las madres no los pueden cuidar, entonces se tienen que quedar encerrados, a estas cosas que las vemos en todos los niveles sociales, por ahí los de nivel social más alto llegan a acceder a pagar un club o algún lugar donde vaya el niño, en cambio en estas poblaciones no, la seguridad también la sufren ellos en el barrio donde viven, entonces no pueden ir a la casa solos, y están encerrados y es muy sedentario, eso lo vemos y es muy difícil, son muy pocos los lugares en donde los chicos pueden acceder a hacer algo extra”.

Entrevista 3. Lic. en Nutrición “A” del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

Esta reclusión provoca, en palabras de Serpa (2004), que avancemos hacia el individualismo como modo de vida ideal en detrimento de un colectivo cada vez más decadente. Cabe destacar también el rol que se le otorga a las mujeres-madres como únicas responsables del cuidado de los/as niños/as recluidos.

Asociado a la cuestión de la inseguridad, aparece en diversos relatos otra limitación en el aprovechamiento del espacio público dado que el mismo es “invadido” por personas que utilizan ese espacio para el consumo de drogas, impidiendo que los/as niños/as puedan utilizarlos para su recreación.

“El problema que existe en la plaza del barrio que los niños no pueden jugar dado que hay personas drogándose en ella y hay mucha inseguridad”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 33 años, barrio Comercial, septiembre de 2011.

“A la tarde o se va a jugar con los amigos o juega mucho a los jueguitos en casa. Tiene un compañerito que vive a tres casas así que últimamente lo viene a buscar y salen a la plaza. Juegan al fútbol con otros chicos más, el otro día le estaba preguntando porque dice que tiene un amigo que es adolescente y entonces le digo qué hace ese adolescente, ¿por qué juega con niños? ¿Fuma, no fuma? Claro, porque uno no sabe con quién se junta en la plaza. Encima esa plaza tiene mala fama porque hay una junta media fea, entonces tampoco le puedo prohibir que vaya a la plaza, es difícil”.

Entrevista 1. Mujer-madre de barrio Quintas de Arguello, diciembre de 2013.

En esta línea, Saraví (2004) plantea que los barrios caracterizados por una extendida ausencia de oportunidades, provocan una apropiación del espacio público por parte de los jóvenes, quienes intentan construir un entorno que no recrimina el abandono de la escuela, el desempleo, el no hacer nada, el uso de drogas y alcohol, el robo y la violencia. El autor denomina este fenómeno como “cultura de la calle”, con sus propias normas y valores, que sustentan y reafirman este conjunto de prácticas que contradicen la norma. De esta forma, la exclusión social es resignificada en el barrio, en el espacio público apropiado. Así, la calle, las veredas, las esquinas del barrio, las plazas, las “canchitas” de fútbol y los quioscos, constituyen para estos jóvenes los principales ámbitos de sociabilidad, interacción y esparcimiento.

En este sentido, y considerando el relato de las mujeres-madres, el autor plantea que la apropiación y dominio del espacio público genera inmediatamente una frontera entre “nosotros y ellos”: “¿qué hace ese adolescente, por qué juega con niños?”, dice la entrevistada. Entonces, a un lado de la frontera están los/as niños/as que permanecen en sus casas sin poder/querer salir a la calle y, por el otro, los jóvenes que se apropian de ese espacio público para no sentirse excluidos, donde muchas veces aparecen prácticas ilegales, tal como menciona una de las entrevistadas, ampliando aún más la frontera.

“Cuando vuelven de la escuela meriendan, hacen la tarea y luego participan de alguna actividad, ya sea danza. No usan la plaza, los tres no salen nunca, si quieren jugar a la pelota, tienen pelota y demás, tenemos un patio grande, si quieren jugar siempre viene gente. Antes siempre teníamos constantemente niños en casa, en el último tiempo por suerte ya no tanto, cuando está la pileta sí, siempre, todas las tardes, vienen primos que viven casa de por medio, suelen venir y juegan en casa y si no están los tres encerrados en la habitación. Por lo general no acostumbran a salir...”

Entrevista 2. Mujer-madre de barrio Quintas de Arguello, diciembre de 2013.

Esta situación de aislamiento y reclusión de los niños y niñas en sus hogares promueve, según Román (citada por Borja, 2003), comportamientos sedentarios e inclusive una percepción de la calle y del espacio público en general como algo negativo y peligroso, generando una pérdida de habilidades como la orientación, el conocimiento de los entornos, la percepción de las dimensiones, etc. La reclusión en el hogar convierte a los/as niños/as en ciudadanos cautivos, además de hacer recaer su atención exclusivamente en las mujeres-madres.

Otro espacio relevante a nivel del barrio o comunidad, es la escuela, y una cuestión importante que se plantea en algunos extractos de entrevistas analizados es una especie de doble desigualdad que se produce en la práctica físico-deportiva realizada dentro y fuera de ella. Es decir, por un lado, mencionan la reducida carga horaria que se le destina en la currícula escolar a la educación física en estas escuelas y, sumado a ello, la falta de acceso a oportunidades físico-deportivas en espacios extra-escolares.

“Otro de los temas que hay que abarcar y no tenemos cómo, es el de la actividad física, los chicos tienen muy pocas horas dentro de la currícula, las escuelas que las tienen y tienen profesor, y en estas escuelas en donde trabajamos los chicos no tienen a dónde ir, no hay, si hay clubes o algo así económicamente no tienen para ir y la mayoría de las familias no pueden acceder...”

Entrevista 3. Lic. en Nutrición “A” del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

“...muchas veces hay discusiones con profesores de educación física es por la pelota y el fútbol cómo única actividad...”.

Entrevista 5. Director General de Educación de la Municipalidad, agosto de 2015.

En el último fragmento se menciona la predominancia del fútbol y de la pelota dentro de las horas curriculares de educación física. Es decir, sumado a la escasa carga horaria, las actividades físicas que se proponen son monótonas y esto provoca el desconocimiento de otras disciplinas o deportes que puedan diversificar la práctica y generar mayor interés en los/as alumnos/as.

Ante la problemática de la escasa actividad física de los/as niños/as en las escuelas, las nutricionistas entrevistadas refieren como posible abordaje la “capacitación” de las/os docentes en términos de lo “saludable o sano”. Por otro lado, hacen referencia a la importancia de recuperar espacios para el acceso gratuito al deporte y actividad física, lo cual da cuenta de la necesidad del abordaje multidimensional de esta problemática.

“También lo abordamos en los proyectos nuestros a todo este tema de la actividad física, hubo profesores de educación física que se han anotado en la capacitación nuestra, entonces les dijimos a ellos que en la parte de nutrición se junten con otra docente y que ellos vean desde la actividad física el recreo sano y porque no el tema de la actividad física como un hábito saludable y también trabajarlo y si el niño no sale a hacerla por este tema de la seguridad cómo vamos a instalar el hábito si no lo trabajamos, entonces ver de qué forma se pueden rescatar estos lugares y que los niños puedan acceder de forma gratuita a un deporte u otra actividad”.

Entrevista 3. Lic. en Nutrición “A” del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

Vemos, además, un planteo de la importancia de estas prácticas para la generación de hábitos saludables. No encontramos una idea de estas prácticas como parte de una construcción de un proyecto cultural propio, como una forma de imprimir una dinámica social que reviva el espacio barrial.

IV.4.3. Nivel contextual/macroestructural

Como principales hallazgos en los discursos recuperados y analizados, se encontraron por un lado, ausencias y discontinuidades: la ausencia de políticas públicas que tengan continuidad en el tiempo; un Estado ausente en la definición de una política integrada para los componentes físico-deportivos de la recreación para la niñez, lo cual refleja la falta de cumplimiento del derecho a la recreación y deporte

de los niños y niñas; ausencia de políticas públicas que fomenten el uso y mejoren los espacios públicos y una fragmentación de las acciones sobre este campo: recreación/salud/educación.

Por otro lado, se destaca una manifestación de intereses y necesidades: interés por el desarrollo de acciones y políticas para la promoción de la actividad física; una fuerte expresión de la necesidad de consolidar un trabajo articulado e intersectorial; aparecen intereses de actores que provienen de diferentes sectores, tanto públicos como privados sobre la actividad física, la recreación y el deporte.

“...yo creo que el Estado debe brindar más oportunidades tanto para chicos como para adultos de espacios deportivos, porque no todo el mundo tiene la posibilidad de pagar un gimnasio, es más espacio públicos, y que el Estado también incentive a eso a través de poner en el barrio un profesor de educación física que lleve a los chicos a hacer esas actividades sino los chicos terminan viendo tele, en el cyber, y no haciendo algo en su tiempo libre que es bueno para él”.

Entrevista 5. Director General de Educación de la Municipalidad, agosto de 2015.

Dentro del marco contextual, en algunos relatos se hace mención a un programa desarrollado durante una gestión municipal anterior que promovía la práctica físico-deportiva en el barrio. Se evalúa como una experiencia positiva, sin embargo, este programa fue discontinuado.

“...en una época estaban los playones deportivos, que alguna gestión municipal alguna vez los reactivó con monitores deportivos que formaba la misma municipalidad de chicos jóvenes que iban a estos playones y hacían que los chicos practicaran algún deporte, esto no se ha logrado y este otro tema que tenemos pendiente de reunirnos con la gente de deporte para que veamos cómo se puede reactivar”.

Entrevista 3. Lic. en Nutrición “A” del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

Llama la atención el término “monitor deportivo” utilizado para nombrar a la persona que guía el aprendizaje deportivo. El concepto “monitor” tiene distintas acepciones en el diccionario de la Real Academia Española: 1. Hombre que amonesta o avisa; 2. En el Ejército, ayudante de los profesores de educación física; 3. Subalterno que acompañaba en el foro al orador romano para recordarle y presentarle los documentos y objetos de que debía servirse en su peroración; 4. Esclavo que acompañaba a su señor en las calles para recordarle los nombres de las personas a quienes iba encontrando. Es notorio el discurso normativo que impregna las políticas públicas en este sentido, es decir, desde el sector público se concibe a la recreación o al deporte como un campo que debe ser delimitado por alguien que posee cierto saber. Costa y Venâncio (2004), retomando a Habermas, hablan sobre el

debilitamiento de la acción comunicadora cuando una parte de los profesionales de la Educación Física, desprovistos de una postura crítica y ética, “se valen paulatinamente del uso de la razón instrumental al exponer y transformar el cuerpo a través de actividad física, dieta, drogas o del consumo de imágenes del ideal de atletas. Ellos confirman los discursos de control del cuerpo que los medios de comunicación producen cuando hacen de la actividad física una posibilidad de ajustarse al patrón de belleza en nombre de la salud” (p. 70).

“Con respecto a la actividad física, más allá de las cuatro horas y media que tienen de clases los chicos en la escuela, y que puede extenderse a seis, es muy importante que el municipio se haga cargo, como se hizo en los años 90, de los playones deportivos dentro de la comunidad, porque la vida de la comunidad no pasa solo por la escuela”.

Entrevista 5. Director General de Educación de la Municipalidad, agosto de 2015.

Se visualiza una predisposición y necesidad de integrar espacios de trabajo interdisciplinarios para el abordaje de estas problemáticas que no tienen que ver sólo con comportamientos sino con la complejidad de lo social.

Las trabajadoras del equipo de salud escolar hacen mención a la escasez y mala distribución de recursos económicos para poder desarrollar prácticas físico-deportivas en las escuelas y fuera de ellas.

“Otros años ha habido de campeonatos de fútbol entre las escuelas, una vez participaron del campeonato de fútbol infantil de canal 12. Pero claro, para eso necesitan movilidad y por eso depende de la escuela y de la comunidad”.

Entrevista 4. Trabajadora Social del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

“A mí me parece que los recursos están, y por ahí están mal utilizados. Por ejemplo está el polideportivo General Bustos donde se hacen diferentes actividades, pero claro a un niño de San Jorge le queda a 20 cuadras y quizá poniendo una traffic un día a la semana ese tenga acceso a una pileta...”.

Entrevista 4. Psicopedagoga del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

Se observan dos temas importantes, por un lado, el involucramiento de empresas privadas en la promoción del deporte, reflejando los intereses económicos que se encuentran por detrás de este fenómeno social. Por el otro, la complejidad de vivir en ciudades fragmentadas donde las escuelas públicas y los sectores populares se localizan en las periferias de la urbe, sin garantías de proximidad y accesibilidad a recursos como el transporte público o espacios recreativo-deportivos.

En los extractos analizados de la entrevista realizada al equipo interdisciplinario del Programa de Salud Escolar, aparece, por única vez, el enfoque de derechos en la voz de la Trabajadora Social, quien sostiene lo siguiente:

“Hay muy pocas políticas públicas gratuitas para hacer deportes, que se asocia al sedentarismo, las nuevas tecnologías, etc. Una de las cosas que se presenta como mayor derecho vulnerado de la infancia es que no existen lugares en los barrios que sean gratuitos para que el chico haga fútbol, vóley, y todo eso hay que disponer de un cierto valor para pagar una cuota. Antes había profesores en los playones en donde iban a hacer deportes pero todo eso ahora tiene un costo”.

Entrevista 4. Trabajadora Social del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

La entrevistada cuestiona la ausencia de políticas públicas que amplíen el acceso a los contenidos físico-deportivos de la recreación y, en consonancia con ello, reconoce la ausencia de espacio público para este fin. Así, se observa que el cumplimiento del artículo 20 de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 que establece que los organismos del Estado, con la activa participación de la sociedad, deben establecer programas que garanticen el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a la recreación, esparcimiento, juegos recreativos y deportes, no se cumple, convirtiéndose en un derecho vulnerado de las infancias, tal como afirma la trabajadora social.

Asimismo, aparece de manera recurrente en el corpus analizado, la necesidad de la integralidad de los distintos sectores de gobierno para abordar la salud, la recreación, y la práctica físico-deportiva en la niñez.

“Son los mismos niños, los que pasan por la escuela, por el centro vecinal, los que pasan por lo playones y por el centro de salud, son los mismos chicos que circulan, por eso es muy importante la articulación”.

Entrevista 5. Subsecretaria del Nivel Primario de la Municipalidad, agosto de 2015.

“Desde la municipalidad, debería haber algún programa que desde las Secretarías pudieran articular y que llegue a las escuelas y a instituciones barriales. La Secretaría de Salud, de Educación y Deportes podría trabajar articuladamente y podrían pensarse políticas y trabajar en los playones, hacer deportes, pero hay que comenzar por ejemplo haciendo los playones porque no hay, en este momento por ejemplo se están poniendo en funcionamiento las plazas que estaban llenas de yuyos y ahora están siendo más cuidadas, y ese espacio público llámese plaza, playón, centro vecinal o alguna iglesia que tuviera espacio, me parece que articuladamente se podría trabajar y el municipio tiene posibilidades de hacerlo, me parece que podría formar parte de su política. Pero creo que sería el modo, articular”.

Entrevista 4. Psicopedagoga del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

Este es el único fragmento donde aparece el concepto de “espacio público” y en realidad no aparece sino que desaparece, según la entrevistada. Con relación a

ello, Borja (2000) considera que estos espacios son la manifestación de la crisis de una ciudad o de la urbanidad; es decir que a través de ellos, de las condiciones en que se encuentran y las actividades que ahí se realizan, se puede conocer y evaluar las deficiencias, las costumbres, y las formas de vida de la ciudad.

Siguiendo la misma línea, en algunos relatos se hace mención a la imposibilidad de acceder a la salud o a los contenidos físico-deportivos de la recreación sin pagar, destacando así el proceso de mercantilización que ha venido sufriendo la salud y la práctica físico-deportiva en el último tiempo. En palabras de Breilh, Matielo y Capela (2010), las reglas de la sociedad capitalista, terminan transmutando la recreación, la actividad física y el deporte, en mercancías, condicionadas a la lógica de la valorización del valor, en lugar de corresponder a la lógica del valor de uso.

“...la salud pública en hospitales es deplorable, la atención y organización, plazas y clubes un desastre, si no tenés dinero debes quedarte en casa”.

Comentario de la ESIN. Padre de 38 años, barrio Favalaro Sud, septiembre de 2011.

“Que haya algún club donde los niños y adultos puedan hacer actividad física gratis”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 43 años, barrio Quintas de Arguello, septiembre de 2011.

A partir de estos extractos, podemos reflexionar acerca de la importancia de esclarecer cómo los mecanismos históricos generados por el mercado actúan sobre el modo de vida de los sectores populares y de las clases medias, imponiendo un estilo de vida a ser adoptado. Los componentes físico-deportivos de la recreación, cuando son considerados un negocio, reproducen una profunda desigualdad social. Por un lado, entre quienes tienen acceso a una práctica realmente saludable y, por el otro, entre quienes quedan al margen por sus condiciones sociales, económicas, étnicas, de género, físicas, etc., reforzando las relaciones sociales injustas (Breilh et al., 2010).

Una mujer-madre plantea en su comentario la condición de marginalidad en la que se encuentran algunos/as niños/as que viven en determinados barrios, lo cual genera una necesidad incrementada de acción sobre el espacio público y la escuela.

“...que haya un lugar para que los niños puedan jugar ej. plaza, canchas u otras, y que en la escuela en la que concurre tenga más intención de educar y cuidar de nuestros niños por la marginalidad que se encuentra alrededor del establecimiento”.

Comentario de la ESIN. Mujer-madre de 43 años, barrio Villa 9 de julio, septiembre de 2011.

Este sentimiento de marginalidad expresado por la mujer que habita en barrio Villa 9 de Julio refleja la dimensión subjetiva de la segregación residencial planteada por Sabatini, Cáceres y Cerda (2001) en un estudio desarrollado en las ciudades capitales chilenas. Según estos autores, la segregación residencial tiene tres dimensiones principales: (1) la tendencia de los grupos sociales a concentrarse en algunas áreas de la ciudad; (2) la conformación de áreas o barrios socialmente homogéneos; y (3) la percepción subjetiva que los residentes tienen de la segregación "objetiva" (las dos primeras dimensiones). El sentimiento de marginalidad representa un factor clave para que la segregación "objetiva" dé lugar a efectos de desintegración social.

Por otro lado, una de las nutricionistas expresa la imposibilidad de abordar esta problemática sin la decisión política necesaria y sin la participación de las mujeres-madres y los padres de los/as niños/as.

“En mi opinión personal, para trabajar con los niños sí o sí hay que trabajar con los padres, y como forma preventiva la mejor forma es cómo lo venimos encarando, pero se necesita el respaldo del Estado en todo, desde si queremos hacer una cartilla que no hay presupuesto, hasta la decisión política de hacer una capacitación docente, la forma en que concurren, necesitamos la decisión política para hacer la intervención”.

Entrevista 3. Lic. en Nutrición “B” del Programa de Salud Escolar, agosto de 2015.

Este comentario refleja una concepción del/de la niño/a como dependiente del adulto y no como persona autónoma, titular de derechos. En términos de Bustelo (2012), el hecho de sostener que los/as niños/as dependen de las personas adultas repercute directamente en su invisibilidad y en su visualización como meros beneficiarios de un Estado “benefactor-protector”. Si bien reconocer los derechos no garantiza la autonomía del ejercicio, puede ser expresión de cambio de las relaciones históricamente situadas entre niños/as por un lado y adultos por otro.

Finalmente, en el relato de la entrevistada se menciona el rol central del Estado a la hora de definir un tema como prioritario y tomar las medidas necesarias para abordarlo. Aunque propone una respuesta institucional de capacitación/educación, basada en enfoques de orientación individual e interpersonal, y en estrategias limitadas orientadas a afianzar los conocimientos.

Resulta interesante destacar la escasa diferenciación que encontramos entre los relatos de los distintos actores sociales entrevistados/as en los tres niveles analizados. Es decir, los discursos de los/as técnicos, madres/padres, docentes,

directoras y políticos son ciertamente homogéneos entre sí, lo cual sorprende dado que, en principio, se esperarían expresiones propositivas y explicativas desde la voz de los/as políticos y técnicos y, por otro lado, descriptivas de la problemática local en la voz de docentes, directoras, madres y padres. Sin embargo, esto último es lo que prevalece en las expresiones de la mayoría de los/as entrevistados/as. A pesar de las diferentes posiciones que ocupan en el espacio social, la discusión sobre la práctica físico-deportiva, el espacio público, los/as niños/as, la pobreza, no parece ser un tema con opiniones e intereses contrapuestos entre los distintos actores sociales entrevistados/as.

CAPÍTULO V. Discusión

Esta Tesis doctoral se desarrolló con el propósito de contribuir a la comprensión de la espacialidad, en términos de configuración territorial y dinámica social, de los contenidos físico-deportivos de la recreación de los niños y niñas que asisten a escuelas primarias municipales y habitan en diversos barrios de la ciudad de Córdoba.

Respondiendo a la pregunta de investigación y los objetivos planteados, encontramos que existen en la ciudad de Córdoba importantes limitaciones vinculadas a la configuración territorial del espacio barrial que imprime restricciones en la dinámica social propia de la recreación: en principio, destacamos una práctica físico-deportiva restringida con respecto a las normativas vigentes para el grupo social analizado; una fuerte determinación social y de género sobre dichas prácticas y sobre el uso del territorio cotidiano del barrio para desarrollarlas; y una precariedad en la configuración del territorio barrial que dé lugar a la recreación, en sus dimensiones físico-deportivas.

A los fines de profundizar las explicaciones sobre estos resultados, se propone un diálogo con la literatura trabajada en el marco teórico en torno a cinco ejes de discusión principales:

- 1. Entre las preguntas del territorio y las respuestas de los programas: sobre las prácticas físico-deportivas de los niños y niñas de la ciudad de Córdoba.*
- 2. Desigualdades sociales en territorio: el uso de espacios públicos barriales para prácticas físico-deportivas.*
- 3. Desigualdades de género en territorio: oportunidades diferenciadas para la práctica físico-deportiva.*
- 4. Aportes desde un abordaje de múltiples niveles de la práctica físico-deportiva y del uso de espacios barriales para dicha práctica.*
- 5. La invisibilidad de las infancias que habitan en contextos de pobreza en la ciudad de Córdoba.*

V.1. Entre las preguntas del territorio y las respuestas de los programas¹⁹: sobre las prácticas físico-deportivas de los niños y las niñas de la ciudad de Córdoba

La práctica físico-deportiva de estos/as niños/as, sabemos que acontece, a grandes rasgos, en dos espacios diferenciados: dentro y fuera de la institución escolar. En esta investigación se buscó profundizar sobre aquellas prácticas que ocurren fuera del campo escolar.

Así, el análisis descriptivo realizado demostró que el 54% realiza una escasa práctica físico-deportiva, en términos de METs utilizados, y que el 44% no cumplió con la normativa propuesta por la OMS que establece que los niños, niñas y adolescentes deben alcanzar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa. Esta normativa fue adoptada por el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo, que se encuentra en ejecución desde 2013 y que se vio materializado a través del Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina²⁰.

Estudios desarrollados en otras ciudades del país que no tuvieron como referencia a la normativa de la OMS, como por ejemplo uno desarrollado en la ciudad de Corrientes, dio a conocer que el 36% de niños y niñas en edad escolar (de 10 a 15 años) no realizaba actividad física fuera del horario escolar (Poletti y Barrios, 2007); mientras que otro estudio similar en la ciudad de Rosario evidenció que el 41% de alumnos/as de 6 a 13 años no realizaba actividad física (Bassan et al., 2011). La Encuesta sobre Condiciones de Vida de la Niñez y Adolescencia (ECOVNA), llevada a cabo por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación junto con UNICEF en los años 2011 y 2012 en 25.400 hogares de Argentina, reveló que el 37% de niños/as de 10 a 13 años destinaba su tiempo libre a prácticas físico-deportivas programadas.

La Encuesta Mundial de Salud a Escolares (EMSE) impulsada por la OMS, mostró que en Argentina en el año 2012, un 83% de los/as escolares de 13-15 años no cumplían con la normativa mencionada. En otros países de América del Sur se

¹⁹ Se tomó como referencia el artículo de Spinelli (2016) para la discusión de este eje.

²⁰ Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/programas/programa-de-lucha-contra-el-sedentarismo>

observan situaciones similares. Por ejemplo, Uruguay mostró un 71% de escolares que no alcanzaron la recomendación y Perú un 75%, valores que difieren bastante de los recabados en Chile, donde el porcentaje se incrementa a un 85% (OMS, 2012).

A nivel mundial, se compilaron los datos de 34 países que participaron de la EMSE durante el 2003 al 2007, y se evidenció que el 76% de los varones y el 85% de las mujeres en edad escolar no cumplieron con las recomendaciones de actividad física (Guthold et al., 2010).

Destacamos que, en general, las referencias mencionadas dan cuenta que son muchos/as los/as escolares que no alcanzan las recomendaciones y que, más allá de ésta, la práctica físico-deportiva es restringida en este grupo etario. Cabe subrayar que las diferencias que se observan en los porcentajes pueden deberse a formas diferentes de tomar el dato sobre nivel y frecuencia de actividad física, a los distintos grupos etarios seleccionados dentro de la etapa escolar, y a los diferentes tipos de escuelas de las que provienen los/as escolares (públicas y/o privadas).

En concordancia con los resultados planteados, no es un dato menor que más de la mitad de nuestros/as escolares de Córdoba destine tres horas o más al día en actividades sedentarias como mirar televisión o estar en la computadora. Las cifras de la EMSE en Córdoba revelan una frecuencia del 50%, al igual que a nivel nacional. Por su parte, la ECOVNA mostró que el 95% de los/as niños/as de 10-13 años de Argentina destinan su tiempo libre a mirar TV y que el 61,5% lo hace en actividades con la computadora, sin precisar datos sobre el tiempo dedicado a cada una (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y UNICEF, 2013).

Según Guthold et al. (2010), en más de la mitad de los 34 países estudiados con la EMSE, más de un tercio de los/as estudiantes destinó tres horas o más por día a actividades sedentarias, excluyendo las horas en las que permanecieron sentados/as en la escuela o haciendo tareas; y en la ciudad de São Luís, al norte de Brasil, los escolares destinaban en promedio dos horas y media diarias en esa actividad (Oliveira et al., 2010).

Si bien los contextos difieren, los resultados son contundentes respecto al lugar destacado que ocupan las tecnologías que ofrecen entretenimiento de tipo sedentario en la vida de niños/as y adolescentes. Hoy en día, la mayoría de los escolares de Córdoba tiene acceso a tecnologías como la TV y la computadora. De acuerdo con el Censo Provincial de 2008, el 70% de los hogares de la ciudad tenían

TV, esta cifra puede haberse incrementado hacia el 2011, año en que recolectamos nuestros datos (DGEC, 2008). En cuanto al acceso a computadoras, según el censo nacional de 2010 (DGEC, 2010b), el 56% de los hogares de la ciudad de Córdoba tenía computadora. Cabe mencionar que a partir del 2010 se creó el programa Conectar Igualdad²¹ que, si bien está destinado al nivel de educación secundario, muchos de los escolares tiene familiares en ese nivel, por lo que el acceso a esa tecnología seguramente se vio ampliado en 2011.

Si bien las directrices sobre actividad física de la OMS datan del año 2010, ya existía previo a ello un consenso acerca de la importancia de la actividad física para la promoción de la salud (tal como fue desarrollado en el marco teórico: La hegemonía de la vida activa como promotora de salud, página 43), que llevó a la creación de los Programas Nacionales Argentina Camina²², implementado en 2007, y de Municipios Saludables, vigente desde 2008.

Los dos programas mencionados, junto con el de Lucha contra el sedentarismo, cuentan con el componente “actividad física”, con mayor o menor grado de centralidad, explicitado en sus objetivos que apuntan a la promoción y adopción de estilos de vida activos en la población en general, incluyendo niños/as y adolescentes.

El hecho de comprobar que una parte considerable de niños y niñas de la ciudad de Córdoba, y de muchas otras geografías, no alcanzan las metas propuestas por los programas nacionales y los organismos internacionales, y que, al mismo tiempo, ocupan una parte importante de su tiempo de ocio en actividades sedentarias, nos interpela como investigadoras del campo socio-sanitario y también a los/as gestores como responsables de las políticas públicas y programas que se implementan en los territorios.

A continuación se desarrollarán algunas reflexiones sobre lo anterior: si las normativas respecto de la “vida activa” existen y se desarrollan desde hace al menos diez años en nuestro país, ¿por qué la práctica físico-deportiva en la población infantil sigue aun siendo limitada?

²¹ Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Programa Conectar Igualdad. Disponible en: <http://www.conectarigualdad.gob.ar/>.

²² Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/127652/norma.htm>

Por un lado, estos programas, con sus metas y lineamientos, son generalmente diseñados por actores técnicos que se encuentran muy lejos de la realidad particular, por lo tanto, tienen una mirada acotada, atomizada y descontextualizada del espacio local, es decir, ignoran los territorios donde habitan quienes son los sujetos(objetos) a transformar/modificar desde su comportamiento.

Para echar luz sobre este asunto, Spinelli (2016) cuestiona fuertemente el rol de los programas en el abordaje de los problemas socio-sanitarios. Dice el autor, “el programa es la inserción vertical en el territorio, de respuesta a lo individual y de recorte de la realidad”, “propuestos como solución a los `diagnósticos técnicos`, en general, bajo el formato de enlatados producidos por organismos internacionales” (p.156).

A lo largo de la historia, sostiene el autor, la situación epidemiológica de los conjuntos sociales se fue complejizando, por lo que los programas se vieron debilitados e incapacitados ante el desafío que imponen diversas dimensiones socioculturales provenientes de distintas prácticas, saberes y concepciones que ponen en juego los diversos actores que habitan y transitan el territorio. La lógica programática como materialidad concreta de lo normativo, herencia de la planificación y expresión de la razón instrumental, define estilos de vida a ser adoptados por los individuos, desconociendo las dimensiones del territorio (Spinelli, 2016).

Por tanto, la escisión programa/territorio planteada en términos de respuestas técnicas a preguntas que nunca se hicieron al territorio, refleja importantes desafíos hacia los niveles de gestión pública, en tanto promotores y ejecutores, y hacia la comunidad científica, como productora de estas respuestas débiles, incapaces de responder a las preguntas fuertes del territorio, contrapuestas a cualquier proyecto emancipatorio.

Por otro lado, son programas que focalizan sus acciones en promover cambios en los comportamientos de los individuos. A pesar de que en sus objetivos encontremos intentos de abordar otros niveles de actuación, al momento de la ejecución, el eje educación/concientización está a la orden del día. Allí cobra central relevancia lo que afirma Carvalho (2004) sobre este tipo de acciones que no han hecho más que mejorar la salud de ciertos sectores de la sociedad y mantener e incluso empeorar la de los sectores marginados.

El eje educación/concientización parte del supuesto de que los comportamientos de los sujetos se derivan principalmente de las ideas, conocimientos o informaciones que tengan sobre ellos. En esta línea de pensamiento, para cambiar los hábitos de actividad física y deportiva, deberíamos suministrar a la población las informaciones necesarias y sus implicancias para la salud. Idealmente, estos sujetos informados o concientizados se adaptarían a la nueva información gestionando cual “empresario racional de su vida cotidiana” -en palabras de Martín Criado (2007)- sus prácticas para maximizar su salud. Sin embargo, múltiples estudios han objetado esta creencia: la distancia entre lo que se conoce y las prácticas cotidianas es amplia, y es aún mayor en las clases populares.

En esta línea, traemos a colación los hallazgos principales de la aproximación cualitativa, dentro de la categoría de análisis individual: observamos un predominio del discurso biomédico centrado en las nociones de “sano” y “saludable”, una institucionalización del “estilo de vida saludable y activo”, una idea de relación causal y lineal entre deporte/actividad física y salud, una mirada esencialista y sin sujeto de la actividad física/deporte. Mientras que, de manera aislada, aparecen algunas nociones de deseo y disfrute asociadas a estas prácticas.

Tal como sostienen Castiel y Álvarez-Dardet (2007), el posible efecto de la utilización indiscriminada del individualismo, del moralismo y del control de las personas, típicos de las sociedades post-modernas, es la transformación de la promoción de la salud en una “salud persecutoria”. Para ésta, el camino para una buena salud depende esencialmente de acciones responsables y consientes de los individuos, sin cambios en el nivel de responsabilidad de empresas, de instituciones y en las relaciones políticas y económicas entre países.

El propio Programa de Lucha Contra el Sedentarismo se propone “reducir la prevalencia de inactividad física en la población general, promoviendo la adopción de estilos de vida activos”. Si bien define en sus objetivos específicos acciones de carácter estructural como “incrementar el número y calidad de lugares aptos para realizar actividad física en comunidades y municipios” o “incrementar el número de provincias y municipios con políticas de urbanización y transporte que promocionen la actividad física”, seguimos siendo testigos de intervenciones con fuerte contenido moral, de carácter individual y persecutorio, probablemente más económicas, visibles y fáciles de ejecutar, cuyo trasfondo es la responsabilización de las personas;

en detrimento de aquellas intervenciones a nivel de las instituciones y las políticas públicas, más complejas, donde existen intereses en pugna y que, además, serán perceptibles a largo plazo.

Los dictámenes certificadores de las corrientes hegemónicas en la investigación deben ser cuestionados permanentemente, no sólo en el campo de la salud, dado que se multiplican todo el tiempo las estrategias de entidades internacionales (OMS, por ejemplo) que, a partir de resultados en estudios epidemiológicos, han buscado establecer a nivel mundial, qué formas de comportamientos pueden ser consideradas “saludables” y de “riesgo” para las personas. Sin embargo, sostienen Bagrichevsky, Estevão y Palma (2008), más que recomendaciones para la salud, tales normas reproducen con sutilezas, aspectos descontextualizados, prejuiciosos y elitistas, ya que no siempre sus divulgaciones están acorde con todos los diferentes niveles sociales de las naciones que las adoptan.

Hemos mostrado que las configuraciones que adquieren las prácticas físico-deportivas de los niños y niñas son producto de las desigualdades sociales y de género. Es decir, que los contenidos físico-deportivos de la recreación como parte de los procesos de salud tienen una base estructural en los procesos sociales, políticos y económicos que reproducen desigualdades sociales, de género, de etnia.

Desde esta perspectiva, la epidemiología es una de las ciencias de la salud que intenta producir conocimiento en torno a estas desigualdades que existen en los procesos de salud-enfermedad. El presente análisis sobre la práctica físico-deportiva desarrollado desde una perspectiva de la estratificación social, muestra un gradiente socioeconómico negativo. Es decir, confirmamos que aquellos/as niños/as que poseen escasos recursos materiales en sus hogares tienen una menor práctica físico-deportiva en relación a quienes poseen más recursos materiales.

Una investigación con más de cien mil escolares de Brasil, mostró que la prevalencia de actividad física en el tiempo libre era mayor en niños/as de escuelas privadas en comparación con las públicas (Rezende et al., 2014); otro estudio desarrollado en ese país, con 4.452 adolescentes de 10 a 12 años residentes en Pelotas, mostró que era mayor en niños/as de nivel socioeconómico alto (Hallal et al., 2006); y una tendencia similar se encontró en España (Cano Garcinuño et al., 2011).

A partir del módulo sobre el grado de cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes incorporado en la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) que releva datos de hogares y personas en grandes centros urbanos del país, Tuñón y Laiño (2014) advierten un gradiente análogo cuando analizan la brecha de desigualdad en el acceso a actividades deportivas, en tanto los/as niños/as en el 10% de los hogares más empobrecidos realizan muchas menos actividades deportivas extraescolares que sus pares en el 10% de los hogares más aventajados en términos socioeconómicos. Además, los niños/as y adolescentes residentes en villas o asentamientos urbanos registran mayor propensión a la insuficiente actividad física que sus pares que habitan en barrios formales de nivel socioeconómico medio.

En la ECOVNA se observó que el tiempo libre dedicado a juegos físicos activos no varió en torno a un gradiente socioeconómico, aunque sí lo hizo la actividad física programada, cuya proporción se incrementó a medida que aumentaba el nivel socioeconómico de los/as niños/as. Otros estudios encontraron un gradiente inverso o no hallaron asociación entre ambas variables (Matsudo et al., 2016; Olivares et al., 2007).

Es importante aclarar que las investigaciones mencionadas utilizan distintos indicadores para la medición del estrato socioeconómico: en algunos casos se toma la escolaridad materna, en otros los recursos materiales del hogar, la asistencia a escuela pública o privada, etc. Es decir que la multiplicidad de variables que intentan dar cuenta de la condición socioeconómica de los/as niños/as es extensa por lo que torna difícil poder comparar los estudios y obtener conclusiones consistentes en este sentido.

Respecto al nivel de escolaridad materna, como hemos mencionado previamente, es un indicador ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos como variable de aproximación a la condición socioeconómica. Su fundamento se basa en que el haber transitado por la educación formal condiciona la inserción en el mercado formal de trabajo, a la vez que tiene una importante influencia en la capacidad para la toma de decisiones. En nuestra investigación, este indicador mostró una relación con la práctica físico-deportiva en el análisis bivariado que se diluyó al ajustar por otras variables sociodemográficas y económicas en un modelo multivariado.

Por otro lado, los recursos materiales del hogar se corresponden con el nivel cultural, laboral y de ingresos de la familia. Por ejemplo, la disponibilidad de autos, computadoras y habitación propia del/de la niño/a y la posibilidad de vacacionar en familia se relaciona con los patrones de consumo y con el poder de compra del grupo familiar. Desde esta perspectiva, el gradiente observado en la práctica físico-deportiva de los/as escolares cordobeses en función de los recursos materiales disponibles en el hogar, podría deberse, en parte, a que las familias que poseen menor capacidad de compra/consumo posiblemente tengan menores posibilidades de afrontar instancias físico-deportivas que requieran del pago de una cuota mensual. Esto pensado desde una perspectiva mercantilista que transforma a esta práctica en un bien de consumo. Sin embargo, si agregamos que los/as niños/as que habitan en barrios con contextos de pobreza de transición desarrollan una menor práctica físico-deportiva que sus pares que habitan en barrios con contextos favorables, nos hace pensar que esta práctica no depende sólo de la decisión o posibilidad económica de la propia familia sino que existe una influencia del contexto barrial que puede estar asociada a las escasas o nulas opciones físico-deportivas públicas y gratuitas a las que puedan acceder los/as niños/as que habitan en barrios con contextos de pobreza desfavorables.

En favor de esta hipótesis, a partir de los resultados de la EDSA, Tuñón y Laiño (2014) advierten que la insuficiente actividad física en la niñez y adolescencia urbana es más frecuente en espacios socio-residenciales que no cuentan con estructuras deportivas como clubes o plazas o parques cercanos.

Siguiendo la crítica que hace Breilh (2011) en torno a la visión lineal y sesgada hacia la dimensión del consumo que subyace en los modelos de estratificación social que intentan determinar la posición de las personas en la estructura social, creemos que es necesario un enfoque epidemiológico crítico que analice los problemas de investigación a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Esto implica que las especificidades individuales y grupales sean analizadas en el marco del contexto social que las determina (Breilh, 2010b). Frente a este desafío, el enfoque de múltiples niveles nos permite acercarnos al análisis de carácter contextual que propone el autor.

Por lo tanto, ¿debemos culpabilizar a estos/as niños/as (o a sus madres) por su pasividad? ¿Eligen estos/as niños/as recrearse de manera sedentaria en lugar de hacerlo desde la práctica físico-deportiva? ¿Es la dimensión de consumo y capacidad de compra de la familia la que define quiénes desarrollan esta práctica? Desde una postura crítica, sabemos que las respuestas a estas preguntas son negativas. Creemos que son preguntas que debemos hacerle al territorio donde estos/as niños/as habitan y transitan su vida cotidiana y a las estructuras sociales, económicas y culturales que las definen.

En fin, ya conocemos algo sobre la práctica físico-deportiva de estos/as niños/as, ahora bien: ¿existen espacios adecuados para esta práctica en sus barrios de residencia? ¿De qué manera hacen uso y apropiación de dichos espacios? ¿Todos/as los/as niños/as los utilizan de forma igualitaria? ¿Qué barreras encuentran para su uso físico-deportivo?

Desde este lugar es que resulta importante contextualizar las condiciones de vida de estos/as niños/as para poder reflexionar desde dónde pensamos su práctica físico-deportiva: desde la normatividad, desde sus derechos, desde su salud (qué salud), desde su espacialidad/territorialidad. Con relación al último punto, creemos que, tal como sostiene Spinelli (2016), no podemos desconocer las singularidades y los aspectos culturales que se ponen en juego en cada territorio. Aquello que a la distancia parece homogéneo, se diversifica en la medida en que nos acercamos.

V.2. Desigualdades sociales en territorio: el uso de espacios públicos barriales para prácticas físico-deportivas

Como ya hemos precisado, la salud se desarrolla como proceso entrelazado entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular; no se puede comprender, por ejemplo, la lógica de disposición y distribución de los equipamientos deportivos o espacios para la recreación, la segregación del espacio urbano, el reparto de calidades de vida entre sus barrios o zonas, los ritmos y flujos de vivir, de trabajar, de recrearse, de transportarse, sin entender las fuerzas y relaciones económicas y de poder que operan en el sistema de acumulación global.

Tal como afirma Breilh (2010a), la determinación social de la salud en la ciudad se produce en dos direcciones dialécticamente opuestas: la lógica general que se impone desde la formación social municipal y los procesos más específicos y singulares que tienden a generar nuevas condiciones desde los territorios locales.

Acercándonos al territorio específico de los barrios, la oferta y acceso a espacios para desarrollar contenidos físico-deportivos de la recreación desde la perspectiva de las mujeres-madres, confirman situaciones que reflejan desigualdades sociales y de género en las infancias que habitan el espacio urbano cordobés.

En esta investigación encontramos que la plaza es el espacio de recreación que se encuentra presente en la mayoría de los barrios de la ciudad, dado que casi la totalidad de las madres dice tener una en su barrio. Sin embargo, una de cada diez refirió no tener una plaza en su barrio. Asimismo, cerca de la mitad y más dijeron no contar con senderos para caminar o andar en bicicleta, clubes de barrio, gimnasios o salones cerrados, canchas de otros deportes y escuelas con espacios abiertos al público, en sus respectivos barrios. Así, podemos ver que las oportunidades de recreación que tienen los/as niños/as depende del barrio donde viven, tal como sostiene el informe sobre la pobreza mundial de UNICEF del 2014.

Es decir, en términos de Santos, la configuración territorial de estos barrios no presenta elementos que propicien la recreación de los/as niños/as como dinámica social que acontece –o debería acontecer- en sus barrios de residencia. La ausencia de estos elementos que componen el medio técnico impide que exista una dinámica social que imprima un sentido o significado propios a los espacios donde transcurre su vida cotidiana.

En cuanto al acceso, vimos que los espacios de recreación que se encontraron a mayor proximidad de los hogares de las niñas y los niños y que se utilizaron en mayor medida para realizar alguna práctica físico-deportiva fueron las plazas, canchas de fútbol, y baldíos y otros espacios al aire libre. A medida que se encontraban más cercanos a los hogares de los/as niños/as, eran más utilizados. Es importante señalar que estos lugares, identificados como más cercanos y más utilizados, son mayoritariamente espacios públicos de libre acceso. Estos resultados coinciden con un estudio de similares características realizado en EE.UU. en el que los padres de niñas y niños refirieron a las plazas o parques pequeños y espacios públicos de juegos, como los más utilizados (Grow et al., 2008). También coincide

con otro estudio desarrollado en Los Ángeles, en el que se concluye que los parques públicos son un recurso crítico para la actividad física de comunidades marginales, y su cercanía mostró fuerte asociación con su uso (Cohen et al., 2007). En la misma línea, a partir de una investigación en Nueva York, investigadores manifestaron que la decisión de un/a niño/a de quedarse en su casa o de salir a jugar fuera de ella depende, en parte, de la disponibilidad de alternativas recreativas en el barrio y que, además, su mayor proximidad incrementa el nivel de actividad física (Roemmich et al., 2006).

Como dijimos, la plaza fue la de mayor presencia, mayor cercanía y mayor utilización para la práctica físico-deportiva en los barrios de la ciudad, sin embargo, comprobamos que la proporción de niños/as que las utilizaron con una frecuencia alta para desarrollar contenidos físico-deportivos de la recreación fue baja (35%), aún menor fue el uso frecuente de la cancha de fútbol (20%), y el de baldíos y otros espacios al aire libre (19%), que fueron los espacios que le siguieron a la plaza en términos de presencia en los barrios. En esta línea, una investigación desarrollada en Curitiba, Brasil, donde se realizaron observaciones de parques y plazas públicas, se encontró que los/as niños/as fueron, junto con los/as ancianos/as, quienes menos concurrieron a estos espacios a realizar alguna actividad física (Hino et al., 2010).

Al mismo tiempo, encontramos que a medida que empeora el contexto de pobreza barrial hay menos espacios disponibles para la práctica físico-deportiva de niños y niñas, y que, en caso de haberlos, su distancia se incrementa. De esta manera, comprobamos que la oportunidad de recreación en espacios alternativos al escolar se caracteriza entonces por una fuerte segmentación social.

Se ponen en evidencia entonces tres escenarios, por un lado, que los espacios más frecuentados para prácticas físico-deportivas son públicos y al aire libre; por el otro, que la ausencia o mayor lejanía de espacios para la recreación públicos se da en los barrios con contextos de pobreza críticos; y, finalmente, que en aquellos barrios donde estos espacios se hacen presentes, principalmente las plazas, canchas de fútbol y baldíos o espacios no estructurados al aire libre, y se encuentran cercanos a los hogares de las niñas y los niños, no son utilizados con gran frecuencia por la mayoría de los/as niños/as.

Monken y Barcellos (2005) sostienen que la identificación de los objetos existentes, sus usos por parte de la población y su importancia para los flujos de las

personas son de gran relevancia para el reconocimiento de la dinámica social, hábitos y costumbres, así como en la determinación de vulnerabilidades para la salud humana, originadas en las interacciones de grupos humanos en determinados espacios geográficos. Con la técnica, concepto clave en la obra de Santos, el individuo en sociedad forma un conjunto de medios instrumentales y sociales con los cuales realiza su vida, produce y, al mismo tiempo, crea espacio. Esa concepción de espacio considera todos los objetos existentes, suponiendo su coexistencia como sistemas y no sólo como colecciones. Su papel, además de funcional, es también simbólico.

Entonces, ¿de qué manera es posible explicar que, cuando estos espacios están disponibles, los/as niños/as no los utilizan con tanta frecuencia? No fue objetivo de este estudio conocer la calidad de estos espacios, sin embargo, tal como afirma Barreto (2010), no debemos perder de vista este aspecto ya que, por lo general, las políticas de planificación urbana tienden a homogeneizar los diferentes colectivos con respuestas similares y, por ende, estigmatizar con elementos de menor calidad a los sectores marginales respecto de los sectores sociales más integrados, lo que afecta su identidad y su posibilidad de integración social.

Si bien no se evaluó el diseño y calidad de los espacios, pudimos identificar algunas barreras percibidas por las madres para su uso. Señalaron, en orden de mayor a menor proporción de coincidencia: la inseguridad, la falta de equipamiento adecuado, de iluminación, de supervisión de una persona adulta, la ausencia de opciones de actividades, la inseguridad vial, el insuficiente espacio para la práctica físico-deportiva, el exceso de gente, la incomodidad, molestia o aburrimiento de los/as niños/as, la ausencia de otros/as niños/as y la dificultad de llegar.

Monken y Barcellos (2005) recuperan a Giddens cuando reconocen que las fuentes de restricción de la actividad humana son producidas por la naturaleza del propio cuerpo humano y por los espacios físicos en donde la actividad ocurre, permitiendo identificar los límites para el comportamiento de las personas en los territorios de vida. Cotidianamente, las personas transitan por espacios físicos cuyas propiedades interaccionan con sus capacidades, considerando las restricciones de sus fronteras físicas, sociales y simbólicas, por lo que las formas geográficas les dan existencia concreta a las rutinas de las personas. Así, la conducta de la vida cotidiana

de un individuo promueve la aprehensión sucesiva de características de los territorios: otras personas y otros objetos.

Así, las barreras identificadas por las madres pueden funcionar como fuentes de restricción para la práctica físico-deportiva de los niños y niñas en el territorio barrial, en tanto propiedades del espacio físico, social y simbólico que dan (in)existencia a su recreación. Inclusive, el escaso uso del territorio local para la recreación, en términos físico-deportivos, en la vida cotidiana de los/as niños/as podría producir un desinterés frente a los otros componentes del territorio.

Estas evidencias se entrelazan claramente con los resultados obtenidos a partir del análisis cualitativo, donde surgieron como principales hallazgos las escasas oportunidades de recreación en los barrios, la deficiente calidad y cantidad de espacios recreativos y servicios públicos en general, y una fuerte presencia discursiva de la inseguridad que provoca la reclusión en el espacio privado.

Con relación a la inseguridad, en estudios realizados en Cuernavaca, México, y en San Pablo, Brasil, se encontró que la proporción de adultos/as inactivos fue mayor en las áreas consideradas más inseguras (Salvo et al., 2014; Ribeiro y Barata, 2016). En Argentina, la investigación de Tuñón y Laiño (2014), desarrollada a partir de datos de la EDSA, muestra que la insuficiente actividad física en la niñez y adolescencia urbana es más frecuente en barrios donde la percepción de inseguridad es más elevada.

Tal como sostiene Saraví (2004), el clima de inseguridad configura de algún modo las interacciones que se construyen en el espacio público. En relación a ello, surgen dos perspectivas, por un lado, la que sostiene Serpa (2004), afirmando que la limitación de oportunidades, la pobreza y el aislamiento relativos, la inseguridad, terminan fortaleciendo las relaciones sociales locales, a diferencia de lo que ocurre en los barrios de clase media y alta, donde las relaciones son más selectivas y personales, aumentando la necesidad individual del espacio. Con relación a la pobreza, en un sentido contrario al que plantea Serpa, advertimos en esta investigación que la frecuencia del uso físico-deportivo del espacio público (la plaza) es menor en aquellos barrios con contextos críticos de pobreza, en comparación con los barrios con contextos favorables.

Desde otra mirada, los autores Segovia y Jordán (2005) sostienen que la percepción de inseguridad produce un abandono de estos espacios, funcionando

como un proceso circular y acumulativo, en el que la pérdida de los lugares en donde se construye la identidad, la ciudadanía y la confianza colectiva, produce en sí un aumento de la inseguridad. En nuestra investigación, señalamos, por ejemplo, que la frecuencia del uso físico-deportivo de un espacio público como la cancha de fútbol es menor cuando hay una mayor percepción de inseguridad en el barrio. Esta disminución del uso del espacio público asociada a la percepción de inseguridad puede generar mayor inseguridad, dado que se pierden los espacios de construcción de una dinámica social que le da contenido y sentido a ese espacio de ejercicio de la ciudadanía.

A partir de un estudio cualitativo en un barrio de la ciudad de Bahía Blanca, Benedetti et al. (2014) mostraron las principales problemáticas del barrio desde la voz de los/as niños/as que lo habitan. Destacaron como importante el mal estado de la plaza y de los juegos y la presencia de basura allí. Al mismo tiempo, la dificultad en su transitar cotidiano por el barrio (a la escuela, a la plaza, a visitar amigos/as) cuando llueve por el mal estado de las calles y por la inseguridad, tanto en el día como en la noche, señalando la ausencia de policía.

Retomando lo planteado por Breilh (2010a), los procesos singulares del espacio barrial generan condiciones que se entrecruzan con las lógicas que se imponen desde la formación social de la ciudad de Córdoba. Así, el barrio, despojado de equipamientos y de espacios públicos con condiciones adecuadas de iluminación y seguridad, limitan la producción de una recreación desde las propias infancias. Este espacio vacío de contenido se torna vulnerable a las fuerzas económicas y de poder que operan a nivel contextual, imponiendo modos de vida y de recreación que son rentables para el sistema de acumulación global. Así es como entran en juego los dispositivos de producción de la recreación y la cultura para las infancias. Por ejemplo, informaciones que surgieron a partir del análisis cualitativo nos muestran, por un lado, la irrupción de empresas privadas (vinculadas a la industria alimentaria y a los medios de comunicación) en la promoción de prácticas físico-deportivas, reflejando los intereses económicos que se encuentran por detrás de este fenómeno social. Por otro lado, la intervención de la política pública a través de programas de promoción de estas prácticas a partir de la acción de “monitores deportivos” en playones barriales que “dictan las actividades” que deben/pueden ser desarrolladas. Vemos claramente la producción de una recreación para las infancias a partir del

discurso de la normatividad impuesto desde el Estado municipal y el mercado a los fines de “normalizar” comportamientos que deberían ser librados a la propia (re)creación de los niños y las niñas.

Detrás de ese discurso normalizador, lo que se oculta es que lo que se está imponiendo es un modelo de sociedad, donde hay una manera de vivir, una manera de organizarse y unas formas de recrearse que son las válidas, las necesarias, las adecuadas, mientras otras son despreciadas, ocultadas, invisibilizadas.

Vemos entonces que son distintos los procesos a través de los cuales el espacio social es constituido y reproducido tanto en la esfera económica como en la social, simbólica y cultural (Vieira-da-Silva y Almeida-Filho, 2009). Confirmamos aquí la necesidad que plantea Bustelo (2005) de analizar la situación infancia-pobreza como una cuestión de biopolítica mayor, es decir, desde los procesos económicos de concentración de ingresos, riqueza y poder; de caso contrario, la infancia pobre seguirá reproduciéndose.

Así, tomando la categoría de “territorio usado”, la cual considera el sentido de la interdependencia y la inseparabilidad entre la materialidad y su uso, decimos que un espacio público barrial en desuso implica un espacio sin características locales propias, sin producción colectiva, estéril, sin vida.

Al focalizar en las prácticas de la vida diaria, tal como sugiere Testa (1997), reconocemos que la práctica físico-deportiva (re)creativa en el territorio donde habitan los niños y niñas está condicionada por los procesos económicos correspondientes al nivel individual (recursos materiales del hogar), al nivel barrial (contextos de pobreza barrial) y al nivel estructural (políticas públicas municipales e incidencia del mercado). Esto hace que la posibilidad de desarrollar una práctica físico-deportiva desde la recreación en territorio sea producto de la injusticia social, constituyéndose así en inequidad en salud.

V.3. Desigualdades de género en territorio: oportunidades diferenciadas para la práctica físico-deportiva

El género constituye una categoría central en el análisis de las configuraciones de la práctica físico-deportiva de estas infancias. Así, vemos a través de nuestros resultados que existen dos infancias: la de los varones, quienes desarrollan su práctica físico-deportiva con buena frecuencia e intensidad y que hace uso de los espacios públicos para tal fin; y la de las mujeres, que se muestra desplazada en este sentido.

La brecha de género en la práctica físico-deportiva propiamente dicha ha sido ampliamente evidenciada en distintas investigaciones y constatada en revisiones sistemáticas, donde se observa que los niños desarrollan una práctica físico-deportiva más frecuente e intensa que las niñas (Sallis et al., 1999; Van der Horst, 2007; Sallis et al., 2009; Laguna Nieto et al., 2011). También, a nivel local, se expresó en los resultados de la EMSE 2012 en Córdoba, donde se observó que las mujeres realizaban menos actividades físico-deportivas que los varones (OMS, 2012).

La práctica físico-deportiva es concebida como un fenómeno construido socialmente a lo largo de la historia y perpetuadora de la hegemonía masculina, que ha sustentado sus regímenes de verdad en las diferencias biológicas del cuerpo humano. Estas concepciones se han ido modificando con el correr de los años, sin embargo, como vemos, aún hoy persiste una cierta imposibilidad o limitación en la inserción de las mujeres en prácticas físicas y deportivas denominadas culturalmente como masculinas.

Según Adelman (2003), la literatura internacional sobre las mujeres y las relaciones de género en el deporte señalan tanto avances como puntos de conflictos, antiguos y nuevos. En principio, los deportes continúan siendo evaluados en términos de género, muchos siguen siendo vistos como potencialmente “masculinizantes” para las mujeres. Además, la visión hegemónica sobre la corporalidad femenina no se ha alterado, de hecho, con la incorporación de la mujer a la vida pública. El patrón de fragilidad comienza a dar lugar a un nuevo ideal de “mujer activa”, desde principios del siglo XX, que podría evaluarse también como una nueva sujeción de los cuerpos de las mujeres a los discursos dominantes, del “fitness” en este caso. Asimismo, todavía persiste una gran ambivalencia vinculada al significado de la práctica físico-

deportiva de las mujeres que sugiere que sea uno de los más importantes espacios de conflicto relativos a la definición de la corporalidad femenina en la actualidad, junto con la sexualidad.

Más allá de la práctica en sí, hay contextos y factores sociales que influyen profundamente sobre el modo como ésta articula la significación y re-significación de lo masculino y lo femenino. Podemos encontrar diferencias relativas al tipo de deporte, por ejemplo, esta significación será diferente si pensamos en el fútbol en relación a la natación; a los contextos donde habitan y transitan las mujeres deportistas, encontraremos diferencias según los barrios donde residen o las escuelas a las que asistan; o al grupo etario al que pertenezcan, donde los significados y las prácticas de las niñas diferirán de aquellos de las adolescentes, jóvenes o adultas.

En relación al fútbol, vimos que entre quienes utilizaban con gran frecuencia la cancha de fútbol, el 86% eran varones y solo el 14% eran mujeres, es en este espacio particular en donde se observó la brecha de género más amplia, seguida por el club deportivo (74% vs. 26%) y las canchas de otros deportes (67% vs. 33%). Los tres casos representan una práctica deportiva, por lo que no se ha superado aún la cuestión de la generificación de los deportes. De este modo, vemos que existen diferentes expectativas en cuanto al desempeño de los varones y mujeres, esperando de los varones juegos más activos, más violentos, agresivos, que impliquen más fuerza; y de las mujeres, juegos más pasivos, con menos contacto, más expresivos. Las diferencias que se observan son construidas social e históricamente.

Focalizando en el fútbol, Carmen Rial (2013) asegura que impedirles a las mujeres brasileras jugar al fútbol es más que prohibir el movimiento corporal y afirmar su condición de dominadas: articula género, nación e imaginario, excluye a las mujeres de un gran colectivo y de un amplio espectro de prácticas sociales, colocándolas en una posición no solamente pasiva y sumisa, sino también de ciudadanas de segunda clase. Esta reflexión en torno a las mujeres de Brasil, podría también aplicarse a nuestro país, dado que en ambos el fútbol ocupa un lugar predilecto en nuestra cultura y en nuestro ser nacional.

Otro punto de discusión importante sobre la inequidad de género es la utilización diferenciada de los espacios barriales para las actividades físico-deportivas, observándose que las niñas utilizan con menos frecuencia que los niños la mayoría de los espacios. Este patrón es constatado, por ejemplo, en un estudio

brasileño en que se observa una mayor presencia de varones respecto de las mujeres en parques o plazas. Los autores lo atribuyen parcialmente a que muchos de estos espacios públicos son diseñados y estructurados para actividades deportivas como fútbol o básquet, de preferencia masculina, habiendo una menor proporción de áreas para caminar, correr o andar en bicicleta, actividades habitualmente preferidas por las mujeres (Hino et al., 2010).

Otra investigación desarrollada en Barcelona por Vilanova y Soler (2008) también encontró una gran ausencia femenina en el espacio público que, según las autoras, pone en evidencia la necesidad de un diseño urbanístico que tenga en cuenta las necesidades e intereses de las mujeres: espacios no dominados por las actividades tradicionalmente masculinas, como campos de fútbol; espacios en que se pueda combinar la actividad en familia con la actividad lúdico-deportiva; espacios seguros y próximos a las zonas de vivienda; etc.

Si entendemos a la categoría género como aquella que representa las construcciones socio-históricas y simbólicas de lo femenino y lo masculino en nuestras sociedades, es importante aclarar que esta mirada sobre las actividades “habitualmente preferidas por las mujeres” o “tradicionalmente masculinas” puede esconder en sí una visión que acaba por profundizar aún más las brechas de género.

Más allá de la práctica físico-deportiva en sí, históricamente, el diseño del espacio urbano ha sido un campo dominado principalmente por hombres adultos que han reflejado sus intereses y necesidades en el diseño del espacio público; mientras que las mujeres aparecen como objetos, no como sujetos (García-Ramón et al., 2004). El uso y la percepción del espacio público tienen claras connotaciones de género y son una muestra de la relación jerárquica entre lo masculino y lo femenino. Las mujeres han sido históricamente relegadas al espacio privado, por lo que su relación con el espacio público refleja al mismo tiempo que refuerza el lugar de las mujeres en la sociedad (Vilanova y Soler, 2008).

Si consideramos los resultados obtenidos a partir de la segunda dimensión de análisis trabajada, donde se aplica una perspectiva de género en el propio análisis, pudimos constatar que, entre las niñas, el uso de plazas se asoció negativamente con la seguridad barrial percibida por las madres y positivamente con la percepción de las madres sobre la dinámica social del barrio. Mientras que en los varones, no se encontraron asociaciones entre lo que percibían sus madres en torno a los distintos

componentes estudiados del espacio barrial (seguridad, medio técnico y dinámica social) y el uso de las plazas para actividades físico-deportivas.

Como primera reflexión, podemos decir que las niñas parecen mostrar una subordinación a las pautas y decisiones de sus adultos responsables, en su mayoría madres, en comparación con los niños. Es decir, el uso de las plazas por parte de ellas, depende de lo que las madres perciben sobre ese espacio, ya sea ésta una percepción negativa o positiva. Si bien la frecuencia de uso así como la percepción del espacio barrial fueron ambas declaradas por las madres, lo cual podría significar un sesgo, no se encontró esta asociación en el caso de los varones, en donde ambas variables también son declaradas por las madres.

También vimos en el grupo de las niñas que su propia percepción acerca de su autonomía y entorno familiar influye en el uso de plazas para los intereses físico-deportivos de la recreación. Aquellas que se perciben más autónomas, utilizan más estos espacios para esos fines. Esta variable sobre autonomía y entorno familiar manifiesta las oportunidades percibidas por las niñas para realizar distintas actividades en su tiempo de ocio, al igual que las relaciones familiares y su capacidad económica. Por lo tanto, podemos arriesgar que hay un cierto condicionamiento en las niñas por parte de su entorno familiar hacia la posibilidad de poder salir de sus hogares y hacer uso del espacio público barrial. Es decir, si hay una buena percepción de las relaciones familiares, una buena capacidad económica y buenas posibilidades de realizar actividades en el tiempo de ocio, las niñas usan con más frecuencia las plazas para su recreación. En el caso de los varones no se ve este condicionamiento, podríamos arriesgar que el uso de plazas por parte de ellos es independiente de su propia percepción sobre su entorno familiar y autonomía y es independiente también de la percepción de las madres sobre el espacio barrial.

En la actualidad, según sostiene Rial (2013), el mundo físico-deportivo ofrece la posibilidad de incorporar la lucha de las mujeres para la apropiación de los espacios existentes o para la creación de nuevos espacios. El espacio barrial puede ser el apropiado para “volver a pensar” la recreación, tanto en su sentido físico-deportivo cuanto desde un lugar de pertenencia cultural, si pensamos en otro proyecto de sociedad que permita superar la profunda desigualdad de género desde el espacio local, desde el territorio, para una verdadera transformación social.

V.4. Aportes del abordaje de múltiples niveles de la práctica físico-deportiva y del uso de espacios barriales para dicha práctica

La ciudad de Córdoba presenta grandes contrastes económicos y sociales. Mientras algunos barrios poseen proporciones elevadas de hogares con NBI (24%), otros presentan proporciones muy inferiores a la media de la ciudad (5,6%). Por otro lado, existe una desigual distribución de espacios verdes en las distintas zonas de la ciudad, correlacionada con indicadores socioeconómicos. Por ejemplo, la zona centro de la ciudad cuenta con 2.297.57m² de espacio verde, mientras que el nordeste apenas dispone de 792.617m²²³. Por lo tanto, el acceso de la población a estos espacios no es homogéneo.

Como dijimos, la recreación requiere de una espacialidad para producirse y, hoy en día, el espacio urbano es el dominante. Así, vemos la complejidad del fenómeno de la recreación de las infancias que habitan el espacio urbano cordobés. Esto pone en evidencia la utilidad de métodos analíticos que permitan su estudio sin desconocer la compleja estructura del fenómeno.

Entendiendo que los niños y niñas que asisten a las escuelas municipales de la ciudad comparten ciertas características, que no están aislados unos/as de otros/as, que provienen de barrios comunes, que están agrupados bajo determinadas condiciones comunes y diferentes de otros/as niños/as, por ejemplo, que asisten a escuelas privadas o provinciales y/o que habitan barrios diferentes; y comprendiendo que la recreación no es una dinámica que acontece en la individualidad de cada niño o niña, sino, por el contrario, es inherente a la colectividad, a la sociabilidad, al estar/compartir/vivenciar/experimentar con otros/as; vemos necesario, por tanto, aportar una mirada que logre abordar esta complejidad que mencionamos.

Incorporar un enfoque de niveles múltiples va más allá de una cuestión meramente metodológica, ya que partimos de la convicción de que los procesos de salud se desarrollan en distintas dimensiones, desde la individual (y familiar), pasando por la particular (de los grupos sociales) hasta la más general (la sociedad), por lo que la definición de la salud y su potencial de transformación se corresponden

²³ Red Ciudadana Nuestra Córdoba, 2014. Disponible en: <http://www.nuestracordoba.org.ar/node/759>

directamente con cada una de esas dimensiones. Así, entendemos que la salud en general y la recreación como uno de sus componentes, no son opciones libres de los individuos disociadas de los espacios sociales que las delimitan y restringen.

En su conjunto, los resultados indicaron que hay importantes diferencias en el uso físico-deportivo de las plazas asociadas a desigualdades de género y al apoyo social percibido a nivel individual, y al contexto de pobreza barrial, a nivel grupal (Lavin y Berra, 2016). En cuanto a la segunda variable de respuesta, los resultados mostraron diferencias en la práctica físico-deportiva extraescolar asociada al apoyo social percibido, al nivel de sedentarismo y a la frecuencia de uso de plazas a nivel individual, y al contexto de pobreza barrial, a nivel grupal.

Los modelos multinivel desarrollados indicaron la importancia del contexto de pobreza barrial, en las variables dependientes estudiadas: uso de plazas para la práctica físico-deportiva de la recreación y frecuencia de actividad física. A peor contexto de pobreza barrial (nivel grupal), menor uso de las plazas para la práctica físico-deportiva (nivel individual) y menor frecuencia de actividades físicas (nivel individual), independientemente de las variables de ajuste a nivel individual.

Según investigaciones desarrolladas principalmente en Estados Unidos y algunos países de Europa y Oceanía, e, incipientemente, en algunos países de América Latina, como Brasil y Colombia, las características de los barrios se correlacionan de manera consistente con la práctica de actividad física (Fermino et al., 2013; Arango et al., 2013). Vivir en barrios donde es posible caminar, tiene una asociación positiva con formas activas de transporte; y vivir en las cercanías de espacios de recreación y senderos para caminar se asocia positivamente con formas activas de recreación (Sallis et al., 2010).

Asimismo, las oportunidades para la práctica físico-deportiva parecen variar según el nivel socioeconómico de los barrios. Aquellos cuyos residentes tienen un alto poder adquisitivo tienen más y mejores estructuras para la actividad física. Barrios de bajo y medio nivel socioeconómico tienen menos recursos gratuitos para tal fin, como sendas para caminar o andar en bicicleta y parques o plazas (Wang y Brownell, 2005).

En Curitiba, Brasil, se encontraron evidencias de asociación entre los niveles de actividad física en el tiempo de ocio en adultos y la sensación de seguridad, aspectos estéticos de los barrios y acceso a espacios como parques (Rech et al.,

2014). Por otro lado, en otra ciudad de Brasil, Pelotas, se observó que los adultos más activos eran aquellos con mayor nivel de escolaridad, ingresos más altos y residentes de la zona central de la ciudad (Mendes et al., 2014).

Si bien los estudios citados coinciden en algún punto con los resultados propios, ninguno se refiere a una población de niños y niñas y ninguno utiliza el enfoque multinivel para su análisis, por lo que presentan limitaciones metodológicas y teóricas en cuanto a la concepción de las poblaciones como meras sumatorias de individuos que no tienen vinculación entre sí y en cuanto a las infancias que permanecen invisibilizadas a la luz de las publicaciones científicas sobre este tema.

En Río de Janeiro, Brasil, se desarrolló un estudio en 2674 participantes adultos que buscó estimar la asociación entre variables contextuales de vecindad y la práctica de actividad física en el tiempo libre, utilizando regresión logística multinivel. Los resultados mostraron que las prevalencias de actividad física en el tiempo libre fueron mayores entre residentes de barrios con mayores índices de desarrollo humano (incluye, saneamiento básico, calidad habitacional, grado de escolaridad del jefe de hogar e ingresos) (Boclin et al., 2014). Son resultados similares a los nuestros, aunque en grupos sociales diferentes.

Ahora bien, ¿cuál podría ser el contenido de este efecto contextual vinculado a la pobreza barrial sobre las dimensiones físico-deportivas de la recreación y sobre el uso del espacio público? Para poder encontrarle sentido a estas conclusiones resulta necesario integrarlas con los hallazgos de nuestra aproximación cualitativa. Las principales expresiones vinculadas a la cuestión contextual fueron: un Estado ausente en la definición de una política integrada de actividad física y recreación para la niñez; ausencia de políticas públicas que fomenten el uso y mejoren los espacios públicos y una fragmentación de las acciones sobre este campo: deporte/salud/educación. La condición de marginalidad en la que se encuentran algunos/as niños/as que viven en determinados barrios genera una necesidad incrementada de acción sobre el espacio público, es decir, el Estado no está presente en aquellos territorios de mayor vulnerabilidad social. Hay barrios cuyo espacio público se encuentra despojado de una dinámica social que lo signifique y lo transforme en espacio social apropiado. La ausencia del Estado provoca una ausencia de “lo social” en el espacio público: ausencia de niños/as, de grupos sociales, de recreación, de socialización, de construcción colectiva, de ciudadanía.

Para dar soporte a esta ausencia del Estado recuperada del análisis cualitativo, comprobamos, a partir de un estudio desarrollado por Sartori (2010), que en la provincia de Córdoba el gasto en deporte, recreación y cultura disminuyó de \$14,2 por niño/a en 2002 a \$9,7 por niño/a en 2004, para luego aumentar a \$20,5 en 2007. El propio autor se pregunta si para asegurar niveles adecuados de actividades deportivas, de recreación y culturales para los/as niños/as y adolescentes de la provincia resulta suficiente un gasto público de casi \$21 por niño/a al año.

Se mencionó también el involucramiento de empresas privadas en la promoción del deporte, supliendo el rol del Estado. Esto refleja el proceso de mercantilización que ha padecido y padece este fenómeno social que genera dificultades a la hora de acceder a los contenidos físico-deportivos de la recreación sin pagar. Esto podría explicar por qué el contexto de pobreza de los barrios limita la práctica físico-deportiva. Probablemente las empresas no llegan allí, al igual que el Estado.

Sumado a ello, el contexto de pobreza barrial implica para las entrevistadas una ubicación al margen de la ciudad, por lo que el acceso a los espacios recreativo-deportivos que ofrece la ciudad implica trasladarse, probablemente a la zona central, con los costos de transporte que ello conlleva. Estas son las dificultades que atraviesan determinados grupos sociales al vivir en ciudades fragmentadas donde las escuelas públicas y los sectores populares se localizan en las periferias de la urbe, sin garantías de proximidad y accesibilidad a recursos como el transporte público o espacios recreativo-deportivos.

También, según los relatos analizados, existen escasas oportunidades de recreación físico-deportiva en los barrios y deficiente calidad y cantidad de espacios y servicios públicos en general. Ya se mostró que en los barrios con contextos de pobreza críticos existen menos espacios para la recreación que en aquellos barrios con contextos favorables. En cuanto a la provisión de servicios públicos, podemos conjeturar que los barrios que se caracterizan por tener una mayor cantidad de hogares con NBI, cuenten con menos iluminación, calles y veredas en peor estado, espacios públicos sin cuidado, en comparación con barrios que tienen menos hogares con NBI.

Por último, en los discursos recuperados a partir del análisis cualitativo, aparece una referencia constante a la cuestión de la inseguridad que también se

evidenció en los análisis cuantitativos, donde el 66% de las madres dijo estar de acuerdo con considerarla una barrera para la práctica físico-deportiva de los/as niños/as en el barrio. Vimos que el sentimiento de inseguridad atraviesa de manera transversal los distintos estratos socioeconómicos, dado que no encontramos relación con el contexto de pobreza barrial. Esta percepción de inseguridad provoca la reclusión en el espacio privado, por lo tanto, menos uso del espacio público y menos práctica físico-deportiva en dichos espacios.

En síntesis, mejores condiciones sociales de los contextos barriales pueden influir más fuertemente en la posibilidad del uso físico-deportivo de los espacios públicos del barrio y en la práctica físico-deportiva general de los/as niños/as, independientemente de sus características individuales, por lo tanto, vemos que estas prácticas vinculadas a la salud no se distribuyen de manera aleatoria entre los diferentes barrios de la ciudad de Córdoba sino que existe una fuerte determinación del contexto barrial. Este componente contextual mostró ser tanto o más importante para estas prácticas que los puramente individuales.

V.5. La invisibilidad de las infancias que habitan en contextos de pobreza en la ciudad de Córdoba

Este trabajo revela la interdependencia y la estrecha correlación existente entre la pobreza y la desigualdad en las oportunidades recreativas vinculadas al uso físico-deportivo del espacio público.

En la actualidad, y en la ciudad de Córdoba en particular, estamos en presencia de situaciones contradictorias: por un lado, discursos de reivindicación de los derechos de los/as niños/as, y, por otro, una convalidación de la exclusión social de amplios sectores de la población infantil. Asimismo, las infancias que viven en contextos de pobreza urbana presentan, a nuestro entender, una doble asimetría y subordinación: por ser niño/a y por ser pobre.

En primera instancia podemos reflexionar en torno a las limitaciones que presenta el reconocimiento de los derechos cuando se los restringe a lo meramente discursivo, ya sea desde lo más formal como la sanción de una ley, hasta el discurso verbal informal. Sabemos de la centralidad que significa contar con una ley que

refiera a la promoción y protección de los derechos de los/as niños/as, sin embargo, también sabemos que la verdadera conquista de esos derechos va más allá de lo puramente instrumental y discursivo y que precisa una existencia efectiva en el campo social, en la vida de esas niñas y esos niños.

Aquí resulta interesante citar a Bustelo (2007) quien, inspirado por los desarrollos de Agamben, coloca la categoría de “estado de excepción”. La misma refiere a la ambigüedad que planteamos en el párrafo anterior, a la “zona vacía entre el derecho y la vida” donde, dice Bustelo, “los derechos se reconocen en su condición de existencia pero se desconocen en su condición de ejercicio” (p.267). No alcanzarían las páginas de este escrito para enumerar ejemplos sobre ello pero en principio mencionamos el derecho a la recreación que es el tema que interesa aquí.

Esta situación se agudiza cuando pensamos en contextos de pobreza urbana. Según UNICEF, en el año 2011, las personas que tenían entre 0 y 18 años de edad en Argentina, correspondían al 30% de la población del país, entre los cuales el 29% habitaba en las principales urbes del país y de los cuales el 22% se encontraba bajo la línea de pobreza. Tal como sostiene Bustelo (2007), la infancia concebida como un simple grupo sobreviviente se expresa especialmente en estos contextos. Esta concepción de la infancia es, según el autor, uno de los dispositivos de la biopolítica cuando los discursos sobre pobreza sustentan acciones o modos de entenderla que apuntan a sostenerla en lugar de superarla.

La biopolítica se expresa a través de distintos dispositivos que le son funcionales y que legitiman la situación de dominación que se produce en la pobreza, ocultando su condición de relación social, es decir, el hecho de que la pobreza existe porque existe la riqueza. Se pueden mencionar aquellos dispositivos de control y sometimiento, como la justicia o la policía, esta última muy presente en la ciudad de Córdoba en formatos altamente represivos, y aquellos no tradicionales, sigilosos pero eficaces, que despojan a los niños y niñas de todo derecho: la salud, la nutrición y la educación que excluyen a los/as pobres, ya sea imposibilitando su acceso u ofreciendo muy bajos niveles de calidad. Aquí ubicamos también el derecho a la recreación.

Entender que la relación pobreza/infancia es una cuestión de poder es central si asumimos que los niños y niñas son quienes no tienen poder. La biopolítica de la infancia intenta mantenerlos/as como meros/as sobrevivientes, inhibiendo o

regulando el desarrollo de la ciudadanía y su acceso a la política. Y esto se logra mediante la sutil imposición de una visión que oculta un orden social y político opresivo, que, al decir de Galeano, trata a los niños ricos como si fueran dinero, a los pobres como si fueran basura y a los que no son ni ricos ni pobres los condena a una vida prisionera.

La infancia no es entonces una categoría social homogénea dado que está atravesada por relaciones de clase, género, etnia y diversas situaciones espaciales y locales particulares que la convierten en una categoría heterogénea. Las infancias son muchas, tantas como niñas, niños y realidades diversas existan en el mundo. Por lo tanto, las respuestas que posibiliten una verdadera transformación de la realidad social, son aquellas contextualizadas a partir del amplio universo de las infancias.

Las transformaciones producidas en las últimas décadas exigen, según Carli (2006), derribar y deconstruir esa mirada totalizadora de la infancia para comenzar a reflejar las marcas de las desigualdades sociales dentro del espacio social infantil. En esta investigación pudimos reflejar, por un lado, las marcas de la profundización de un proceso de diferenciación social que distancia la experiencia de recreación de niños y niñas de distintos sectores sociales expresados a partir de los distintos contextos de pobreza del barrio en que habitan; y por otro, signos de una homogeneización cultural y de una uniformidad a nivel de las respuestas sociales que no resuelve las desigualdades sino que las profundiza.

Las restricciones y necesidades asociadas al territorio en el que habitan cotidianamente niños y niñas son muchas veces las que producen mayor sufrimiento y limitación de su autonomía y de sus posibilidades de desarrollo. La contaminación, la degradación del espacio público, la falta de acceso a espacios verdes, recreativos y culturales; el elevado riesgo de accidentes de tránsito y la exposición a violencias concentradas territorialmente constituyen un complejo escenario en el que las vidas de los niños y niñas se desarrollan, principalmente la de aquellos/as que habitan en barrios con contextos de pobreza urbana (Llovet y Minujín, 2011).

Tanto la escuela como el barrio constituían espacios donde convivían diversos sectores sociales, con modelos de socialización e integración basados en la diferencia. En la actualidad, esa dinámica parece haberse modificado, observándose una distancia cada vez más grande entre los distintos grupos sociales y una

conformación progresiva de espacios sociales homogéneos (Del Cueto, 2006). A partir de nuestros hallazgos pudimos derribar esa mirada homogeneizante hacia las infancias que asisten a las escuelas municipales demostrando que, a diferencia de lo que sostiene la propia Municipalidad, constituye un sistema educativo conformado por grupos sociales diferentes, que se refleja en las características diferenciales de los barrios en los que habitan. Sin embargo, creemos que las heterogeneidades que se expresan demuestran grupos diversos no sólo en términos de pluralidad y multiplicidad de experiencias y modos de vida, sino en términos de (in)accesibilidad a derechos y de profundización de desigualdades sociales. Sostenemos incluso que esa diversidad en los modos de vida se produce en gran medida por la profundización de las desigualdades sociales que se refleja en un espacio urbano atravesado por una fuerte segmentación espacializada en los territorios barriales y que genera experiencias desiguales de recreación en la población infantil.

En estos contextos de pobreza urbana se produce, en la ciudad de Córdoba en particular, un debilitamiento del sentido público de la recreación que colabora con un proceso de individualización del niño y de la niña y de la propia infancia como espacio social cada vez más fragmentado que, tal como afirma Carli (2006, p.39), se refleja en “el pasaje de una cultura pública a una sociedad íntima”.

Una investigación desarrollada en la ciudad de Manizales, Colombia, buscó indagar las diferencias observadas en las representaciones de lo público en el contraste entre niños y niñas en condiciones márgenes, y niños y niñas en condiciones de inclusión, mostrando que la construcción de lo público se ve diluida en ambos contextos. En el primero, lo público se expresa, según las autoras, de manera perversa, donde se conoce la norma pero se infringe en una lucha para acceder a las condiciones mínimas de supervivencia. En el segundo, lo público aparece como un fantasma, no se goza de él, no es útil y generalmente constituye un peligro (Botero y Alvarado, 2006).

Acordamos con la dilución de lo público en los barrios con contextos de pobreza crítica de la ciudad de Córdoba, en términos de utilización de los espacios públicos –plazas, baldíos, canchas de fútbol, calle, etc.- para la recreación de niños y niñas, aunque expresado de manera inversa con respecto al estudio colombiano. Es decir, aquí vemos en los contextos de pobreza crítica lo que en Manizales se ve en

los contextos de inclusión: un fantasma inutilizado e inseguro. Si bien en nuestro estudio la pesquisa sobre el uso del espacio público está restringida a la recreación físico-deportiva, considerando que hablamos de niños y niñas, es probable que la construcción de lo público se produzca principalmente desde estas instancias, por lo que no estaríamos tan alejadas del sentido general de construcción de lo público como se indaga en el estudio colombiano.

A nivel local, un estudio desarrollado en contextos de pobreza persistente de la zona metropolitana de la ciudad de Buenos Aires evidenció un repliegue de los sujetos al interior del espacio del hogar, que se expresa en el desuso del espacio público por parte de los niños y niñas y del resto de los miembros de la familia. Los espacios públicos (plazas, canchas, calles, etc.) son percibidos como “peligrosos” por las propias familias. Estas percepciones se afirman a través de relatos propios o de otros miembros de la comunidad en donde aparecen expresiones sobre el riesgo de vida de los niños y niñas a partir de situaciones de enfrentamientos o tiroteos en las que se vieron expuestos (Ierullo, 2015).

Vemos cómo las infancias que habitan estos contextos continúan concibiéndose como sobrevivientes, dado que, a partir de la dilución de lo público, se inhibe el desarrollo de su ciudadanía y su acceso a la política. En el fondo, se trata de trasladar a las infancias del margen al centro de la discusión y redefinir el espacio público como espacio compartido, como campo simbólico de reflexión y actuación colectiva para el ejercicio de la ciudadanía.

Aquí es donde las palabras de Merklen (2017) en torno a la discusión por la equidad, cobran enorme significatividad. El autor afirma que todos los caminos hacia la igualdad necesariamente deben desconectar la vida social del porvenir del ingreso. Según el sociólogo, una sólida, rica y creativa escuela pública será aquella que cobije a las familias de menores ingresos y que también atraiga a aquellas de ingresos medios y superiores, creando un espacio de igualdad. Lo mismo podemos decir respecto al barrio o a los espacios públicos en general.

Finalmente, cabe para cerrar este capítulo, citar las propias palabras del autor (Merklen, 2017; p.5): “no hay nada más satisfactorio para un individuo emancipado que el placer de encontrarse con otros en un espacio de pertenencia colectiva. Es, en definitiva, en ese calentito hogar donde reside esto que llamamos sociedad”.

V.6. Limitaciones del estudio

La población de estudio de la presente investigación fue la de niños y niñas que asistieron a las escuelas municipales de la ciudad en el año 2011, que, en los grados de 4to a 6to, representaba una matrícula de 2.424 escolares, quedando por fuera aquellos/as niños/as que concurrieron a escuelas públicas provinciales y a escuelas privadas, por lo tanto, los resultados no pueden inferirse a la totalidad de la población escolar de la ciudad de Córdoba.

La muestra obtenida a partir de dicha población, si bien fue aleatoria, se fue reduciendo debido a procesos que pudieron mermar su representatividad: la falta de participación de madres, padres o adultos responsables, ya sea en su propia respuesta a la encuesta como en la falta de su firma en el consentimiento informado para que participen sus hijos/as; la falta de participación de los/as niños/as debido a inasistencias al momento de responder la encuesta en el aula o ser medido/a; y la falta de datos provenientes de las fuentes secundarias.

En relación al primer punto, la modalidad de contacto “indirecto” con las personas adultas encuestadas a través de las escuelas, donde las niñas y los niños eran responsables de que los cuestionarios llegasen a sus madres y padres y fuesen devueltos a las/os maestras/os, no logró revertir la falta de interés en participar en la investigación, demostrada también en la escasa participación de las reuniones informativas, provocando un gran porcentaje de no respuestas a la ESIMP y una falta de firma del consentimiento informado para la participación de los/as propios/as niños/as.

La falta de participación de los/as niños/as se debió, principalmente a la falta de firma del consentimiento informado por parte de su adulto responsable, vinculada a la situación mencionada en el punto anterior, también, en menor medida, a la inasistencia de los/as niños/as al momento de la toma de los datos, que, si bien se intentó recuperar en múltiples visitas a las escuelas, varios/as quedaron sin encuestar y/o medir.

Con respecto al tercer punto, una de las fuentes de datos secundarias utilizadas es el Censo Nacional del año 2010 que, si bien constituye una fuente oficial, al trabajar con información relativa a los barrios, no contaba con datos de

muchos de ellos, ya sea por su carácter informal o bien por su reciente creación. Esto provocó que la muestra se redujera dada la falta de información sobre algunos barrios que mencionaron las madres en las encuestas. Asimismo, el segundo dato obtenido por fuente secundaria fue provisto por un equipo de investigación que construyó la variable utilizada sobre áreas verdes públicas de permanencia que se obtuvo a partir de datos provenientes de la Dirección de Espacios Verdes de la Municipalidad de Córdoba. Al igual que en el caso anterior, no todos los barrios de los que provenían los/as niños/as figuraban en las bases de datos secundarias, por lo que quedaron excluidos.

Luego, cabe hacer mención a la validez de las medidas utilizadas. La mayoría de las variables trabajadas fueron indagadas a partir de medidas de carácter subjetivo, dado que se utilizaron como instrumentos encuestas. Esto puede representar una limitación dado que, por ejemplo, una reciente revisión sistemática mostró que, entre todas las formas de medición de la actividad física, la indirecta/subjetiva tiende a sobreestimarla en el caso de niños/as al compararla con los métodos directos (Adamo et al., 2009). La utilización de cuestionarios con modalidad auto-administrada para la recolección de datos puede propiciar errores de declaración y producir sesgos que pongan en duda la validez de la información ofrecida (Choi, Granero y Pak, 2010), aunque se intentó minimizar este tipo de error mediante un proceso de adaptación cultural y la comprensión de los cuestionarios fue previamente probada.

Finalmente, cabe reconocer que los métodos de investigación utilizados han estado impregnados de una mirada adultocéntrica sobre el objeto de estudio en cuestión. Con el intento de compensarla, en los análisis, interpretaciones y conclusiones se buscó comprender las circunstancias históricas, sociales, estructurales y las relaciones de poder implicadas en el espacio social de la infancia a los fines de construir, de la mejor manera posible, un relato que reflejara su complejidad.

V.7. Conclusiones y reflexiones finales

Tal como se planteó en las hipótesis de esta investigación, el proceso de urbanización y la forma de organización social características de la ciudad de Córdoba, genera desigualdades en su interior. El espacio urbano, tanto en sus formas como en sus contenidos, tiene un papel en la realización social y en la formación de las infancias a través del derecho a la recreación. En este sentido, la distribución geográfica, la oferta, la utilización y la calidad desigual de espacios y equipamientos para la recreación dentro de la ciudad, coloca en desventaja a aquellos/as niños/as que habitan en barrios con contextos de pobreza críticos. Esta situación conduce a estas infancias a tener menores posibilidades de recreación, y todo lo que ella implica: socialización, apropiación de los espacios públicos, encuentro, formación política, juego, construcción de ciudadanía; en definitiva, a tener menos salud.

V.7.1. Conclusiones

* Las infancias que habitan en distintos barrios de la ciudad de Córdoba demostraron una práctica físico-deportiva extra-escolar limitada en términos de frecuencia e intensidad, encontrándose un gradiente socioeconómico positivo y una restricción aún mayor entre las niñas. Asimismo, estas infancias ocupan una parte importante de su tiempo de ocio en actividades sedentarias.

* Desde un acercamiento al territorio específico de los barrios, la oferta y acceso a espacios para desarrollar contenidos físico-deportivos de la recreación confirman situaciones que reflejan desigualdades sociales y de género. Se pusieron en evidencia tres escenarios, por un lado, que los espacios más frecuentados para prácticas físico-deportivas son públicos y al aire libre; por el otro, que la ausencia o mayor lejanía de espacios públicos para la recreación se da en los barrios con contextos de pobreza críticos; y, finalmente, que en aquellos barrios donde estos espacios se hacen presentes, principalmente las plazas, canchas de fútbol y baldíos o espacios no estructurados al aire libre, y se encuentran cercanos a los hogares de las niñas y los niños, no son utilizados con gran frecuencia por la mayoría de los/as

niños/as. Se encontraron también desigualdades de género en el uso de estos espacios, siendo las niñas las que en menor medida frecuentan estos espacios barriales.

* Las percepciones de las madres en torno a las dimensiones de forma y contenido del espacio barrial mostraron asociación con el uso físico-deportivo de espacios públicos por parte de los/as niños/as. Sin embargo, estas percepciones no se asociaron de manera directa con la práctica físico-deportiva general extra-escolar. En cambio, que la percepción de los/as propios/as niños/as sobre su autonomía y entorno familiar mostró una asociación consistente tanto con el uso de espacios públicos como con la práctica físico-deportiva general.

* Los modelos multinivel desarrollados indicaron la importancia del contexto de pobreza barrial sobre el uso físico-deportivo de las plazas y sobre la práctica físico-deportiva general de estos/as niños/as. Esto significa que a medida que el contexto de pobreza barrial es más crítico (nivel grupal), el uso físico-deportivo de las plazas disminuye (nivel individual), al igual que sucede con la práctica físico-deportiva general (nivel individual), independientemente de otras características de los niños y niñas.

* Las concepciones y significados de las personas entrevistadas respecto a la recreación y sus componentes físico-deportivos como parte de los estilos de vida que se desarrollan a nivel individual y familiar, expresan un predominio del discurso biomédico centrado en las nociones de lo “sano” y lo “saludable”, una institucionalización del “estilo de vida saludable y activo”, una idea de relación causal y lineal entre deporte/actividad física y salud, una mirada esencialista y sin sujeto de la actividad física/deporte. Por otro lado, también aparecen, de manera aislada, sentidos de deseo y disfrute asociados a estas prácticas.

* A nivel de los barrios o del contexto más próximo, surgieron discursos vinculados a escasas oportunidades de recreación en los barrios, deficiente calidad y cantidad de espacios y servicios públicos en general, sentido de inseguridad en el uso de estos espacios y escasa dedicación a prácticas físico-deportivas en las escuelas.

* Finalmente, con relación al contexto macroestructural, se destacaron ausencias y discontinuidades. Ausencia de políticas públicas que tengan continuidad

en el tiempo; un Estado ausente en la definición de una política integrada para los componentes físico-deportivos de la recreación desde las infancias, lo cual refleja la falta de cumplimiento del derecho a la recreación y deporte de los niños y niñas; ausencia de políticas públicas que fomenten el uso y mejoren los espacios públicos y una fragmentación de las acciones sobre este campo: recreación/salud/educación.

V.7.2. Aportes para futuras investigaciones

Más allá de los hallazgos logrados a partir de este trabajo, consideramos importante avanzar y profundizar las investigaciones en torno a este objeto de estudio a los fines de aportar a una comprensión más acabada e integral. En este sentido, se recomienda:

A nivel de las investigaciones en el campo socio-sanitario en general:

-Construir una apertura hacia modelos de investigación por problemas, que rompan la lógica unidisciplinar y adopten estrategias inter y transdisciplinarias. Esas estrategias deben ser entendidas como la construcción de posibilidades de tránsito por campos de conocimiento distintos. Es claro que tal apertura tiene, como precondition de su efectividad, la cooperación y diálogo entre investigadores de áreas distintas en todas las etapas de la investigación (Minayo, 2014).

-Encaminar las investigaciones en el campo socio-sanitario hacia la construcción de un pensamiento complejo, a partir de la búsqueda de interacciones e interconexiones entre conceptos, nociones y métodos de varias disciplinas y de las relaciones entre el todo y la parte que un tema específico representa (Minayo, 2014).

-Ampliar las investigaciones sobre la determinación social de la salud, incorporando diseños que incluyan individuos de distintos grupos o contextos. Muchos determinantes sociales y culturales se definen por excelencia a nivel grupal y varían entre grupos y contextos. Esto implica que su estudio, incluso si el interés se centrara en hacer inferencias a nivel individual, requiere la inclusión y el estudio de individuos provenientes de varios grupos distintos. El estudio de individuos pertenecientes a un solo grupo impide la detección de características grupales que actúan como determinantes de enfermedad, porque estos factores no variarían para

todos los individuos pertenecientes a un mismo grupo y por lo tanto nunca explicarán la variabilidad interindividual en salud (Diez Roux y Álvarez-Hernández, 2011).

-Extender las investigaciones hacia el trabajo colectivo, abordando la pluralidad de pensamientos y de experiencias como elementos de enriquecimiento del grupo y articular los conocimientos generados con las prácticas, orientadas a las necesidades concretas de la población (Minayo, 2014).

-Emprender una ecología de saberes, tal como propone Sousa Santos (2010), que derive en una reformulación de las bases epistémicas del conocimiento dominante en las universidades y en la mayoría de los profesionales, independientemente de la carrera, la ideología política, la edad y el género.

A nivel específico del objeto de estudio en cuestión:

-Perfeccionar los análisis de enfoque de niveles múltiples sobre la práctica físico-deportiva y la recreación, complejizando las variables incluidas, incorporando nuevas variables, nuevos niveles de análisis y procurando que las variables de nivel contextual sean inherentes a ese nivel en lugar de datos agregados provenientes del nivel individual.

-Desarrollar explicaciones y comprensiones que superen el uso del análisis estadístico multinivel simplemente como una herramienta estadística y analítica.

-Desplegar revisiones de la literatura que permitan dar cuenta de la conceptualización, significados, perspectivas teóricas y aplicaciones desarrolladas en torno al concepto de recreación asociada a las infancias en nuestro país.

-Analizar de manera exhaustiva y comprensiva las políticas desarrolladas en nuestro país, en la provincia y el municipio, en relación a la recreación y la práctica físico-deportiva a lo largo de la historia.

-Investigar la implementación e impacto de programas que funcionan en la provincia, como el de Municipios Saludables, y en la ciudad, como el de Parques Educativos Culturales, sobre la práctica físico-deportiva y la recreación de las infancias.

-Desarrollar investigaciones con metodologías cualitativas que permitan profundizar la comprensión en torno al uso de espacios públicos, la recreación y la práctica físico-deportiva en los distintos barrios de la ciudad, desde una perspectiva hermenéutica.

V.7.3. Implicancias para políticas públicas

Además de reconocer la necesidad de continuar profundizando las investigaciones en torno a este objeto de estudio, consideramos que el presente trabajo aporta conocimientos importantes para repensar políticas públicas y acciones desde distintos niveles organizacionales.

-Las condiciones de pobreza en las que habitan distintos sectores de la ciudad necesitan ser reconocidas por el gobierno local en tanto se aspira a mejorar la salud y las posibilidades de ejercerla por parte de las infancias. No existen en la ciudad políticas que aspiren a reducir las brechas de desigualdad social que se expresan en el espacio urbano y que impactan en las oportunidades de recreación y salud de las infancias. Paralelamente, las acciones locales vinculadas a la salud y la recreación de las infancias deben estar relacionadas con la construcción de ciudadanía, la lucha por los derechos y la participación y el protagonismo social en general.

-Las políticas públicas deben estar necesariamente dirigidas y construidas desde espacios territoriales específicos, basadas en una lógica trasversal donde cuente lo social, lo cultural y lo local.

-El reconocimiento de que los enfoques individuales y fragmentados sobre la salud provenientes de los sectores públicos y privados no responden a su complejidad y a las particularidades que se expresan en los territorios y que, principalmente, fomentan la propagación de discursos hegemónicos que responsabilizan y culpabilizan a los individuos por sus condiciones de salud.

-La participación de las propias infancias en instancias de elaboración de aquellas políticas que tengan que ver con su vida y su salud, como la recreación, el deporte y las distintas prácticas corporales en el marco de las ciudades es ineludible. No siempre la construcción de ciertos espacios o la incorporación de determinados equipamientos resuelve los problemas que se plantean en el territorio y muchas veces sirven, principalmente, como propaganda de gobierno. La ciudad y sus espacios son apropiados de formas diferentes a las que fueron planeadas, por lo que un espacio adquiere pleno sentido en tanto es utilizado, y la participación de quienes lo hacen en su creación resulta sumamente importante para que luego se transforme en un espacio de recreación.

-La ciudad diseñada por unos pocos -sectores privados- y la recreación pensada bajo ópticas adultocéntricas, moralizantes y normativistas limita los espacios físicos y las dinámicas sociales posibles para la vivencia de una recreación libre. Por tanto, la elaboración de políticas de recreación requiere una articulación con otras áreas, entre ellas, la política urbana, de la democratización del espacio público y del verdadero reconocimiento y ejercicio de derechos por parte de niños y niñas en sus vidas cotidianas, más allá de la retórica.

-Contemplar en la elaboración de políticas públicas la heterogeneidad de infancias que componen al grupo comúnmente denominado “infancia”, restringido a una mera categoría etaria, en tanto expresan necesidades, vivencias y problemáticas diversas, tan diversas como territorios que habitan y, por ende, como recreaciones posibles existan. Por ello, creemos que la reproducción de programas provenientes de otros contextos o pensados desde los altos niveles de la gestión y desde la mirada del adulto, sin conocer las realidades de los territorios particulares y los reales deseos de niños y niñas respecto a sus vivencias de recreación, conduce al fracaso.

V.7.4. Reflexiones finales

En síntesis, nuestros datos pusieron en evidencia que la posibilidad de que los niños y las niñas utilicen el espacio público para la práctica físico-deportiva y que desarrollen una práctica físico-deportiva constante y suficiente depende de componentes contextuales que parecen ser tanto o más determinantes que los individuales. Así, enfoques basados puramente en acciones educativas individuales necesitan ser re-direccionados hacia mejoras en los aspectos contextuales, como los espacios urbanos, y sobre todo, las condiciones sociales.

El reconocimiento del territorio es un paso esencial para la identificación de la población y de los procesos de salud que la caracterizan. Este reconocimiento es justificado por la intensificación de las desigualdades sociales asociadas a una segregación espacial que restringe el acceso a mejores condiciones de vida.

Vemos que la salud, desde una concepción ampliada, se desarrolla como proceso concatenado entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular. No se puede comprender la lógica de distribución de los equipamientos

recreativos o de los espacios públicos, la segregación en el espacio urbano, el reparto de calidades de vida entre sus barrios o zonas, los ritmos y flujos de vivir, de trabajar, de transportarse, de recrearse, sin entender las fuerzas y relaciones económicas del sistema de acumulación global (Breilh, 2010a). La recreación físico-deportiva de las infancias abordadas a partir de esta investigación está fuertemente condicionada a su posición en la estructura social. Si bien sus derechos han sido reconocidos por el Estado, el derecho a la recreación no ha sido prioritario para la agenda pública. La recreación de las infancias, tal como pudimos evidenciar, no es concebida aún como parte sustancial de la vida de los seres humanos y de su construcción como sujetos sociales. Así, la producción social de la recreación y de las infancias en la ciudad de Córdoba se da de manera desigual. Este espacio urbano fragmentado delimita recreaciones posibles e imposibles para infancias visibles e invisibles.

Admitir la existencia de infancias, dice Serra (2006), no es sólo reconocer la compleja realidad social de que distintos grupos de chicos/as realicen su experiencia desde modos incluso opuestos. Es reconocer que no existe un único camino o modo de ser, sino que es imperioso interrumpir la unidireccionalidad de todo proceso social en cuanto único constructor de modos de habitar una cultura.

Intentando romper con esa unidireccionalidad es que la articulación salud-recreación debe dejar de ser leída con un sesgo moral, cuya fuerza se basa en la adopción de valores, hábitos y normas que son impuestos desde espacios y actores que se encuentran lejanos al territorio (Estado, empresas privadas, organismos internacionales, etc.). Tampoco podemos acordar con que la comprensión de la recreación como producción cultural se base en eventos esporádicos, o en grandes instalaciones deportivo-recreativas que siguen estando restringidas a determinados grupos y zonas de la ciudad. La recreación, en sus contenidos físico-deportivos, responde a las mismas lógicas que atraviesan la vida de los seres humanos, siendo un fenómeno complejo, permeado por conflictos, tensiones y contradicciones. Estas tensiones admiten un cuestionamiento sobre la sociedad capitalista, que reduce la recreación a un fenómeno aislado y privilegiado, que es creadora de una segregación socio-residencial que produce barrios pobres que reproducen modos de vivir pobres, que recluye al espacio privado, que crea espacios públicos sin contenido social y con elementos técnicos decadentes, y que no puede encontrar soluciones a esos problemas porque está construida bajo una lógica que transforma todo en mercadería.

Según sostiene Breilh (2010a), los procesos más específicos y locales se encuentran subsumidos en los procesos de la lógica general, aunque con cierta autonomía relativa que les permite producir cambios. Las grandes tendencias estructurales de la ciudad se imponen sobre la lógica de los barrios y sus procesos, aunque éstos pueden desencadenar procesos a contracorriente y construir formas contra-hegemónicas a la lógica dominante. Desde esta línea de pensamiento, notamos que los procesos que se producen a nivel individual, al interior de los barrios, están subsumidos a una corriente que impulsa a los/as niños/as a ser sedentarios, a una práctica físico-deportivas limitada (más aún las niñas), a usar poco los espacios públicos (más aún las niñas), a que las mujeres-madres perciban a la inseguridad como principal barrera para dichas prácticas en el barrio, por tanto, a recluirse en sus hogares. Esta corriente individual es potenciada además por una corriente de nivel barrial que es favorable en aquellos barrios donde hay pocos hogares pobres, o desfavorable en aquellos donde la pobreza impera. La tercera corriente, la general, la societal, la estructural, refuerza a las anteriores, está marcada por un Estado ausente, despreocupado, normalizador, y un mercado ávido por actuar según sus intereses.

Dentro de esta tercera corriente, el Estado y el mercado también se fusionan desde la lógica que opera en la construcción urbana del modelo de desarrollo de la ciudad de Córdoba, donde, al decir de Boito y Espoz (2012), se evidencia cómo el capitalismo actual reconfigura su poder desde tramas urbanas segregacionistas y expulsivas que se imponen sobre los barrios expresándose, según hemos evidenciado, en la segregación social de ciertos grupos de niños y niñas y de sus oportunidades de recreación. Esta distribución clasista de los cuerpos en el espacio, en términos de las autoras, impone, a nuestra forma de ver, modos de vida que explican los patrones de uso del espacio público, de la recreación, de la práctica físico-deportiva y de las vulnerabilidades de ciertas clases que habitan en determinados barrios.

Las tres corrientes van en la misma dirección. Son necesarias líneas de fuga que permitan construir la contracorriente de la que Breilh habla. Creemos que el espacio ineludible donde deben producirse estas rupturas es en el territorio del barrio, porque tal como afirma Martín Barbero (2004, p. 113), debemos pensar en “el barrio como nuevo lugar de lucha por la identidad de los grupos populares”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamo KB, Prince SA, Tricco AC, Connor-Gorber S, Tremblay M. A Comparison of Indirect Versus Direct Measures for Assessing Physical Activity in the Pediatric Population: A Systematic Review. *Int J Pediatr Obes.* **2009**;4:2-27.
- Adelman M. Mulheres atletas: re-significações da corporalidade feminina. *Rev Estud Fem.* **2003**;11(2):445-65.
- Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad. Saúde Pública.* **2007**;23(2):321-30.
- Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde debate.* **2014**;38(103):953-65.
- Alessandro L. Municipios saludables: una opción de política pública. Alessandro L, Munist M. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; **2003**.
- Almeida-Filho N. La Ciencia Tímida: Ensayos De Deconstrucción De La Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; **2000**. p. 327.
- Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde debate.* **2009**;33(83):349-370.
- Arango CM, Páez DC, Reis RS, Brownson RC, Parra DC. Association between the perceived environment and physical activity among adults in Latin America: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys.* **2013**; Act. 10, 122.
- Arellano OL, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social.* **2008**;3(4):323-35.
- Bagrichevsky M, Estevão A, Palma A. La Educación Física y su Inserción en el Campo de la Salud Colectiva en Brasil: en Búsqueda de un Diálogo Crítico sobre Interfaces, Pertenencias y Sentidos. *Physis.* **2008**;18(1):123-42.
- Barreto MA. El concepto de “hábitat digno” como meta de una política integral de áreas urbanas deficitarias críticas, para la integración social desde los derechos humanos. *Revista iNVi.* **2010**;25(69):161-87.
- Bassan ND, Solís C, Soldano OR, Vinuesa MA. Sobrepeso y obesidad en escolares de Rosario. Argentina. Relevancia de los factores hereditarios. *Rev Méd Rosario.* **2011**;77:130-36.
- Benedetti GM, Gazzolo B, Volonté A, Duval VS, González Alonso P. Cartografías locales. Mi barrio, mi comunidad: barrio Stella Maris, Bahía Blanca, Argentina. Aportes de un proyecto de extensión universitaria. *Cardinalis.* **2014**;2(3):137-52.
- Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Tebé C, Bisegger C, Duer W, et al. European KIDSCREEN group. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health.* **2007**;7:182.

- Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MP, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. Arch. argent. pediatr. **2009**;107(4):307-14.
- Bløj C. Ciudades e infancia. Juego, participación y derechos culturales en Rosario (Argentina). Serie Políticas Sociales N° 217. CEPAL, Santiago de Chile; **2015**.
- Boclin KLS, Faerstein E, Ponce de León ACM. Características contextuais de vizinhança e atividade física de lazer: Estudo Pró-Saúde. Rev. Saúde Públ. **2014**;48(2):249-57.
- Boito ME, Espoz MB. “Poder, territorio(s) y construcción de entorno: consideraciones políticas y metodológicas de los abordajes sobre cuerpos y emociones”. Rev. bras. soc. emoç. **2012**;11(33):725-48.
- Boito ME, Michelazzo C. Córdoba en pedazos. Habitar/circular en contextos sociosegregados. Revista Estudios sociales contemporáneos. **2014**;(10):45-58.
- Boito ME, Zanin ES. El capital como imagen e ideología materializada: la construcción de figuras y espacios del miedo en la discursividad audiovisual sobre las Ciudades Barrio. En: Boito ME y Espoz MB. Urbanismo estratégico y separación clasista. Instantáneas de la ciudad en conflicto. Rosario: Puño y Letra Editorialismo de Base; **2014**. p. 387-421.
- Borja J. Ciudadanía y espacio público. En: Borja J, Castells M, Rodríguez A, Winchester L, Neira H, García H. Laberintos urbanos en América latina. Quito: Abya-yala; **2000**. p. 9-34.
- Borja J. Espacio público y espacio político. En: La ciudad conquistada. Madrid, España: Alianza Editorial; **2003**. p. 384.
- Boron A. Identificación y análisis de los principales cambios realizados por los nuevos gobiernos: Argentina. En: Elías A. Los gobiernos progresistas en debate. Buenos Aires: CLACSO; **2006**. p. 23-25.
- Botero Gómez P, Alvarado SV. Niñez, ¿política? y cotidianidad. Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv. **2006**;4(2):97-130.
- Bourdieu P. Cosas Dichas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Gedisa; **1988**. p. 200.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: MS; **1986**. Disponible en: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
- Breilh J. Inequidad en salud: Ecuador. El asalto a los derechos humanos y la resistencia del sueño andino. En: IV Conferencia Anual Distinguida en Salud Pública y Derechos Humanos. Universidad de Michigan, Escuela de Salud Pública, Centro para Investigación de Etnicidad, Cultura y Salud, Ann Harbor; **2002**.
- Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; **2004**. p. 320.

- Breilh J, Matielo JE, Capela P. A Globalização e a Indústria do Esporte: saúde ou negócio? En: Matielo JE, Capela P y Breilh J. Ensaio Alternativos Latino-Americanos de Educação Física, Esportes e Saúde. Florianópolis: Copiart; **2010**. 200p.
- Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colect. **2010a**;6(1):83-101.
- Breilh J. 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. En: Nogueira RP (Org.), Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, Brasil: Cebes; **2010b**. p. 87-125.
- Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En: Reunión del Movimiento por la Salud de los Pueblos en Río de Janeiro en Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; **2011**. Disponible en: <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>
- Breilh J. Breves notas acerca de la salud y las políticas debidas. Universidad Andina Simón Bolívar-Digital; **2012**. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3582/1/Breilh%20J-CON-230-Breves%20notas%20acerca.pdf>
- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. **2013**;31(supl 1):13-27.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. **2000**;5(1):163-77.
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis. **2007**;17(1):77-93.
- Bustelo Graffigna E. Infancia en indefensión. Salud Colect. **2005**;1(3):253-284.
- Bustelo ES. El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo. 1° ed. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores Argentina; **2007**. p. 232.
- Cano Garcinuño A, Pérez García I, Casares Alonso I, Alberola López S. Determinantes del nivel de actividad física en escolares y adolescentes: estudio OPACA. An Pediatr (Barc). **2011**;74(1):15-24.
- Capdevielle J. Los grupos "desarrollistas" y su incidencia en el espacio urbano de la ciudad de Córdoba, Argentina (1990- 2013). Terra Nueva Etapa. **2014**;47:129-52.
- Carli S. La cuestión de la infancia: entre la escuela, la calle y el shopping. 1° ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós; **2006**. p. 319.
- Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc. saúde coletiva. **2004**;9(3):669-78.
- Carvalho YM, Freitas FF. Atividade física, saúde e comunidade. Cad. Saude Colet. **2006**;14(3):489-506.

- Carvalho SR. Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colect.* **2008**;4(3):335-47.
- Castiel LD, Alvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saúde Pública.* **2007**;41(3):461-6.
- Castiel LD, Ferreira MS, Moraes DR. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasista. *Ciênc. saúde coletiva.* **2014**;19(5):1523-32.
- Castro R. Teoría social y salud. 1º ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; **2010**. p.222.
- Castro R. De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los "determinantes" sociales de la salud-enfermedad. *Idéias|Campinas (SP).* **2013**;6.
- CEPAL. Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible, Santiago de Chile; **2014**.
- CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina, Santiago de Chile; **2016**.
- Choi B, Granero R, Pak A. Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. *Rev. costarric. salud pública.* **2010**;19(2):106-18.
- Cohen DA, McKenzie TL, Sehgal A, Williamson S, Golinelli D, Lurie N. Contribution of public parks to physical activity. *Am J Public Health.* **2007**;97(3):509-14.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* **2000**;320: 1240-3.
- Costa EMB, Venâncio S. Atividade física e saúde: discursos que controlam o corpo. *Pensar práct.* **2004**;7(1):59-74.
- Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Educ Res.* **1997**;12(3):385-97.
- Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med.* **2008**;66(6):1429-36.
- Custodio ML, Sousa WL, Mascarenhas F, Húngaro EM. O lazer e o reino da liberdade: reflexões a partir da ontologia do ser social. *Licere.* **2009**;12(4):1-21.
- Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendencias. Río de Janeiro: Fiocruz; **2009**. p. 176.
- Del Cueto C. Socialización infantil en countries y barrios cerrados. En: Carli S. (Org.). La cuestión de la infancia: entre la escuela, la calle y el shopping. 1º ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós; **2006**. p. 109-130.
- DGEC. Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la Provincia de Córdoba. Departamento Capital. Censo **2008**. Disponible en:

Lavin Fueyo J. La recreación de las infancias en el territorio barrial: el abandono de la práctica físico-deportiva en el espacio público en contextos de pobreza urbana [Tesis de Doctorado] Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Córdoba, 2017.

<http://estadistica.cba.gov.ar/Poblaci%C3%B3n/Censo2008/tabid/462/language/es-AR/Default.aspx>

DGEC. Dirección General de Estadísticas y Censos de la provincia de Córdoba. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año **2010a**. Disponible en: <http://estadistica.cba.gov.ar/Poblaci%C3%B3n/Censo2010/tabid/617/language/es-AR/Default.aspx>

DGEC. Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la Provincia de Córdoba. Departamento Capital. Censo **2010b**. Disponible en: <http://estadistica.cba.gov.ar/LinkClick.aspx?fileticket=sn36p6hRWrl%3d&tabid=617&mid=3413&language=es-AR>

Diez Roux AV. Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. En: Spinelli H (Org.). Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; **2004**. p. 1-15.

Diez Roux AV. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología. Región y Sociedad. El Colegio de Sonora, México; **2008**.

Diez Roux AV, Álvarez Hernandez G. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología: desafíos conceptuales y metodológicos. En: Haro JA (Org.). Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires: Lugar Editorial; **2011**. p. 67-87.

Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Álvarez-Dardet C, Borrell C, Doz F, et al. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. **2000**;25(5):350-363.

Elizalde R, Gomes CL. Ocio y recreación en América Latina: conceptos, abordajes y posibilidades de resignificación. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. **2010**;9(26):19-40.

Fermino RC, Reis RS, Hallal PC, Farias Júnior JC. Perceived environment and public open space use: a study with adults from Curitiba, Brazil. Int J Behav Nutr Phys Act. **2013**;10(35):1-10.

Fleury S. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa. En: Seminario sobre Política Social, Exclusión y Equidad, Venezuela; **1999**. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/15_politica_social_exclusion_y_equidad_en_america_latina_en_los_noventa..pdf

Fleury S. La ciudad de los ciudadanos. Un marco para el análisis de la salud urbana. Documento preparado para la Organización Panamericana de la Salud; **2004**.

Foro Mundial Urbano. Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad. Barcelona, España; **2004**.

Fraga AB. Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Tesis doctoral en internet. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; **2005**.

- Galeano E. Patas arriba: la escuela del mundo al revés. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; **2015**. p. 384.
- García JC. Medicina y Sociedad: las corrientes del pensamiento en el campo de la salud. En: Nunes E (Org.). Pensamiento social en salud en América Latina. México: Interamericana, Mc Graw Hill; **1994**. p. 32-57.
- García-Ramón MD, Ortiz A, Prats M. Urban planning, gender and the use of public space in a peripheral neighbourhood of Barcelona. *Cities*. **2004**;21(3): 215-23
- Gomes CL. Verbete Lazer–Concepções. En: C.L. Gomes (Org.). Dicionário Crítico do Lazer. Belo Horizonte: Autêntica Editora; **2004**. p. 119-126.
- Gomes CL. Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. *Rev Bras Estud Lazer*. **2014**;1(1):3-20.
- Granda E. ¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy? En: VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Brasilia); **2003**.
- Grow HM, Saelens BE, Kerr J, Durant NH, Norman GJ, Sallis JF. Where are youth active?: roles of proximity, active transport, and built environment. *Med Sci Sports Exerc*. **2008**;40(12):2071-2079.
- Guthold R, Cowan MJ, Autenrieth CS, Kann L, Riley LM. Physical Activity and Sedentary Behavior among Schoolchildren: A 34-Country Comparison. *J Pediatr*. **2010**;157(1):43-49.
- Gutiérrez AB. Pobre, como siempre... Estrategias de reproducción social en la pobreza. Estudio de caso. Córdoba, Argentina: Ferreyra Editor; **2007**. p. 456.
- Hallal PC, Bertoldi AD, Gonçalves H, Victora CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Cad Saúde Pública*. **2006**;22(6):1277-87.
- Hino AAF, Reis RS, Ribeiro IC, Parra DC, Brownson RC, Fermino RC. Using observational methods to evaluate public open spaces and physical activity in Brazil. *J Phys Act Health*. **2010**;7(2):146-154.
- Ierullo M. La crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos de pobreza urbana persistente. *Rev latinoam cienc soc niñez juv*. **2015**;13(2):671-683.
- Krieger N. Glosario de Epidemiología Social (parte II). *Boletín Epidemiológico/OPS*. **2002**;23(2):10-13.
- Laguna Nieto M, Lara Hernández MT, Aznar Laín S. Patrones de Actividad Física en función del género y los niveles de obesidad en población infantil española. Estudio EYHS. *Revista de psicología del deporte*. **2011**;20(2):621-636.
- Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada; **1974**. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lavin Fueyo J, Berra S. Lugares donde niños y niñas realizan actividad física en los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba. *Salud Colect*. **2015**;11(2):223-234.

Lavin Fueyo J. La recreación de las infancias en el territorio barrial: el abandono de la práctica físico-deportiva en el espacio público en contextos de pobreza urbana [Tesis de Doctorado] Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Córdoba, 2017.

- Lavin J, Bruzzone F, Mamondi V, González E, Berra S. Actividad física y comportamientos sedentarios de escolares de Córdoba en su tiempo libre y en clase de educación física. *Rev Argent Salud Pública*. **2015**;6(24):15-21.
- Lavin J, Berra S. La determinación social del derecho a la recreación activa en la niñez en los barrios de la ciudad de Córdoba (Argentina). En: 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 9-12 de octubre 2016, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, Brasil; **2016**.
- Llovet V, Minujín A. La pobreza infantil y las políticas sociales. Una mirada sobre las transferencias condicionadas de ingresos. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. **2011**;10(2):274-87.
- Loureiro JA, Souza VRFP. Política de lazer e o espaço urbano: a experiência da revitalização do Cais da Aurora em Recife-PE. *Motrivivência*. **2006**;18(26):155-67.
- Magnani JGC. O direito social ao lazer na cidade do nosso tempo. En: Gomes CL y Isayama HF (Org.). *O Direito social ao lazer no Brasil*. Campinas: Autores Associados; **2015**. p. 7-22.
- Mamondi V, Spagnolo S, Abrego MP, Esandi ME, Elosegui L, Carignano C, Berra, S. Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de la ciudad de Bahía Blanca. En: II Jornadas de Nutricionistas al día: 17 de septiembre de **2010**, Córdoba.
- Marcellino NC. Elementos para o entendimento do uso do tempo na infância, nas suas relações com o lazer. *Motrivivência*. **1996**;8(9):78-87.
- Marcellino NC. Algumas aproximações entre lazer e sociedade. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana*. **2007**;1(2).
- Marcellino NC, Barbosa FS, Mariano SH, Silva A, Fernandes EPO. Espaços e equipamentos de lazer em região metropolitana: o caso da Região Metropolitana de Campinas. Curitiba: OPUS; **2007**. p. 120.
- Marengo C, Elorza A. Tendencias de segregación residencial socioeconómica: el caso de Córdoba (Argentina) en el período 2001-2008. *EURE*. **2014**;40(120):111-13.
- Martiarena M, Amione A, Re G, Eynard C. Accesibilidad a las áreas verdes públicas de la ciudad de Córdoba. En: *En clave ciudadana. Investigaciones para una ciudad más Justa, Democrática y Sustentable*. Red Ciudadana Nuestra Córdoba: ciudad de Córdoba; **2013**.
- Martín Criado E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*. **2007**;81(5):519-28.
- Mascarenhas F. Lazer e utopia. *Movimento*. **2005**;11(3):155-82.
- Matsudo VKR, Ferrari GLM, Araújo TL, Oliveira LC, Mire E, Barreira TV, et al. Socioeconomic Status Indicators, Physical Activity, and Overweight/Obesity in Brazilian Children. *Rev Paul Pediatr*. **2016**;34(2):162-70.

- Melo MP. Lazer, Esporte e Cidadania: debatendo a nova moda do momento. *Movimento*. **2004**;10(2):105-22.
- Melo MP. A Vila Olímpica da Maré e as políticas públicas de esporte no Rio de Janeiro: um debate sobre a relação lazer, esporte e escola. *Movimento*. **2005**; 11(3):89-106.
- Mendes MA, Sailva ICM, Hallal PC, Tomasi E. Physical activity and perceived insecurity from crime in adults: a population based study. *Plos One*. **2014**;9(9):108-36.
- Menéndez E. Las idas y vueltas del conocimiento: el caso de los determinantes sociales de la salud. *Glob Health Promot*. **2011**;18(4):49–58.
- Meresman S. Resultados de la encuesta regional sobre Municipios y comunidades Saludables: informe Final. Universidad iSALUD, Organización Panamericana de la Salud; **2008**. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/iSalud/informes/Meresman.pdf>
- Merklen D. Simpatía por la desigualdad. *Revista Anfibia*. UNSAM; **2017**. Disponible en: <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/simpatia-la-desigualdad/>
- Minayo MCS, Minayo-Gómez C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. En: Goldenberg P, Marsiglia RMG y Gomes MHA (Orgs.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora FIOCRUZ; **2003**. p 117-142.
- Minayo MCS. Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. [Editorial]. *Salud Colect*. **2008**;4(1):5-8.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 14º ed. São Paulo, Brasil: Hucitec; **2014**. p. 406.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación/UNICEF. Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia: Principales Resultados 2011-2012; **2013**. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/3.-Encuesta-Sobre-Condiciones-de-Vida1.pdf>
- Minujín A. Pobreza intraurbana en la población infantil. Consideraciones sobre desigualdades sociales y territorio. *Diálogos del SIPI*; **2014**. Disponible en: http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/sipi_dialogo_minujin.pdf
- Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*. **2005**;21(3):898-906.
- Najar AL, Peres FF. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. *Ciênc Saúde Colet*. **2007**;12(3):675-82.
- Nogueira L, Palma A. Reflexões acerca das políticas de Promoção de atividade física e saúde: Uma questão histórica. *Rev Bras Ciênc Esporte*. **2003**;24(3):103-19.

- Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Organização Pan-americana da saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília; **2001**.
- Olivares SC, Bustos N, Lera L y Zelada ME. Estado nutricional, consumo de alimentos y actividad física en escolares mujeres de diferente nivel socioeconómico de Santiago de Chile. Rev Méd Chile. **2007**;135:71-78.
- Oliveira C. O ambiente urbano e a formação da criança. São Paulo, Brasil: Editora Aleph; **2004**. p. 222.
- Oliveira TC, Silva AAM, Santos CJN, Silva JS y Conceição SIO. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luís. Rev Saúde Pública. **2010**;44(6):996-1004.
- OMS. Promoción de la salud. Glosario; **1998**. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- OMS. Determinantes sociales de la salud; **2005**. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. Acta Paediatr. **2006**;450:76–85.
- OMS. Global School-Based Student Health Survey (GSHS); **2012**. Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/Argentina_GSHS_FS_2012_Cordoba.pdf
- Osorio Correa E. Miradas en desplazamiento: construcción de una teoría propia relativa al ocio y la recreación para la infancia y la juventud. En: Tabares JF (Org.). Educación física, deporte, recreación y actividad física: construcción de ciudadanías. Medellín: Universidad de Antioquia y Funámbulos Editores; **2013**. p. 111-128.
- Osorio Correa E. Transición del campo de la recreación de una totalidad minimizante y excluyente a totalidades dialogantes y diversas. En: Peralta Antiga R, Medina Valencia RT, Osorio Correa E y Salazar CM (Orgs.). Aproximaciones para la construcción del campo de la recreación en Latinoamérica. Colima: Puertabierta; **2015**. p. 85-116.
- Parisi A. Algunas reflexiones epistemológicas acerca de las ciencias sociales y la investigación cualitativa. En: Merlino A (Coord.). Investigación cualitativa en Ciencias Sociales. Temas problemas y aplicaciones. Buenos Aires: Cengage Learning; **2009**. p.17-39.
- Pellegrini Filho A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. Ciên Saúde Colet. **2004**;9(2):339-50.
- Peres FF y Melo VA. Lazer, promoção da saúde e espaços públicos: encontros e desencontros. En: Fraga AB, Mazo JZ, Stigger MP y Goellner SV (Orgs.). Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos. Porto Alegre: Gênese; **2009**. p. 62-75.

- Pimentel E. Uma “Nova questão social”? Raízes materiais e humano - sociais do pauperismo de ontem e de hoje. São Paulo, Brasil: Instituto Luckács; **2012**. p. 167.
- Poletti OH, Barrios L. Obesidad e hipertensión arterial en escolares de la ciudad de Corrientes, Argentina. Arch. argent. pediatr. **2007**;105(4):293-98.
- Porta M. A Dictionary of Epidemiology, 5th ed. International Epidemiological Association Inc; **2008**.
- Porto-Gonçalves CW. Otra verdad inconveniente: la nueva geografía política de la energía en una perspectiva subalterna. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. **2008**;7(21):105-43.
- Porto-Gonçalves CW. De Saberes y de Territorios: diversidad y emancipación a partir de la experiencia latino-americana. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. **2009**;8(22):121-36.
- Prieto MB. Fragmentación socio-territorial y calidad de vida urbana en la ciudad de Bahía Blanca. Geograficando. **2008**;4(4):193-214.
- Quijano A. Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. 1a ed. Buenos Aires: CLACSO; **2014**. p. 860.
- Quintero Weir JA. Wopukarü jatumi wataawai: El camino hacia nuestro propio saber. Reflexiones para la construcción autónoma de la educación indígena. Utopía y Praxis Latinoamericana. **2011**;16(54):93-116.
- Ramirez Pavelic M, Contreras Salinas S. Deconstruyendo la noción de infancia asociada a ciudadanía y participación. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. **2014**;10(1):91-105.
- Recalde A. Pensamiento nacional y cultura. Buenos Aires: Ediciones Nuevos Tiempos; **2012**. p. 304.
- Rech CR, Reis RS, Hino AAF, Hallal PC. Personal, social and environmental correlates of physical activity in adults from Curitiba, Brazil. Prev Med. **2014**;58:53-57.
- Rechia S. Cidadania e o direito ao lazer nas cidades brasileiras: da fábula à realidade. En: Gomes CL y Isayama HF (Org.). O Direito social ao lazer no Brasil. Campinas: Autores Associados; **2015**. p.76-88.
- Repetto F, Tedeschi V. Protección social para la infancia y la adolescencia en la Argentina. Retos críticos para un sistema integral. Serie Políticas Sociales N° 186, CEPAL, Santiago de Chile; **2013**.
- Restrepo HE. Conceptos y definiciones. En: H.E. Restrepo y H. Málaga. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; **2001**. p. 24-33.
- Rezende LFM, Azeredo CM, Canella DS, Claro RM, Castro IRR, Levy RB, et al. Sociodemographic and Behavioral Factors Associated with Physical Activity in Brazilian Adolescents. BMC Public Health. **2014**;14:485-95.

- Rial C. El invisible (y victorioso) fútbol practicado por mujeres en Brasil. *Nueva Sociedad*, 248; **2013**.
- Ribeiro MCSA, Barata RB. Saude: vulnerabilidade social, vizinhanca e atividade física. *Cad. Metrop.* **2016**;18(36):401-20.
- Roemmich JN, Epstein LH, Raja S, Yin L, Robinson J, Winiewicz D. Association of access to parks and recreational facilities with the physical activity of young children. *Prev Med.* **2006**;43(6):437-41.
- Rosen G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; **2005**. p. 384.
- Sabatini F, Cáceres G, Cerda J. Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción. *EURE.* **2001**;27(82):21-42.
- Sallis JF, Prochaska JJ, Wendell CT. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc.* **1999**;32(5):963-75.
- Sallis JF. Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Crit Rev Food Sci Nutr.* **2009**;33(4-5):403-8.
- Sallis J, Kerr J, Carlson J, Norman G, Saelens B, Durant N, et al. Evaluating a brief self-report measure of neighborhood environments for physical activity research and surveillance: Physical Activity Neighborhood Environment Scale (PANES). *J Phys Act Health.* **2010**;7(4):533-540.
- Salvo D, Reis RS, Stein AD, Rivera J, Martorell R, Pratt, M. Characteristics of the built environment in relation to objectively measured physical activity among Mexican adults, 2011. *Prev Chronic Dis.* **2014**;11:E147.
- Samaja J. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana”). *Rev. Bras. Epidemiol.* **2003**;6(2):105-120.
- Samaja J. Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; **2004**. p. 248.
- Santos M. La metamorfosis del espacio habitado. Barcelona: Editorial OIKOS-TAU; **1996**. p. 170.
- Santos M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva.* **2003**;8(1):309-14.
- Santos M. O retorno do territorio. En: OSAL: Observatorio Social de América Latina, 6(16). Buenos Aires: CLACSO; **2005**. p. 251-261.
- Saraví GA. Segregación urbana y espacio público: los jóvenes en enclaves de pobreza estructural. *Revista de la CEPAL N° 83*; **2004**.
- Sartori JJP. Gasto público destinado a la niñez en la provincia de Córdoba. En: Peralta MI (coord.). *Derechos de la niñez e inversión social. Profundizando compromisos de la UNC respecto a los derechos de niños, niñas y jóvenes.* Córdoba: SEU-UNC, UNICEF y Fundación ARCOR; **2010**. p. 45-87.
- Segovia O, Jordan R. Espacios públicos urbanos, pobreza y construcción social. CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas; **2005**.

- Serpa A. Espaço público e acessibilidade: notas para uma abordagem geográfica. *GEOUSP - Espaço e Tempo*. **2004**;15:21-37.
- Serra S. Infancias y adolescencias: la pregunta por la educación en los límites del discurso pedagógico. En: Frigerio G, et al. *Infancias y adolescencias: teorías y experiencias en el borde cuando la educación discute la noción de destino*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico; **2006**. p. 15-22.
- Sousa Santos B. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce-Universidad de la República; **2010**. p. 112.
- Souza DO, Silva SEV, Silva NO. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde Soc*. **2013**;22(1):44-56.
- Spinelli H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historia de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo MC, Coimbra C. (Orgs). *Críticas e Atuantes: ciências sociais e e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; **2005**. p. 315-332.
- Spinelli H. El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud Colect*. **2012**;8(2):107-30.
- Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colect*. **2016**;12(2):149-71.
- Suarez S. Una aproximación de la representación social de la Recreación en Argentina: aportes para resignificar el concepto. En: Gomes C, Osorio E, Pinto L, Elizalde R (Orgs.). *Lazer na América Latina/Tiempo Libre, Ocio y Recreación en Latinoamérica*. Belo Horizonte: Editora UFMG; **2009**. p. 20-37.
- Subramanian SV. The relevance of multilevel statistical methods for identifying causal neighborhood effects. *So Sci Med*. **2004**;58:1961–67.
- Taffarel CZ. Sobre o Sistema de Complexos Homem-Esporte-Saúde: reflexões a partir de contribuições da Alemanha. En: *Ensaio Alternativos Latino-Americanos de Educação Física, Esportes e Saúde*. Florianópolis: Copiart; **2010**. p. 159-183.
- Tecco CA, Fernández SC. Espacios urbanos estigmatizados, segregación residencial y agenda pública local. *Revista Administración Pública y Sociedad*. **2008**;16:89-114.
- Testa M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; **1997**. p. 233.
- Testa M, Silva Paim J. Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. *Salud Colect*. **2010**;6(2):211-227.
- Tobar F, Anigstein C. *Guía de Autoevaluación para la Acreditación de Municipios y Comunidades Responsables en Salud*; **2011**. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/2013-09_guia-autoevaluacion-acreditacion-MCS.pdf
- Tuñón I, Laiño F. Insuficiente actividad física en la infancia: niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en la Argentina urbana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa; **2014**. p. 20.

- UNICEF. Las políticas TIC en los sistemas educativos de América Latina: Caso Chile; **2013**. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Chile_ok.pdf
- UNICEF, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño; **2014a**. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-observacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>
- UNICEF. El estado mundial de la infancia 2014: todos los niños y niñas cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez, Nueva York; **2014b**.
- UNICEF. Bienestar y pobreza en niños, niñas y adolescentes Estudio y Resumen Ejecutivo; **2016**. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_Pobreza_Completo.pdf
- Van Der Horst K, Paw MJ, Twisk JW, Van Mechelen W. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med Sci Sports Exerc.* **2007**;39(8):1241-50.
- Vicente Pedraz M. El cuerpo preso de la vida saludable la construcción de una ética médico-deportiva de sujeción. *Rev. Bras. Cienc. Esporte.* **2006**;27(3):23-37.
- Vicente Pedraz M. La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable. *Salud Publ Mex.* **2007**;49(1):71-78.
- Vieira da Silva LM, Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública.* **2009**;25(2):217-26.
- Vilanova A, Soler S. Las mujeres, el deporte y los espacios públicos: ausencias y protagonismos. *Apunts. Educación física y deportes.* **2008**;91(1):29-34
- Villalba AC, Falá Girolodi CA, Audisio Y, Nicora V, Mantaras J, Gagliano E, Berra S. Participación y respuesta de afiliados de un estudio de evaluación de las experiencias con la atención primaria de la salud, en una obra social universitaria. *Rev. salud pública (Córdoba).* **2014**;18(2):10-18.
- Wang S, Brownell K. Public Policy and Obesity: The Need to Marry Science with Advocacy. *Psychiatr Clin N Am.* **2005**;28:235–52.
- Westphal MF. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva.* **2000**;5(1):39-51.

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado

INFORMACIÓN SOBRE LA ENCUESTA DE SALUD INFANTIL

La **encuesta de salud infantil** se hace para conocer algunos aspectos de la salud infantil, percibida por los propios niños y niñas, además de características de su entorno, como la escuela, el barrio o los servicios de salud. Está a cargo de **un equipo de investigación**, coordinado por el Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios Sanitarios de la Escuela de Salud Pública, **Universidad Nacional de Córdoba**.

En el aula, **los niños y las niñas** responderán una encuesta sobre cómo se sienten y algunas de sus costumbres con relación a la alimentación y la actividad física. En otro lugar e individualmente, se les medirá el peso, la altura, la circunferencia de la cintura y la tensión arterial. **A las madres y padres** se les solicitará información sobre las características de los servicios de atención primaria de la salud, del barrio, del hogar y de salud del niño/a y de su familia. La información será tratada en conjunto, **globalmente**, nunca de manera individual.

Los resultados deben permitir detectar **problemas generales de la comunidad**. El principal beneficio de esta encuesta será la información que ofreceremos a las autoridades municipales sobre los resultados que puedan ayudar a mejorar algunos servicios a la comunidad. Además, se ofrecerá a las madres, padres o tutores/as los valores de peso, altura y tensión arterial tomados durante la encuesta.

La encuesta infantil y las mediciones no implican riesgos para los niños y niñas. Para madres, padres o tutores, la principal molestia es el tiempo que lleva responder el cuestionario, que se estima de media a una hora. **No hay obligación de participar**. Aunque hayan aceptado, pueden dejar de responder alguna parte de la encuesta. La decisión de no responder no tiene consecuencias en la escuela ni fuera de ese ámbito.

Los resultados y beneficios de la encuesta serán mejores si todas las personas participan. Por eso esperamos contar con usted.

Por dudas o mayor información comunicarse al teléfono (351) 157376164

O también en:

Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba: 4334042

Secretaría de Educación y Cultura de la Municipalidad: 4285600 Int. 1865

La información sobre el estudio también se encuentra en un cartel en la escuela

Responsable principal de la encuesta: Dra. Silvina Berra, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber recibido explicaciones orales y escritas sobre la naturaleza, propósitos y procedimiento de la Encuesta de Salud Infantil y haber tenido la posibilidad de aclarar las dudas. Por lo tanto estoy de acuerdo y autorizo la participación en el estudio de:

Nombre del niño/a: _____, D.N.I. (del niño/a) _____,

Padre/ madre /tutor/a:

Firma

Nombre y apellido

Fecha ____/____/ 2011

DATOS PARA VOLVER A CONTACTAR

Tenemos la intención de repetir la encuesta dentro de uno o dos años con los mismos niños y niñas para conocer la evolución de su salud percibida. Esa información sería muy útil como referencia para evaluar programas escolares en el futuro. Por ese motivo le solicitamos su autorización para contactarles si conseguimos apoyo para continuar el estudio.

¡Muchas gracias por su participación!

¿Estaría usted de acuerdo en que le volviéramos a contactar en el futuro para invitarle a participar en una segunda parte de este estudio?

- 1 Sí, seguramente.
2 No lo sé, lo consideraría en otra oportunidad
3 No, no volvería a participar.

Si nos permite que le enviemos información sobre este estudio y le invitemos a participar en el futuro, por favor, permítanos contar con sus datos para contactarlo:

- Nombre y apellido de la persona adulta:
- Teléfonos (con código de área):
- Dirección (calle, número y barrio):

Por favor, coméntenos si tienen previsto mudarse y si ya saben el barrio o la dirección:

Sus datos no serán utilizados con ninguna finalidad diferente a la que le explicamos en esta nota. En el caso que le volvamos a contactar, le volveremos a enviar información detallada sobre los objetivos del estudio y sus derechos de participación.

Anexo II. Consideraciones éticas

El equipo de investigación se comprometió a asumir las siguientes prácticas científicas que rigieron el desarrollo del proyecto: 1) el personal investigador en formación que participe en el proyecto dispondrá de un/a mentor/a, con las tareas propias de esta función y sus tareas prioritarias estarán siempre relacionadas con su formación; 2) el protocolo de investigación, como texto escrito del estudio que se propone y en sus apartados correspondientes, no presenta ninguna parte secreta y se seguirá fielmente; 3) independientemente de la financiación del proyecto de investigación, la responsabilidad en el diseño y desarrollo de la investigación corresponde al equipo investigador, siendo imperativa la publicación de sus resultados; 4) cualquier acuerdo con una entidad patrocinadora en relación directa o indirecta con la investigación que se lleve a cabo estará escrito de forma completa y accesible; 5) es un imperativo la publicación y difusión (presentación) de los resultados de la investigación, independientemente de si éstos son diferentes a las expectativas previstas; 6) la autoría de los trabajos científicos (orales o escritos) que se deriven de este proyecto se basará en la contribución en el proceso de la investigación, sin consideraciones de posición jerárquica, relación laboral o profesión, asumiendo la responsabilidad de todo el contenido.

Los beneficios potenciales del proyecto a la población tienen que ver con posibles medidas que las autoridades escolares y municipales podrían tomar para promover la salud en estos/as niños/as a partir de la difusión de los resultados y recomendaciones realizados al finalizar el estudio.

Las mediciones incluidas en el estudio no conllevaron riesgos porque se trató de un estudio observacional en el que se obtuvo la declaración de los/as niños/as y sus madres o padres sobre distintos aspectos de la salud y sobre características de los barrios donde habitaban. Además, las mediciones realizadas fueron las habituales de un examen rutinario de salud en niños y niñas como son el peso y la altura. No se realizaron preguntas estigmatizantes ni intervenciones invasivas.

Información a la población: Las madres, padres o tutores y los propios niños y niñas recibieron información completa de los objetivos del estudio, las consideraciones sobre beneficios y riesgos por su participación, las garantías

ofrecidas en el manejo de los datos, el derecho de no participar y la posibilidad de dejar de responder cuando lo decidan. Las personas adultas fueron citadas a una reunión mediante una nota enviada desde la escuela en el cuaderno de comunicaciones. Allí se incluyó información breve sobre el estudio y la posibilidad de firmar el consentimiento. En la reunión se explicaron los objetivos y características del estudio, se invitó a participar, se entregó el cuestionario y se ofreció ayuda para responderlo allí mismo a quienes así lo prefirieron. Durante la reunión se elaboró un acta para registrar asistencia, objeciones y sugerencias. Además, se exhibieron carteles con información sobre el estudio en las escuelas y se ofrecieron teléfonos de contacto para solventar dudas.

Riesgo de subrepresentación: Experiencias previas del propio equipo de investigación permitieron prever una muy baja respuesta de la carta de consentimiento por parte de las personas adultas, a la vez que un notable interés y agrado de parte de los/as niños/as por responder preguntas sobre su salud. Un estudio piloto local sobre salud y servicios sanitarios para personas adultas de nivel socioeconómico medio-alto, el 84% de las personas invitadas por vía telefónica aceptaron participar en el estudio, pero sólo el 64% de las que aceptaron enviaron posteriormente los cuestionarios respondidos, alcanzando una proporción de respuesta global del 54% (Villalba et al., 2014). En otro estudio piloto en escolares adolescentes de nivel socioeconómico medio-bajo, sólo el 50% de madres y padres de escolares respondieron explícitamente a la invitación a participar mediante consentimiento firmado (Mamondi, 2010). En un estudio internacional sobre la representatividad de las muestras poblacionales para la investigación en salud infantil, se mostró que en la mayoría de los países, las madres y padres de menor nivel de escolaridad tuvieron una menor participación en el estudio, produciendo una subrepresentación de este sector de la población (Berra, 2007). La falta de respuesta de una proporción importante de las personas elegidas puede afectar la representatividad de la muestra y producir un sesgo en los resultados en un estudio epidemiológico, invalidando su utilidad para ofrecer información en salud pública.

Consentimiento informado: Los niños, niñas y sus representantes legales, luego de haber sido exhaustivamente informados/as, de haber comprendido la información recibida y de haber recibido una copia escrita acerca del propósito, la

duración, los beneficios y la metodología de trabajo, tomaron voluntariamente la decisión de participar en la investigación, firmando el correspondiente formulario de consentimiento informado (ver Anexo I).

Derecho y garantías de no participación: Las personas controlaron absolutamente la decisión de participar o no en el estudio de acuerdo a sus valores, intereses y preferencias. Se asumió que las personas respondieron el cuestionario aceptando participar una vez que fueron informadas adecuadamente y que los niños y niñas pudieron no asentir participar independientemente de la voluntad de sus madres/padres.

Confidencialidad: Aunque los datos de los cuestionarios no son estigmatizantes, los formularios fueron codificados y no tuvieron datos de identificación directa de las personas tales como el nombre o el DNI. El código figuró en el sobre cerrado para permitir el seguimiento de formularios recibidos. Las bases de datos informatizadas tampoco incluyeron datos personales identificables. La información fue tratada conjuntamente. No se divulgaron datos de manera individual.

Reclutamiento de sujetos: Los niños, niñas y sus padres fueron elegidos en conglomerados por selección aleatoria de escuelas. En cada escuela, todos/as ellos/as fueron invitados/as a participar. Se contó con las autorizaciones correspondientes para ello.

Descripción de los grupos a comparar: No se establecieron grupos de comparación experimental. De manera observacional se realizaron comparaciones mediante el análisis de los datos según grupos establecidos por diversas variables independientes, por ejemplo, grupos de edad, sexo, exceso de peso, nivel socioeconómico, etc.

Información sobre diagnósticos: Los resultados de la evaluación antropométrica fueron informados a las personas adultas responsables de cada niño/a, incluyendo una recomendación de realizar consulta con equipo de salud en los casos de obesidad.

Conflictos de interés: Las personas que integraron el equipo de investigación manifestaron la ausencia de conflictos de interés y las fuentes de financiación no indujeron a conflictos.


Anexo III. Dictamen del Comité de Ética



HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL
Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud

INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título del Protocolo de Investigación	" Estudio de las relaciones entre el entorno urbano, el nivel de actividad física y el exceso de peso en la población infantil de la ciudad de Córdoba"	
Nº de RePis	010	
Nombre abreviado		Número:
Investigador Principal	Silvina Berro	
Institución y sector donde se realizara la investigación	Escuelas publicas y privadas	
Droga en estudio	No posee	
Patrocinador	No posee	
Duración del estudio		
Población a incorporar	Niños y adolescentes de escuelas publicas municipales y privadas	
Seguro de Riesgos	No posee	
Manual del Investigador	No posee	
Características del Estudio	Observacional, Transversal	
Documentos presentados	1.Protocolos 2.Resumen de protocolo 3. Hoja de Información , consentimiento informado 4. Nota de buenas prácticas clínicas de investigación en salud. 5.Nota de proyección prevista 6.Formulario RePis(3 copias) 7.Lista de co-investigadores que participan en el estudio con sus respectivas firmas	
Integrantes del CIEIS	Dra. Bueno, Nora	Dr. Severina, Adriana
	Dr. Piñero, Ricardo	Lic. Dimitris, Andrs
	Dra. Franco, Lorena	Lic. Capurro Alejandra
	Lic.Sipowich, Verónica	Lic. Altamira Marcela
	Dr. Palacios Claudio	Lic. Calandra Viviana
	Dra. Jarovsky Mariana	Dr. Massuet Alberto
	Dra. Sasía Laura	
	Sra.Figueroa Juana	


Dra. FRANCO LORENA
MÉDICA
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
M.B. 25004-7 - M.E. 8994




MARIANA P JAROVSKY
Pediatra N° 1951/VE 6889
Educativa de Pediatría
M.E. 14216



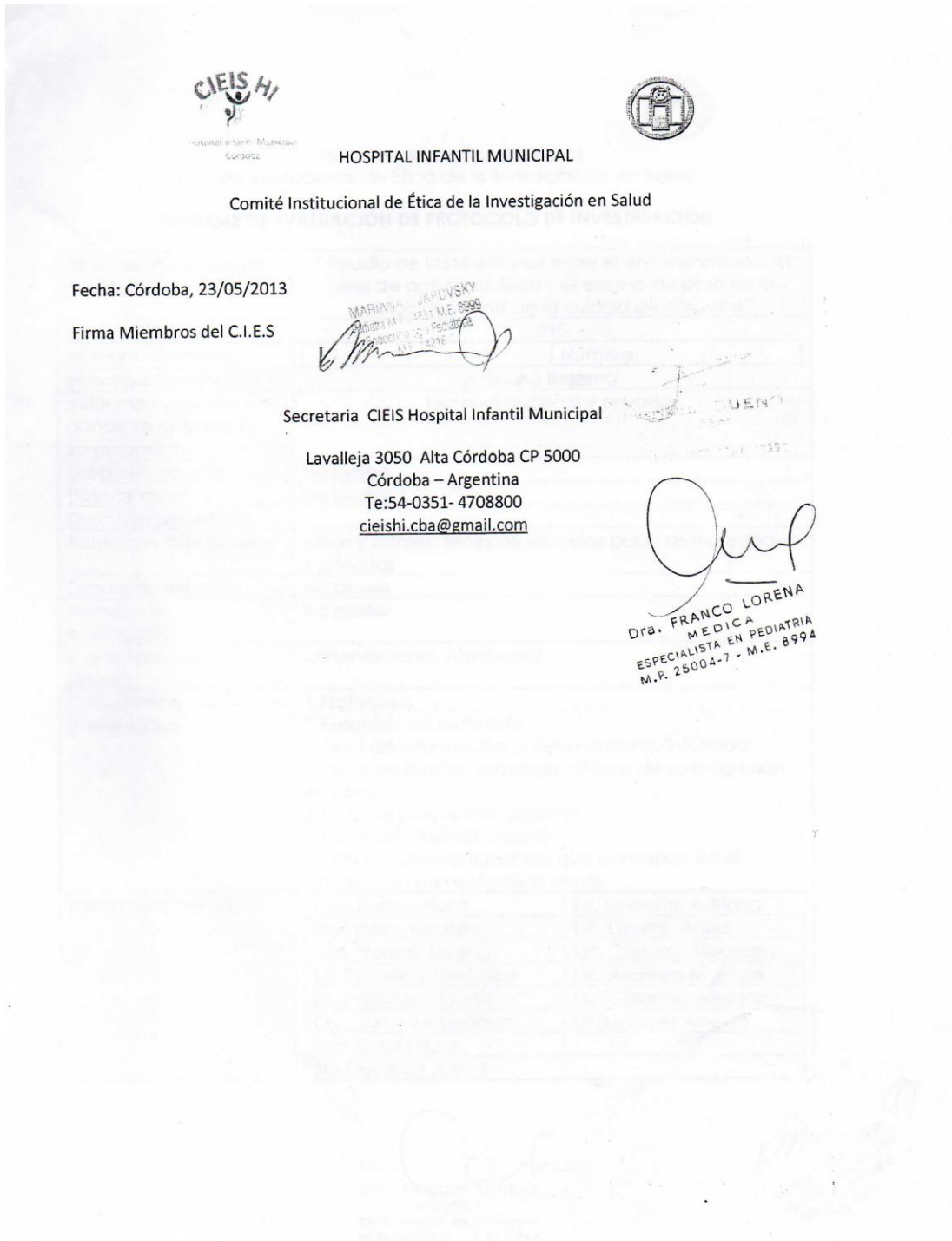
HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL

Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud

Resolución del CIEIS	Aprobado
Fecha de Aprobación	23/05/2013
Observaciones y Sugerencias	<ul style="list-style-type: none">• Sin observaciones y sugerencias
Modificaciones de cumplimiento obligatorio	Sin modificaciones de cumplimiento obligatorio

En el caso de una decisión positiva el investigador deberá:

- Cuando corresponda, presentar copia de aprobación del ANMAT
- Comunicación de inicio de la investigación (reclutamiento del primer paciente)
- Entregar los reportes de avance cada meses
- Notificar al CIEIS en caso de enmiendas al protocolo, o al material de reclutamiento o de la información para los potenciales participante en la investigación o al formato del Consentimiento Informado
- Entregar copias de los reportes de seguridad que se reciban
- Reportar Eventos Adversos serios o Inesperados relacionados con la conducción del estudio
- Informar de la terminación del estudio o circunstancias no esperadas o decisiones significativas tomadas por otros CIEIS



Anexo IV. Artículo publicado 1



Lugares donde niños y niñas realizan actividad física en los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba

Places children use for physical activity in peripheral neighborhoods of the city of Córdoba

Lavin Fueyo, Julieta¹; Berra, Silvina²

¹Licenciada en Nutrición, Doctoranda en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Becaria doctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. julietalavin@gmail.com

²Licenciada en Nutrición, Doctora en Ciencias de la Salud y de la Vida. Investigadora Adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Directora, Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. silvinaberra@gmail.com

RESUMEN La forma en que se diseñan los barrios tiene un enorme potencial para fomentar la práctica de actividad física. El objetivo de este estudio fue explorar los espacios de recreación disponibles en los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, y conocer la frecuencia con la que los niños y las niñas de escuelas primarias municipales los utilizan para realizar actividad física. Padres y madres respondieron en el año 2011 cuestionarios autoadministrados para informar sobre la distancia a dichos espacios, su frecuencia de utilización para realizar actividad física, sexo del menor y nivel de escolaridad de la madre. Se pudo observar que los espacios localizados a menor distancia del hogar de las niñas y los niños son más utilizados para la actividad física. Se detectaron diferencias por sexo y nivel de escolaridad materna. Los resultados muestran la importancia de estos espacios como recursos para la realización de actividad física, así como la presencia de desigualdades sociales en su uso.

PALABRAS CLAVES Ambiente; Actividad Física; Zonas de Recreación; Área Urbana; Niños; Argentina.

ABSTRACT The way neighborhoods are designed can have enormous potential for encouraging physical activity. The aim of this study was to explore the recreational spaces available in peripheral neighborhoods of the city of Córdoba, Argentina, and determine the frequency with which children attending local public primary schools use them for physical activity. In 2011, parents answered self-administered questionnaires in which they reported their proximity to those spaces, the frequency with which children use them for physical activity, the sex of their child and the educational level of the mother. We found that places closer to the home were used more frequently by children for physical activity. Differences by the child's sex and the mother's educational level were observed. The results show the importance of these areas as resources for children's physical activity as well as the social inequalities that exist in access to these spaces.

KEY WORDS Environment; Physical Activity; Recreational Zones; Urban Area; Children; Argentina.

INTRODUCCIÓN

Los crecientes procesos de urbanización y globalización se han desarrollado paralelamente al incremento en la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), constituyéndose en unos de los retos más importantes para la salud pública en América Latina. En esta región, cerca del 80% de la población es urbana y las ECNT ocasionan alrededor del 75% de las muertes; mientras que, en Argentina, el porcentaje de población urbanizada se eleva al 93%, y las ECNT explican cerca del 60% de las defunciones del país (1).

Dicho proceso de urbanización trae como consecuencia una segregación socioespacial, definida por Sabatini como "el grado de proximidad espacial, o la aglomeración geográfica, de familias pertenecientes a un mismo grupo social, sea definido en términos étnicos, etarios, religiosos o socioeconómicos" (2). La segregación socioespacial o residencial se constituye en una variable clave para explicar la organización socioeconómica de las ciudades ya que, a partir de esa segregación, los grupos de población son "distribuidos" dentro de las ciudades. En este sentido, es común observar que las personas de estratos sociales desfavorecidos se concentran en barrios más pobres y marginados, con viviendas de peor calidad y menor valor, y con escasas oportunidades de vivir en entornos saludables (4) y, por lo tanto, con mayores posibilidades de enfermar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los entornos saludables son aquellos que:

...apoyan la salud, ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento. (5 p.31) [cursivas del original]

Como ejemplo, podríamos señalar aquellos barrios en los que hay espacios públicos para realizar actividades colectivas (deportivas, recreativas,

culturales o sociales) o en los que existe la posibilidad de desarrollar acciones para promover la seguridad o fomentar las redes sociales y la participación comunitaria (6).

Sin embargo, hablar de entornos saludables en países de América Latina resulta complejo ya que, a pesar de haber mostrado en los últimos años un importante crecimiento económico, reducción de la pobreza y progresos en salud, continúan experimentando procesos de urbanización y globalización acelerada, lo que provoca una gran heterogeneidad estructural y desigualdad social (7). Esta realidad limita la posibilidad de ampliación de capacidades, de desarrollo de autonomía y empoderamiento de las personas, ejes esenciales de los entornos saludables.

En estos contextos surgen los entornos obesogénicos, caracterizados por una amplia accesibilidad a alimentos con alto contenido energético y por bajos niveles de actividad física. Tanto en los entornos saludables como en los obesogénicos, los factores individuales —como las preferencias alimentarias y los niveles de actividad física— y los factores interpersonales —como la influencia de los padres— están determinados por factores socioeconómicos y políticos (8). Por tanto, aquellos individuos que sufren segregación residencial, determinada principalmente por el nivel socioeconómico, vivirán en entornos menos saludables y tendrán mayores probabilidades de enfermar, lo que acrecienta las desigualdades sociales en salud.

En América Latina existe aún escasa evidencia que permita dar cuenta de que vivir o desarrollarse en entornos saludables pueda aportar beneficios a la salud pública. Un estudio realizado en Bogotá, Colombia, halló que la densidad de parques y el uso de ciclovías se asociaron con una mejor calidad de vida en adultos. En Curitiba, Brasil, se vio que la accesibilidad, la disponibilidad y el uso de esos espacios se asociaron con mayores niveles de actividad física (9). Estos resultados dan cuenta de que la disponibilidad de espacios públicos recreativos y su fácil acceso pueden promover una mayor participación en actividad física por parte de la población también en nuestra región, lo que contribuye a la generación de entornos saludables.

Mientras tanto, en Argentina, Velázquez y Celemín van un poco más allá y señalan que

tanto los recursos recreativos construidos (centros culturales, comerciales, deportivos, etc.) como los de base natural (playas, balnearios, espacios verdes, parques, etc.) se distribuyen con cierta lógica de mercado, ya que suelen estar localizados en zonas donde residen los estratos sociales con mayor capacidad de consumo. Esta característica hace que dichos recursos no estén al alcance de todos (10,11).

En la ciudad de Córdoba, las áreas que presentan mayores porcentajes de población pobre se encuentran en la periferia de la ciudad. En esas zonas de pobreza segregada se constata una escasa oferta de espacios verdes apropiados para el uso público y la ausencia de espacios deportivos, recreativos o de servicios (12). Por tal motivo, en la medida en que estos recursos sigan una distribución geográfica desigual dentro de la ciudad, aquellos sectores que pertenecen a estratos socioeconómicos más desfavorecidos y que están segregados dentro del espacio urbano tendrán menos posibilidad de acceder a entornos saludables (13).

Una política importante que se ha implantado en América Latina ha sido la de *municipios y comunidades saludables*, que ha tenido gran aceptación en nuestro país. Consiste en una política anclada en el sector salud que toma como eje el concepto de entorno saludable. En el año 2008 fue llevada a cabo una encuesta regional para evaluar su desempeño y se encontró que la mayoría de las estrategias fueron de promoción de estilos de vida saludables relacionadas con la alimentación y la actividad física. Mientras que las estrategias vinculadas al mejoramiento del desarrollo urbano (accesibilidad y amigabilidad de los espacios públicos, por ejemplo) aparecieron entre los temas menos habituales (14). Por lo tanto, se puede ver que no existe todavía una consciencia de integración entre la salud y el lugar donde viven las personas.

Hasta aquí se desprenden tres cuestiones fundamentales: a) la disponibilidad de espacios públicos favorece la práctica de actividad física, lo que hace a un entorno saludable; b) su distribución dentro de las ciudades sigue una lógica desigual; y c) no existe aún una comprensión total de lo que implica vivir en un entorno saludable.

Por todo ello, surge la necesidad de realizar una aproximación inicial al estudio del entorno

donde viven y se desenvuelven las niñas y los niños en edad escolar de las zonas periféricas de la ciudad de Córdoba, abordando cuatro aspectos: 1) a qué distancia se encuentran los espacios de recreación de los hogares donde viven las niñas y los niños; 2) cuáles de esos espacios de recreación son utilizados con mayor frecuencia para realizar actividad física y 3) cuál es la asociación entre la frecuencia de utilización de dichos espacios con el sexo de la niña o el niño y el nivel de escolaridad de la madre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en población infantil asistente a escuelas municipales ubicadas en barrios periféricos de la ciudad de Córdoba enmarcado dentro de un proyecto titulado *Estudio de las relaciones entre el entorno urbano, el nivel de actividad física y el exceso de peso en la población infantil de la ciudad de Córdoba* y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Infantil Municipal de la ciudad de Córdoba.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de las escuelas según datos disponibles del nivel de escolaridad de los padres para asegurar la inclusión de al menos algunas escuelas de sectores con alta proporción de analfabetismo. Se seleccionaron 19 de las 37 escuelas (Figura 1).

Se enviaron notas informativas a las personas adultas responsables de las niñas y los niños mediante los cuadernos de comunicaciones y se realizaron reuniones para informar los objetivos, características, aspectos éticos del estudio y confidencialidad de los datos, previo a solicitarles su participación. Personal entrenado explicó el estudio a los escolares en sus aulas y les entregó un sobre que debían llevar a las personas adultas de la familia para que una de ellas respondiera un cuestionario autoadministrado y después lo enviara de vuelta a la escuela, donde las maestras lo colocaban en una urna destinada a tal fin. El llenado del cuestionario implicó el consentimiento a participar del estudio por parte de las personas adultas.

Las variables de interés para este estudio fueron:

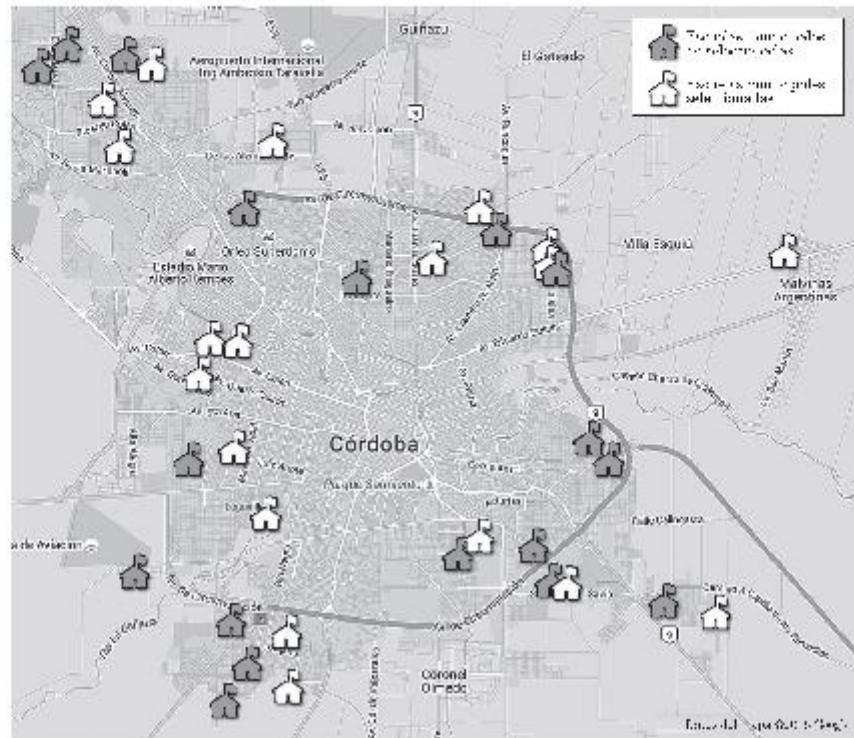


Figura 1. Localización de las escuelas municipales de los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, 2011.

Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Secretaría de Educación de la Municipalidad de Córdoba (16).

1. Distancia hacia los espacios de recreación disponibles en los barrios (cerca: <10 cuadras; lejos: >10 cuadras).
2. Frecuencia de utilización de dichos espacios (alta: una vez por semana o más; baja: una vez cada 15 días o menos).
3. Sexo de la niña o el niño.
4. Nivel de escolaridad materna (baja: hasta primario completo; media: hasta secundario completo; alta: terciario o universitario completo).

Todas las preguntas del cuestionario incluyeron como opciones de respuesta ocho lugares diferentes que podrían encontrarse en los barrios:

club, cancha de fútbol, cancha de otros deportes, otros salones o gimnasios cerrados de recreación o ejercitación (diferentes del club), escuela con instalaciones de recreación abiertas al público, senderos para andar en bicicleta o caminar, parque o plaza, baldíos y otros espacios al aire libre. En cuanto a la distancia hacia dichos lugares, se indagó: ¿a cuántas cuadras se encuentra su hogar de los lugares de recreación presentados en la siguiente lista, aunque no vayan a ellos? Esta variable fue recodificada para su análisis según la distancia referida por los padres en: cerca (10 cuadras o menos) o lejos (más de 10 cuadras).

Cuadro 1. Datos sociodemográficos de las niñas, los niños y los participantes del estudio. Barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, 2011 (N=1.268).

Variables	n	%
Sexo (niño/a)		
Femenino	675	53,1
Masculino	595	46,9
Participantes¹		
Madres	1.077	85,0
Padres	81	6,5
Otros	90	7,5
Nivel de escolaridad materna²		
Baja	882	72,4
Media	274	22,5
Alta	62	5,1
Edad promedio (niño/a)		
	\bar{X}	DE
	10,6	1,1

Fuente: Elaboración propia.

¹Falta de respuesta: 14. ²Falta de respuesta: 60.

Por otro lado, la frecuencia de utilización de dichos lugares para realizar actividad física se preguntó de la siguiente manera: *¿Cuántas veces va el niño/a a estos lugares a hacer alguna actividad física?*, incluyendo debajo un listado de los lugares. Las opciones de respuesta fueron *Nunca; 1 vez al mes o menos; 1 vez cada 15 días; 1 vez por semana o más*. Luego, esta variable fue recodificada, agrupando las tres primeras opciones en *1 vez cada 15 días o menos*.

Estas preguntas fueron construidas a partir de la encuesta *Active where?*, desarrollada para que respondan padres de niños/as estadounidenses en el año 2006. Para su utilización en Argentina, se seleccionaron aquellos apartados que resultaron de interés para la investigación, y se realizó un proceso de adaptación cultural que incluyó traducción y prueba de la adecuación y comprensión del lenguaje (16). También se indagó el sexo (niño/a) y el nivel de escolaridad materna para el análisis sobre las desigualdades sociales y de género.

El análisis estadístico incluyó la descripción de frecuencias sobre características de la muestra, con intervalos de confianza del 95%. Se utilizó la

prueba de chi cuadrado para analizar relaciones entre la frecuencia de utilización de los espacios de recreación para realizar actividad física y la distancia a cada uno de ellos, su relación con el sexo de las y los menores y el nivel de escolaridad materna. Los análisis se realizaron con software SPSS, con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 1.268 personas responsables de los escolares de las 19 escuelas seleccionadas. El 85,6% de las personas que respondieron el cuestionario fueron las madres de las niñas y los niños, el 72,4% de las cuales tenía un nivel de escolaridad bajo. El 53,1% de sus hijos/as eran de sexo femenino y tenían una edad promedio de 10,6 años (Cuadro 1).

Distancia a los distintos espacios de recreación

Entre los distintos lugares disponibles en los barrios, el 65,9% de los padres refirieron que la plaza o parque se encontraba a una distancia menor a 10 cuadras de sus hogares (media de 4,4 cuadras; DE=5,3); le siguió la cancha de fútbol con un 45,9% de padres que refirieron tenerla a menos de 10 cuadras (media de 4,3 cuadras; DE=4,9) y, en tercer lugar, los baldíos y otros espacios al aire libre con un 39,7% de respuesta (media de 2,1; DE=2,3) (Figura 2). Además, los padres indicaron contar con un promedio cercano a 3,2 (DE=1,9) de lugares a menos de 10 cuadras de distancia de sus hogares.

Frecuencia de utilización de los espacios para realizar actividad física

Los tres lugares más utilizados (una vez por semana o más) para realizar actividad física fueron, en primer término, la plaza o parque (34,8%), luego, la cancha de fútbol (19,7%), y en tercer lugar, baldíos y otros espacios al aire libre (19,4%). Solo el 3,6% de los padres consideró al

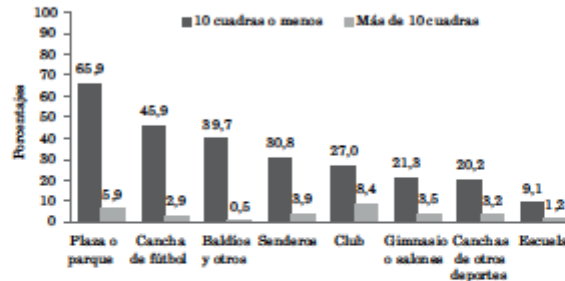


Figura 2. Distancia de los hogares a los distintos lugares de recreación disponibles en los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, 2011.

Fuente: Elaboración propia.

uso de las instalaciones de las escuelas en horario extraescolar como un recurso para la realización de actividad física (Figura 3).

Se puede notar que, a pesar de que los lugares están disponibles a una distancia cercana, su utilización es reducida. Por ejemplo, en el caso de la plaza o parque, 835 padres señalaron que estaba a menos de 10 cuadras de sus hogares, sin embargo, solo el 53% de ellos (n=441) refirieron una utilización frecuente por parte de sus hijos/as para realizar alguna actividad física.

La distancia a los distintos espacios se asoció con la frecuencia de su utilización. La frecuencia de alta utilización de una plaza o parque entre quienes vivían cerca (50,3%) fue mayor que entre quienes vivían lejos (31,2%; $p=0,001$); y la utilización de al menos una vez por semana de senderos para caminar o andar en bicicleta fue mayor entre quienes vivían cerca que entre quienes vivían lejos (35,8% versus 20,4%; $p=0,025$). Asimismo, la baja frecuencia de utilización de gimnasios o salones y de la cancha de fútbol fue

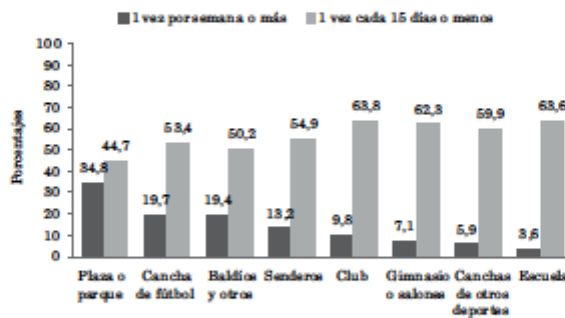


Figura 3. Frecuencia de utilización de los espacios de recreación disponibles en los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, 2011.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. Relación entre la distancia de los hogares a los lugares de recreación y la frecuencia de utilización por parte de niñas y niños en edad escolar de los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, 2011.

Lugares de recreación	Frecuencia de utilización de los lugares de recreación				Valor de p
	Alta		Baja		
	n	%	n	%	
Plaza o parque					
Cerca	432	50,5	427	49,7	0,001
Lejos	25	31,2	55	68,8	
Cancha de fútbol					
Cerca	237	38,4	360	61,6	0,090
Lejos	10	25,0	30	75,0	
Baldíos y otros espacios al aire libre					
Cerca	218	45,0	280	57,0	0,445
Lejos	3	60,0	2	40,0	
Senderos para caminar o andar en bicicleta					
Cerca	134	35,8	240	64,2	0,025
Lejos	11	20,4	43	79,6	
Club de deportes					
Cerca	90	23,8	288	76,2	0,629
Lejos	26	21,7	94	78,3	
Gimnasio o salones					
Cerca	61	21,6	221	78,4	0,005
Lejos	5	10,2	44	89,8	
Canchas de otros deportes					
Cerca	51	19,8	206	80,2	0,460
Lejos	6	15,0	34	85,0	
Escuela con instalaciones abiertas al público					
Cerca	20	20,2	79	79,8	0,130
Lejos	1	5,0	17	94,4	

Fuente: Elaboración propia.

Valor de p = *0,05

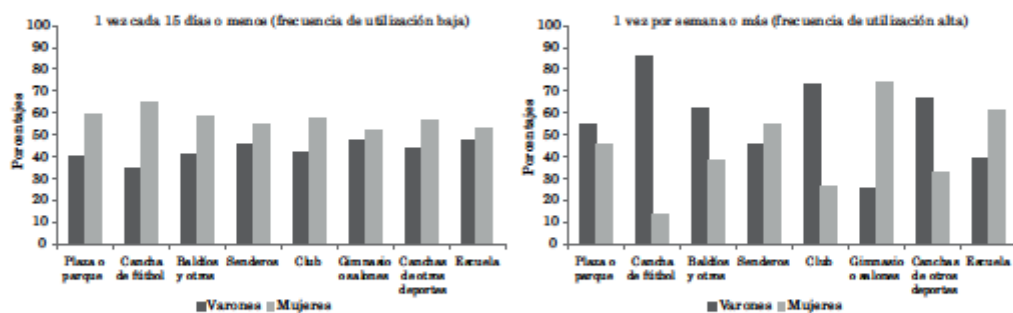


Figura 4. Frecuencia de utilización de los lugares de recreación según sexo, en niñas y niños en edad escolar de los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, 2011.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3. Frecuencia de utilización de los lugares de recreación por parte de las niñas y los niños, según nivel de escolaridad materna. Barrios periféricos de la ciudad de Córdoba, Argentina, 2011.

Lugares de recreación	Nivel de escolaridad materna						Valor de <i>p</i>
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Plaza o parque							
Haja	392	57,0	126	55,5	31	57,4	0,658
Alta	295	43,0	109	46,4	23	42,6	
Cancha de fútbol							
Haja	465	72,7	150	71,1	37	75,5	0,805
Alta	175	27,3	61	28,9	12	24,5	
Baldíos y otros espacios al aire libre							
Haja	441	73,5	149	71,6	33	67,4	0,637
Alta	161	26,7	59	28,4	16	32,6	
Senderos para caminar o andar en bicicleta							
Haja	478	80,5	168	82,3	36	72,9	0,532
Alta	116	19,5	36	17,7	13	27,1	
Club de deportes							
Haja	554	86,7	184	86,0	47	82,5	0,666
Alta	85	13,3	30	14,0	10	17,5	
Gimnasio o salones							
Haja	547	91,3	180	86,1	41	83,7	0,059
Alta	52	8,7	29	13,9	8	16,3	
Canchas de otros deportes							
Haja	518	91,4	176	90,7	44	89,8	0,912
Alta	49	8,6	18	9,3	5	10,2	
Escuela con instalaciones abiertas al público							
Haja	551	94,8	188	94,5	46	93,9	0,947
Alta	30	5,2	11	5,5	3	6,1	

Fuente: Elaboración propia.

Valor de *p* < 0,05

mayor cuando los niños vivían a una distancia mayor a 10 cuadras, pero esta asociación no alcanzó significación estadística. No se corroboraron asociaciones estadísticamente significativas entre la distancia y frecuencia de utilización del resto de los lugares (Cuadro 2).

Frecuencia de utilización de los espacios según sexo y escolaridad materna

El análisis de la frecuencia de utilización de los distintos espacios para realizar alguna actividad física según sexo mostró que los varones utilizaron más frecuentemente las plazas o parques, canchas

de fútbol, baldíos u otros espacios al aire libre, club, canchas de otros deportes; mientras que las niñas acudieron más a gimnasios o salones (Figura 4).

La frecuencia de utilización de la mayoría de los lugares para realizar actividad física no se asoció con el nivel de escolaridad materna, excepto en el caso de gimnasios o salones, cuya utilización por parte de las niñas y los niños aumentó a medida que la escolaridad de las madres se incrementó: 8,7% de alta frecuencia con madres de escolaridad baja; 13,9% con madres de escolaridad media y un 16,3% con madres de escolaridad alta (Cuadro 3).

DISCUSIÓN

Este estudio se propuso describir la proximidad de los espacios de recreación disponibles en los barrios periféricos de la ciudad y su frecuencia de uso para realizar actividad física por parte de las niñas y los niños desde la perspectiva de sus madres. Se confirmaron situaciones que pueden ser tenidas en cuenta para la promoción de la salud infantil y la creación de entornos saludables en las ciudades.

Los espacios de recreación que se encontraron a mayor proximidad de los hogares de las niñas y los niños y fueron más utilizados para realizar alguna actividad física fueron las plazas, parques, canchas de fútbol y baldíos y otros espacios al aire libre. Es importante señalar que estos lugares, identificados como más cercanos y utilizados, son mayoritariamente espacios públicos de libre acceso, en los que no se revela una desigualdad socioeconómica en el uso. Nuestros resultados son coincidentes con un estudio de similares características realizado en EE.UU. en el que los padres de niñas y niños refirieron a las plazas o parques pequeños y espacios públicos de juegos, como los más utilizados (17).

Por el contrario, los gimnasios y salones cerrados son de acceso limitado y tienen una utilización desigual por género y por nivel de escolaridad materna. Dado que estos espacios requieren del pago de una cuota mensual para su uso y asumiendo que es probable que las madres con baja escolaridad posean un menor nivel socioeconómico, este resultado revela una desigualdad socioeconómica relativa a una menor oportunidad de acceso a un espacio destinado a la actividad física.

En ese sentido, es importante aclarar que los espacios públicos se encuentran en su mayoría cercanos a los hogares de las niñas y los niños y que son utilizados con gran frecuencia para realizar actividad física. No fue objetivo de este estudio conocer las condiciones en las que se encuentran dichos espacios, ni tampoco su disponibilidad o uso en comparación con otros sectores de la ciudad. No obstante, sería de enorme pertinencia documentarlo, ya que se confirmaría la desigual distribución de espacios verdes en las distintas zonas de la ciudad, correlacionados con

indicadores socioeconómicos. Por ejemplo, la zona centro de la ciudad cuenta con 9,38m² de espacio verde por habitante, mientras que el sudoeste apenas dispone de 2,75m² (18).

Uno de los principales hallazgos de este estudio da cuenta de que la proximidad a los espacios de recreación se asocia a un mayor uso de dichos espacios para realizar actividad física, lo que coincide con los hallazgos de otros estudios (17,19,20). También se conoce que la decisión de un niño de quedarse en su casa o de salir a jugar fuera de ella depende, en parte, de la disponibilidad de alternativas recreativas en el barrio y que, además, su mayor proximidad incrementa el nivel de actividad física en las niñas y los niños (21). Igualmente, no debemos perder de vista el diseño de estos elementos ya que, por lo general, las políticas de planificación urbana tienden a homogeneizar los diferentes colectivos con respuestas similares y, por ende, estigmatizarlos con elementos de menor calidad respecto de los sectores sociales más integrados, lo que afecta su identidad y su posibilidad de integración social (22).

Esta información debería ser tenida en cuenta por las autoridades responsables del diseño y reestructuración de los barrios, ya que estos espacios constituyen un importante recurso de oportunidades, tanto para la práctica de actividad física, como para la integración social y la acción colectiva, lo cual propiciaría entornos saludables donde las personas puedan llevar adelante una vida físicamente activa, adquirir autonomía, identidad y oportunidades para su empoderamiento.

En nuestro país existen iniciativas bajo este enfoque dirigidas a promover ciudades saludables. En la ciudad de La Plata hay ofertas de actividades recreativas y deportivas de acceso libre y gratuito en distintos parques de la ciudad, todas bajo supervisión de profesores de educación física (23); en la ciudad de Mar del Plata existe un proyecto para crear centros de encuentro, como una figura de integración e inclusión en los barrios más necesitados, con actividades deportivas, culturales, educativas, etc., y también de construcción de bicisendas y comedores saludables en toda la ciudad (24).

Una iniciativa innovadora que se está desarrollando en la ciudad de Córdoba, desde finales de 2014, es la construcción de cinco Parques Educativos Culturales en las zonas de mayor vulnerabilidad social. El proyecto se basó en los

"Parques Biblioteca" impulsados en la ciudad de Medellín, Colombia (25). Su implementación tiene como objetivo fomentar el encuentro ciudadano, las actividades educativas, culturales, deportivas, lúdicas y la construcción de colectivos (26).

Otro resultado interesante tiene que ver con las diferencias de género que se observaron en la frecuencia de utilización de los diferentes espacios para realizar actividad física. Allí se evidencia que las niñas recurren en menor medida a la mayoría de estos espacios para realizar actividad física, principalmente, a los de acceso público, aunque concurren más frecuentemente a gimnasios y salones. Este patrón es constatado en diversos estudios en los que, por ejemplo, se observa una mayor presencia de varones respecto de las mujeres en parques o plazas. Esto podría deberse a que muchos de estos espacios públicos son diseñados y estructurados para actividades deportivas como fútbol o básquet, de preferencia masculina, y hay una menor proporción de áreas para caminar, correr o andar en bicicleta, actividades habitualmente preferidas por las mujeres (19). Cabe indagar en qué medida las características particulares de los lugares, tales como su estado de mantenimiento y los recursos disponibles allí, o bien, percepciones de los individuos, por ejemplo, de seguridad, o creencias instaladas en la propia sociedad sobre cuestiones de género relacionadas al uso de estos espacios, pueden representar barreras para que las niñas los utilicen. Estos son aspectos que no hemos analizado aquí y que merecen atención para el diseño de espacios de recreación y actividad física en los barrios.

Como limitaciones del estudio podemos mencionar, en primer lugar, su diseño transversal, por el que no es posible realizar asunciones de carácter causal entre las variables estudiadas. Estudios adicionales son necesarios para profundizar estos resultados, fundamentalmente estudios longitudinales para reforzar las asociaciones que se encontraron en esta primera aproximación y para poder explorar el efecto del entorno de los barrios sobre el ciclo de vida de las personas. En segundo lugar, la utilización de cuestionarios autoadministrados para la recolección de datos puede propiciar errores de declaración y producir sesgos que pongan en duda la validez de la información aquí ofrecida (27), aunque la adaptación

y comprensión de los cuestionarios fueron previamente probados.

Además, la modalidad de contacto con las personas encuestadas fue a través de las escuelas, donde las niñas y los niños eran responsables de que los cuestionarios llegasen a sus padres y fuesen devueltos a las/os maestras/os. Esta modalidad de contacto "indirecto" con los encuestados provocó un gran porcentaje de no respuesta. Otra limitación es la falta de representatividad de la muestra de la totalidad de la población escolar de la ciudad de Córdoba, ya que solo se trabajó con escuelas públicas municipales y no se incluyó a las escuelas públicas provinciales ni a las instituciones privadas. Por ese motivo, las características geográficas y socioeconómicas de la muestra no presentan gran variabilidad, lo cual dificulta la posibilidad de realizar un análisis más profundo con relación a desigualdades sociales en el acceso a los espacios de recreación y actividad física.

CONCLUSIÓN

Es importante resaltar que los lugares que se encontraban a menor distancia de los hogares de las niñas y los niños fueron, asimismo, los más frecuentados para realizar actividad física. Estos espacios, identificados como más cercanos y más utilizados, son mayoritariamente públicos y de libre acceso. Se identificaron, además, diferencias en el uso de dichos espacios según sexo, que generan una desigualdad social en relación con la posibilidad de realizar alguna actividad física en los espacios públicos disponibles en los barrios donde viven, en este caso, las niñas. Cabe aquí destacar la necesidad de considerar el enfoque de género en la construcción social de los problemas de salud y de los comportamientos relacionados a esa construcción, en la toma de decisiones, en la formulación y evaluación de las políticas implementadas.

Dado que en esta población resultan más frecuentemente utilizados los espacios públicos, se podría considerar la utilidad de algunos espacios que ya existen en los barrios pero no están accesibles a la comunidad, como las instalaciones de las escuelas públicas en los horarios extraescolares.

Estos resultados aportan datos para promover iniciativas de salud pública y diseño urbano que

mejoren la calidad de los espacios públicos, que faciliten el acceso a dichos espacios y que estos sean aprovechados para distintas actividades, ya que constituyen escenarios claves tanto para promover salud, como para la integración social entre los habitantes de los barrios de las ciudades.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Subsecretaría de Educación de la Municipalidad de Córdoba, especialmente a Rubén López de Neira, quien colaboró en el contacto con las escuelas. También al personal docente y no docente de las escuelas por facilitar el trabajo en ellas y a los familiares de los/as niños/as por responder la encuesta. Finalmente, al equipo de trabajo del Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud (CIESS) de la Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

El presente trabajo ha sido financiado por una beca de perfeccionamiento individual en Salud Pública Carrillo-Oñativia de la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación (2013); por una beca PROMED del Ministerio de Educación de la Nación a través de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba (2013) y por una beca de doctorado de la Secretaría de Ciencia y Tecnología, Universidad Nacional de Córdoba (2014).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2013. Washington DC: OPS; 2013.
2. Sabatini F, Caceres G, Cerda J. Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción. *ELURE (Santiago)*. 2001;27(82):21-42.
3. Acevedo-García D, Lochner KA. Residential segregation and health. En: Kawachi I, Berkman LF. *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press; 2003. p. 265-287.
4. Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*. 2008;(103):29-40.
5. World Health Organization. Promoción de la Salud: Glosario [Internet]. Ginebra: WHO; 1998 [citado 12 may 2014]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
6. Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desarrollo Sostenible en América Latina y El Caribe: Seguimiento de la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo post-2015 y Río+20. Santiago de Chile: CEPAL; 2013.
8. Maziak W, Ward KD, Stockton MB. Childhood obesity: are we missing the big picture? *Obesity Review*. 2008;9(1):35-42.
9. Fermino RC, Reis RS, Hallal PC, Farias Junior JC. Perceived environment and public open space use: a study with adults from Curitiba, Brazil. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013;10:35.
10. Velázquez GA, Celemín JP. Aplicación de un índice de calidad ambiental a la región pampeana argentina (2010). *Finisterra: Revista Portuguesa de Geografía*. 2011;46(91):47-64.
11. Celemín JP, Marcos M, Velázquez GA. Calidad ambiental y nivel socioeconómico: su articulación en la región metropolitana de Buenos Aires. *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales* [Internet]. 2013;17(441) [citado 12 may 2014]. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-441.htm>.
12. Tecco CA, Fernández SC. Espacios urbanos estigmatizados, segregación residencial y agenda pública local. *Revista Administración Pública y Sociedad* [Internet]. 2008;16 [citado 12 may 2014]. Disponible en: <http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Tecco-Fernandez%20AP&5%20N%BA%2016.pdf>.
13. Prieto MB. Fragmentación socio-territorial y calidad de vida urbana en la ciudad de Bahía Blanca. *Geograficando*. 2008;4(4):193-214.

14. Universidad ISALUD, Organización Panamericana de la Salud. Resultados de la Encuesta Regional sobre Municipios y Comunidades Saludables: Informe Final [Internet]. 2008 [citado 12 may 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/ISalud/informes/Meresman.pdf>.
15. Secretaría de Educación de la Municipalidad de Córdoba. Escuelas municipales [Internet]. 2014 [citado 12 may 2014]. Disponible en: www2.cordoba.gov.ar/portal/index.php/secretaria-de-educacion/escuelas-municipales/.
16. Lavin Fueyo J, Bruzzone F, González E, Mamondi V, Álvarez M, Álvarez M, Berra S. Pruebas de una encuesta sobre entorno para la actividad física para ser autoadministrada por madres y padres [Póster]. VII Jornadas Internacionales de Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; 23-25 nov 2011.
17. Grow HM, Saelens BE, Kerr J, Durant NH, Norman GJ, Sallis JF. Where are youth active?: Roles of proximity, active transport, and built environment. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2008;40(12):2071-2079.
18. Red Ciudadana Nuestra Córdoba. Indicadores ciudadanos nuestra Córdoba 2012 [Internet]. 2012 [citado 12 may 2014]. Disponible en: <http://www.nuestracordoba.org.ar/sites/default/files/Indicadores-Ciudadanos-2012.pdf>.
19. Hino AAF, Reis RS, Ribeiro IC, Para DC, Brownson RC, Fermino RC. Using observational methods to evaluate public open spaces and physical activity in Brazil. *Journal of Physical Activity & Health*. 2010;7(2):146-154.
20. Cohen DA, McKenzie TL, Sehgal A, Williamson S, Golinelli D, Lurie N. Contribution of public parks to physical activity. *American Journal of Public Health*. 2007;97(3):509-514.
21. Roemmich JN, Epstein LH, Raja S, Yin L, Robinson J, Winiewicz D. Association of access to parks and recreational facilities with the physical activity of young children. *Preventive Medicine*. 2006;43(6):437-441.
22. Barreto MA. El concepto de "hábitat digno" como meta de una política integral de áreas urbanas deficitarias críticas, para la integración social desde los derechos humanos. *Revista INVI*. 2010;25(69):161-187.
23. Municipalidad de La Plata. La Plata, ciudad saludable [Internet]. 2013 [citado 10 may 2014]. Disponible en: <http://www.campanias.laplata.gov.ar/campanias/la-plata-ciudad-saludable>.
24. Municipalidad de Mar del Plata. Plan Estratégico Mar del Plata 2013-2030 [Internet]. 2013 [citado 10 may 2014]. Disponible en: <http://www.mardelplata.gov.ar/PlanEstrategico>.
25. Alcaldía de Medellín. Parques Biblioteca para Medellín [Internet]. 2009 [citado 12 may 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/85miTX>.
26. Marconetti D. Comienza la construcción del primer parque educativo en Córdoba. *La Voz del Interior* [Internet]. 3 dic 2014 [citado 10 dic 2014]. Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/comienza-la-construccion-del-primer-parque-educativo-en-cordoba>.
27. Choi B, Granero R, Pak A. Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2010;19(2):106-118.

FORMA DE CITAR

Lavin Fueyo J, Berra S. Lugares donde niños y niñas realizan actividad física en los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba. *Salud Colectiva*. 2015;11(2):223-234.

Recibido: 13 de marzo de 2014 | Versión final: 10 de junio de 2014 | Aprobado: 28 de agosto de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

Anexo V. Artículo publicado 2

15

ARTÍCULOS ORIGINALES

ACTIVIDAD FÍSICA Y COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS DE ESCOLARES DE CÓRDOBA EN SU TIEMPO LIBRE Y EN CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA

Physical Activity and Sedentary Behaviors during Leisure Time and Physical Education Class in School Children in Córdoba

Julieta Lavin,¹ Florencia Bruzzone,² Verónica Mamondi,² Eliana González,² Silvina Berra³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En todo el mundo se recomienda que niños y niñas acumulen al menos 60 minutos diarios de actividad física (AF) y reduzcan el comportamiento sedentario a un máximo de dos horas diarias, con el fin de promover el bienestar y prevenir enfermedades. **OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de AF y actividades sedentarias (AS) en horario escolar y extraescolar, según género y nivel socioeconómico (NSE). **MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal en una muestra aleatoria de 1577 niños/as de 19 escuelas primarias municipales de Córdoba en 2011. Se usó una encuesta autoadministrada para indagar frecuencia y duración de AF y AS extraescolares y una escala para evaluar NSE familiar. Se utilizó el SOfIT (System for Observing Fitness Instruction Time) para evaluar AF y AS durante la clase de Educación Física (EF). **RESULTADOS:** El 64% cumplía con la recomendación diaria de AF. Se observaron diferencias por género y NSE familiar en la AF. Durante la semana, el 44 y el 46% ocupaban más de dos horas diarias con televisión y computadora, respectivamente (porcentaje mayor en varones). La duración promedio de las clases de EF era menor a 40 minutos, y el 57% del tiempo se realizaban AS. **CONCLUSIONES:** Pese a que la mayoría de los escolares declaran ser físicamente activos en su tiempo libre, esto depende del NSE familiar y del género. Las clases de EF presentan escasa AF y elevada AS, lo que implica desaprovechar ese espacio como dispositivo clave en la promoción de estilos de vida activos.

ABSTRACT. INTRODUCTION: It is globally recommended that children get at least 60 minutes of physical activity (PA) and reduce sedentary behavior to a maximum of two hours a day in order to promote wellness and prevent diseases. **OBJECTIVES:** To describe the frequency of PA and sedentary activities (SA) inside and outside of school hours, according to gender and socioeconomic status (SES). **METHODS:** A cross-sectional study was performed with a random sample of 1577 children of 19 municipal elementary schools in the city of Córdoba in 2011. A self-administered questionnaire was used to investigate the frequency and duration of extracurricular PA and SA, with a scale to measure family SES. The SOfIT (System for Observing Fitness Instruction Time) tool was used to assess PA and SA during physical education class. **RESULTS:** A total of 64% met the daily recommendation of PA. There were found to be differences according to gender and family SES. During each week, 44 and 46% of the students spent more than two hours a day watching TV and on their computer, respectively (with a higher percentage of boys). The average duration of physical education classes was less than 40 minutes, and SA were performed during 57% of the class time. **CONCLUSIONS:** Although most students report being physically active in their free time, this depends on gender and family SES. Physical education classes contribute poorly to PA and highly to SA, wasting opportunities provided by the school space as a key device for promoting active lifestyles.

PALABRAS CLAVE: Actividad física - Actividades recreativas - Estilo de vida sedentario - Educación física - Niños

KEY WORDS: Physical activity - Leisure activities - Sedentary lifestyle - Physical education - Children

¹ Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, CONICET.

² Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

³ Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios Sanitarios (CIESS) de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Provincia de Córdoba.

FECHA DE RECEPCIÓN: 13 de abril de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 21 de septiembre de 2015

CORRESPONDENCIA A: Julieta Lavin
Correo electrónico: julieta.lavin@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el desarrollo tecnológico ha mejorado los procesos de producción industrial y los medios de transporte, y ha impulsado un uso excesivo de dispositivos electrónicos en el tiempo libre, generando nuevas formas de recreación.^{1,2} Asimismo, el crecimiento de la población urbana, principalmente en los países de América Latina, ha avanzado con mayor rapidez que el desarrollo de infraestructura física y social, acentuando la insuficiencia de los sistemas de transporte, el aumento del tránsito vehicular y de la contaminación ambiental, el descenso de los niveles de actividad física (AF) tanto en el trabajo como en horas libres y, en el caso de los niños, niñas y adolescentes, una mayor inversión de tiempo en actividades sedentarias (AS) frente a la computadora o el televisor.³

ARTÍCULOS ORIGINALES - Lavin y col. - Actividad física y comportamientos sedentarios de escolares de Córdoba en su tiempo libre y en clase de educación física
Rev Argent Salud Pública, 2015; 6(24): 15-21

Como resultado de ese proceso de transformación cultural, la inactividad física ganó terreno en la mayoría de los países desarrollados y ahora se está consolidando en los países emergentes. Para mejorar las funciones cardiorrespiratorias/musculares y la salud ósea y para prevenir las enfermedades no transmisibles, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró recomendaciones bajo la estrategia sobre régimen alimentario, AF y salud. Allí define que los niños, niñas y jóvenes de 5 a 17 años deben destinar como mínimo 60 minutos diarios en AF de intensidad moderada a vigorosa (AFMV) y reducir el comportamiento sedentario a un máximo de dos horas al día.⁴

La OMS desarrolló estimaciones en escolares de 13-15 años sobre la base de los resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), llevada a cabo en países de ingresos bajos y medios, y del Estudio sobre Conductas Saludables en Escolares (HBSC, por sus siglas en inglés), realizado en países de Europa, Estados Unidos y Canadá. La conclusión fue que el 80,3% no se ajustaba a las recomendaciones de AFMV y que los varones las cumplían en mayor medida. Asimismo, en los países en los que se realizó el HBSC se estimó que el 66% de los varones y el 68% de las mujeres permanecían más de dos horas frente al televisor, mientras que en más de la mitad de los países de ingresos medios-bajos, más de un tercio de los escolares destinaban tres horas o más a AS.⁵

Desde el punto de vista de la salud pública, el aumento progresivo de la AF en la población (sobre todo de quienes llevan habitualmente una vida sedentaria) resultaría muy beneficioso para contener la epidemia de obesidad, que se expande con rapidez. Varios estudios demuestran que los niños y niñas con altos niveles de AF presentan menos obesidad que los menos activos.⁶ Algunas revisiones sistemáticas de la literatura, que han analizado tanto estudios transversales como longitudinales, confirman esta asociación.^{6,7}

Es importante destacar que los niños y niñas pasan gran parte de las horas del día en instituciones educativas. Por lo tanto, si las escuelas desempeñan un papel activo en el fomento de la AF, pueden aumentar en gran medida su influencia favorable en el comportamiento cotidiano de los escolares y sus familias, no sólo desde la perspectiva de la salud, sino también desde la conciencia social, el respeto y el trabajo en equipo.

Según las directrices propuestas por la OMS en 1998, las escuelas pueden y deben: a) permitir a todos los niños participar en un programa de educación física (EF) estructurada y en sesiones de AFMV varias veces a la semana; b) ofrecer una diversidad de AF fuera del sistema escolar.⁸ De acuerdo con estándares establecidos internacionalmente por la Asociación Nacional por el Deporte y la Educación Física (NASPE) de Estados Unidos, las clases de EF deben ser diseñadas para que el estudiante participe en actividades con una intensidad moderada a vigorosa por arriba del 50% del tiempo de la clase y con un mínimo de 150 minutos semanales.⁹ El plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia impulsado por la OMS y

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2014, al cual Argentina adhiere, contempla una línea de acción estratégica dirigida a mejorar el entorno con respecto a la AF en los establecimientos escolares, con el fin de promover y fortalecer las políticas y los programas escolares y de educación temprana que aumenten la AF.¹⁰

Debido a las consecuencias que traen aparejados los comportamientos sedentarios y a la importancia de la práctica de AF desde edades tempranas, tanto en las escuelas como en el tiempo libre, este estudio se propuso investigar el nivel de AF y el tiempo dedicado a AS durante el tiempo libre y en el marco de la clase de EF, considerando género y nivel socioeconómico (NSE) familiar, en una muestra de escolares de la ciudad de Córdoba.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal en niños y niñas que asistían a 4°, 5° y 6° grado de escuelas primarias municipales en la ciudad de Córdoba en 2011. El cálculo del tamaño muestral partió de una población total de 4 820 escolares y una prevalencia esperada del 30% (debido a múltiples variables con diversas prevalencias esperadas), un error muestral de 3,5%, un intervalo de confianza del 95% y un efecto de diseño del 2,0, estimando un tamaño muestral de 1 159 niños/as. El cálculo de la muestra se incrementó en un 15% (n=1 333) para considerar factores confundidores en los análisis de asociación y luego en un 50% (n=2 000) por posibles pérdidas y rechazo a participar.

Dado que la muestra debía contener un total de 2 000 escolares, se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados (escuelas) teniendo en cuenta un indicador socioeconómico de estratificación. A partir del porcentaje de padres sin estudios o con nivel de escolaridad de primaria incompleta, se formaron dos estratos de escuelas: el primero con un porcentaje menor al 25% (n=20) y el segundo con un porcentaje mayor al 25% (n=17). Se seleccionaron aleatoriamente 19 escuelas (10 del primer grupo y 9 del segundo) para incluir a todos los alumnos asistentes a los cursos de cuarto a sexto grado.

El trabajo de campo se realizó entre septiembre y noviembre de 2011 en las escuelas seleccionadas. En primer lugar, se enviaron notas informativas a las personas adultas responsables de los/as niños/as y se organizaron reuniones para notificar los objetivos, los aspectos éticos del estudio y la confidencialidad de los datos. Una vez aclaradas las inquietudes, se solicitó la firma del consentimiento informado. Luego, los escolares dieron su asentimiento a participar, previo a la aplicación de un cuestionario autoadministrado en el aula.

El cuestionario contenía preguntas sobre frecuencia de AF y AS en el tiempo libre, adaptadas de la encuesta del HBSC.¹¹ Además, incluía un apartado de NSE familiar obtenido de la escala FAS (Family Affluence Scale) con cuatro preguntas sobre recursos materiales del hogar (número de autos y computadoras, habitación individual del niño/a y vacaciones en el último año), que proporcionó un puntaje categorizado en nivel bajo (0-3), medio (4-5) y alto (6-7).¹²

Los/as niños/as respondieron su cuestionario a medida que cada pregunta era leída en voz alta por integrantes del equipo de investigación.

Por otro lado, se realizaron observaciones sistemáticas de las clases de EF utilizando el instrumento SORT (System for Observing Fitness Instruction Time),¹³⁻¹⁵ que selecciona al azar 4 estudiantes y los evalúa durante 12 intervalos de 10 segundos cada uno, con registros después de cada intervalo (10 segundos de registro). De este modo, cada estudiante fue observado durante 4 minutos en total. Se trabajó con dos clases por escuela, una en el turno mañana y otra en el turno tarde, seleccionando aleatoriamente el grado a observar.

La AF en el tiempo libre se indagó a partir de la frecuencia semanal y la duración diaria, fuera del horario escolar. Se preguntó por separado sobre la AFM (andar en bicicleta, caminar a la escuela, jugar en movimiento, ayudar en tareas de la casa) y la AFV (fútbol, básquet, vóley, rugby, bailar, correr carreras). Ambas preguntas presentaban opciones de respuestas preestablecidas (para la frecuencia semanal de AF en el tiempo libre: ni un día, un día a la semana, entre dos y tres días por semana, entre cuatro y seis días por semana y todos los días); para el tiempo diario dedicado a dichas AF: nada, menos de media hora aproximadamente, media hora aproximadamente, una hora aproximadamente y más de una hora). Además, las variables de frecuencia semanal y duración diaria se recategorizaron para establecer si esa AF era suficiente o insuficiente según la recomendación de 60 minutos diarios de AFMV.

Para evaluar la AS en el tiempo libre, se preguntó por las horas diarias destinadas a ver televisión (TV) y utilizar la computadora durante una semana promedio. Las opciones de respuesta fueron: ninguna, una a dos horas por día, dos a tres horas por día y más de tres horas por día. Se consideraron dos puntos de corte para calificar la actividad como sedentaria: más de tres horas diarias (corte realizado en la GSHS)¹⁶ y más de dos horas diarias (según la recomendación de la OMS).⁴

El nivel de AF se clasificó en: sedentario (acostado, sentado o parado), moderado (caminar) y vigoroso (muy activo). Finalmente, se registró la duración de la clase en minutos.

Los datos se analizaron con el programa SPSS, versión 15.0. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. Se aplicó la prueba de hipótesis de Chi cuadrado para corroborar la independencia entre variables, con una confianza del 95% y una probabilidad de error de 0,05. Se calculó media, desvío estándar, mínimo y máximo de la variable duración de la clase y nivel de actividad.

La investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Ética e Investigación en Salud del Hospital de Clínicas de Córdoba.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 19 escuelas con 2 185 niños y niñas de cuarto a sexto grado, aunque –debido a la inasistencia a clases, la falta de consentimiento y de asentimiento– se vió reducida finalmente a 1577 alumnos.

Por motivos de único turno escolar, ausencia del docente o imposibilidad de asistir a la clase de EF, en una escuela no se pudieron realizar las observaciones y en 6 se observó únicamente una clase. Por lo tanto, la muestra final fue de 30 clases.

La edad estuvo comprendida entre 9 y 14 años (media: 10,6; desvío estándar: 1,1), y el 33% eran niñas. El 64% cumplía con las recomendaciones de AFMV de la OMS. Todos los días, en el tiempo libre, un 51% realizaba AFM y un 35% AFV. El 38% de los escolares dijo que destinaba una hora o más a AFM, mientras que un 70% lo hacía para AFV. Se corroboraron diferencias significativas según sexo (en las niñas, una mayor frecuencia semanal de AFM, aunque con menor frecuencia diaria; en los niños, una mayor frecuencia de AFV, tanto semanal como diaria). Si se toma en cuenta la AFMV total, no se observaron diferencias según sexo (Tabla 1, disponible en: www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen24/AO-Lavin-Tabla1.pdf).

En relación con la AS en el tiempo libre, un 27% de niños/as permanecía durante más de tres horas frente a la computadora o TV, y un 45% en promedio, pasaba dos horas o más. Los varones eran más sedentarios que las mujeres sólo en el tiempo de permanencia con la computadora ($p < 0,01$) (Tabla 1).

En cuanto al NSE familiar, el 17% de niños/as se ubicó dentro del estrato bajo, el 41% en el medio y el 42% en el alto. Se observó un gradiente ascendente en la frecuencia de AF a medida que aumentaba el NSE. Los varones mostraron diferencias estadísticamente significativas en ambos niveles de AF (AFV: $p = 0,001$; AFM: $p = 0,048$). En las mujeres se vio el mismo gradiente, aunque sin significancia estadística en la frecuencia de AFM y con un nivel cercano a la significancia ($p = 0,056$) en la de AFV. En cuanto a la duración diaria de AFMV, apareció nuevamente el mismo gradiente, aunque las diferencias por NSE fueron estadísticamente significativas en las mujeres ($p = 0,001$ en ambos niveles de AF) y estuvieron muy cerca de serlo en ambos niveles en los varones (AFV: $p = 0,067$; AFM: $p = 0,054$).

En la variable de AFMV categorizada según las recomendaciones de la OMS, apareció el mismo gradiente. Las niñas que la cumplían eran en su mayoría de NSE medio y alto, mientras que las que no la cumplían eran generalmente de NSE bajo ($p = 0,001$). En los varones, las diferencias no llegaron a tener significancia estadística ($p = 0,063$). No se encontraron diferencias significativas en la AS según NSE y sexo (Tabla 2).

La duración promedio de las clases de EF fue de $38,9 \pm 5,9$ minutos, con un mínimo de 26, un máximo de 50 y una frecuencia de dos veces por semana. El nivel de actividad más observado fue "estar parado", que ocupó un 45% del tiempo de clase, mientras que la categoría "muy activo" se observó en el 15% del tiempo de clase (Figura 1). En promedio, cerca de 23 minutos de la clase se destinaban a AS, lo que corresponde al 57% del tiempo total promedio. Por otro lado, 16 minutos en promedio se utilizaban para AFMV, es decir, el 43% del tiempo de clase promedio. Si se analiza

TABLA 2. Frecuencia, duración y nivel de AF y AS de escolares de la ciudad de Córdoba, según NSE familiar y sexo, 2011.

Variables de AF y AS	Mujeres (n = 838)				Varones (n = 739)			
	NSE Bajo n (%)	NSE Medio n (%)	NSE Alto n (%)	p*	NSE Bajo n (%)	NSE Medio n (%)	NSE Alto n (%)	p*
Frecuencia semanal de AFV en el tiempo libre†								
Ni un día	26 (19)	40 (12)	40 (11)	0,056	23 (18)	23 (8)	18 (6)	0,001
Un día	36 (27)	69 (21)	72 (20)		26 (21)	51 (18)	42 (14)	
Entre dos y tres días	38 (29)	107 (32)	103 (29)		28 (23)	77 (27)	75 (25)	
Entre cuatro y seis días	13 (10)	42 (13)	45 (13)		18 (15)	46 (16)	66 (22)	
Todos los días	20 (15)	73 (22)	95 (27)		29 (23)	89 (31)	94 (32)	
Tiempo diario dedicado a la AFV en el tiempo libre†								
Nada	28 (21)	28 (9)	36 (10)	0,001	15 (12)	13 (4)	13 (4)	0,067
Menos de media hora	25 (19)	57 (17)	49 (14)		15 (12)	23 (8)	24 (8)	
Media hora	25 (19)	51 (15)	53 (15)		18 (14)	46 (16)	39 (13)	
Una hora	26 (19)	91 (27)	93 (26)		25 (20)	71 (25)	77 (26)	
Más de una hora	29 (22)	107 (32)	127 (35)		53 (42)	136 (47)	142 (48)	
Frecuencia semanal de AFM en el tiempo libre†								
Ni un día	12 (9)	19 (5)	15 (4)	0,323	13 (10)	11 (4)	9 (3)	0,048
Un día	22 (16)	42 (13)	41 (11)		21 (17)	41 (14)	41 (14)	
Entre dos y tres días	20 (15)	54 (16)	64 (18)		15 (12)	57 (20)	62 (21)	
Entre cuatro y seis días	14 (11)	42 (13)	56 (16)		19 (15)	47 (16)	46 (15)	
Todos los días	65 (49)	176 (53)	180 (51)		57 (46)	134 (46)	139 (47)	
Tiempo diario dedicado a la AFM en el tiempo libre†								
Nada	15 (12)	9 (3)	12 (4)	0,001	12 (10)	17 (6)	8 (3)	0,054
Menos de media hora	33 (26)	67 (20)	60 (17)		22 (18)	42 (15)	52 (18)	
Media hora	21 (16)	56 (17)	72 (21)		21 (18)	53 (18)	49 (17)	
Una hora	30 (23)	74 (23)	83 (24)		35 (29)	68 (24)	72 (25)	
Más de una hora	29 (23)	120 (37)	119 (34)		30 (25)	105 (37)	109 (37)	
AFMV en el tiempo libre†								
Suficiente	63 (48)	221 (67)	222 (63)	0,001	73 (58)	185 (64)	205 (70)	0,063
Insuficiente	69 (52)	110 (33)	131 (37)		52 (42)	102 (36)	88 (30)	
Tiempo diario en la computadora en el tiempo libre†								
Menos de dos horas	91 (70)	209 (63)	207 (58)	0,131	54 (44)	121 (42)	137 (46)	0,407
De dos a tres horas	19 (15)	47 (14)	65 (18)		23 (19)	62 (22)	70 (24)	
Más de tres horas	20 (15)	74 (23)	83 (24)		46 (37)	104 (36)	88 (30)	
Tiempo diario mirando televisión en el tiempo libre†								
Menos de dos horas	78 (59)	195 (59)	205 (58)	0,982	62 (50)	151 (52)	166 (57)	0,752
De dos a tres horas	24 (18)	57 (17)	60 (17)		21 (17)	53 (18)	48 (16)	
Más de tres horas	31 (23)	78 (24)	90 (25)		40 (33)	86 (30)	80 (27)	

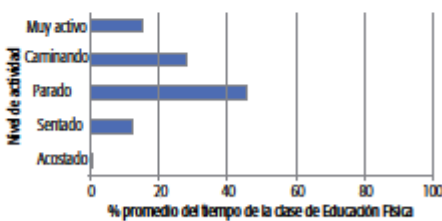
* Valores P para prueba de chi cuadrado para variables categóricas.

**NSE: nivel socioeconómico, AF: actividad física, AS: actividad sedentaria, AFM: actividad física moderada, AFV: actividad física vigorosa.

† Existen valores perdidos en estas variables.

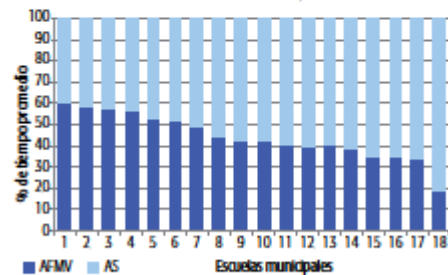
Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 1. Niveles de actividad de los escolares en las clases de Educación Física de las escuelas municipales de la ciudad de Córdoba, 2011



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 2. Escuelas municipales de Córdoba según tipo de actividades desarrolladas durante la clase de Educación Física, 2011



Fuente: Elaboración propia.

en términos de las recomendaciones de la OMS, la clase de EF sólo las cubre en un 27%. Apenas 6 escuelas alcanzaron el 50% o más de tiempo dedicado a AFMV (Figura 2).

DISCUSIÓN

El presente trabajo describió el nivel de AF y de AS de niños y niñas escolares durante su tiempo libre y en el ámbito de las escuelas municipales de Córdoba. En términos generales, los resultados más relevantes reflejan un elevado nivel de AF en el tiempo libre, asociado a un gradiente socioeconómico y a diferencias de género, y una importante presencia de AS en la clase de EF en las escuelas.

En esta muestra de escolares, más del 60% (tanto varones como mujeres) dijo que cumplía con la recomendación de AF. Los resultados de la GSHS desarrollada en 2012 mostraron que en Argentina sólo un 28,3% de escolares de 13-15 años realizaban AF durante 60 minutos al menos cinco días a la semana; en Córdoba, este porcentaje se mantuvo (27,9%), con diferencias de género.¹⁷ La Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA), llevada a cabo en 2011 y 2012 en 25 400 hogares de Argentina por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, reveló que el 37% de niños/as de 10 a 13 años destinaba su tiempo libre a AF programadas y un 65,5% a juegos físicos activos, sin especificar el tiempo destinado a esas AF.¹⁸ Este último dato se asemeja al obtenido en la presente investigación.

Los porcentajes de la GSHS son similares en Uruguay (28,8%) y Perú (24,9%), pero difieren mucho de los de Chile, donde hay un 14,8% de cumplimiento de las recomendaciones de AF en escolares.¹⁷ En países de ingresos altos, el HBSC mostró que, en promedio, un 23% de niños/as de 11 años logran el nivel de las recomendaciones.¹¹

Las importantes diferencias respecto a los presentes resultados podrían deberse a la franja etaria estudiada, dado que el GSHS trabajó con escolares de mayor edad, y algunas investigaciones concluyen que niños/as de menor edad tienden a realizar más AF. Según un estudio efectuado en escuelas primarias públicas y privadas de Brasil en 2012, los adolescentes menores de 13 años realizaban más AF en el tiempo libre que sus pares mayores.¹⁹ Otra investigación desarrollada en Estados Unidos con escolares de 6 a 11 años corroboró que los de 9-11 tenían menos chance de cumplir la recomendación de la OMS que los de 6-8.²⁰

Asimismo, las diferencias encontradas en la prevalencia de AFMV entre el presente estudio y los desarrollados por la OMS pueden deberse al instrumento utilizado para recabar la información. Aunque en ambas encuestas internacionales el dato fue obtenido a través de la declaración de los niños, el modo de pregunta fue diferente. Una reciente revisión sistemática mostró que, entre todas las formas de medición, la indirecta tiende a sobreestimar el nivel de AF en niños/as al compararla con los métodos directos.²¹

Otro factor que podría marcar la diferencia es la condición socioeconómica de los escolares encuestados. En la investigación actual se trabajó en escuelas públicas y periféricas de la ciudad, cuyas características no se asemejan a la muestra

tomada por la OMS. En cuanto a la diferencia que se observa con Chile, podría atribuirse al sistema educativo de ese país, donde aproximadamente la mitad de los alumnos estudia en instituciones privadas.²² Por lo tanto, las características socioeconómicas de la muestra chilena podrían ser muy diferentes a la del resto de los países sudamericanos mencionados.

En este sentido, es importante resaltar las diferencias encontradas entre los niveles de AFMV y el NSE familiar de los escolares cordobeses. El gradiente socioeconómico de la AF también se corroboró en una investigación con 109 104 escolares de Brasil, donde la prevalencia de AF en el tiempo libre era mayor en niños/as de las escuelas privadas que de las públicas;¹⁹ otro estudio desarrollado en ese país, con 4 452 adolescentes de 10 a 12 años residentes en Pelotas, mostró que la AF en el tiempo libre era mayor en niños de NSE alto;²³ y una tendencia similar se encontró en España.²⁴ En la ECOVNA se observó que el tiempo libre dedicado a juegos físicos activos no varió según NSE, aunque sí lo hizo la AF programada, cuya proporción se incrementó a medida que aumentaba el NSE.¹⁸ Otros estudios encontraron un gradiente inverso²⁵ o no hallaron asociación entre ambas variables.²⁶

En ninguno de los estudios mencionados se incorpora la diferenciación por sexo al análisis por NSE. Aquí, la frecuencia semanal de AFMV se asocia con NSE de manera significativa en los varones y la duración diaria de AFMV se vincula con NSE en las mujeres.

Posiblemente, este gradiente observado en la AF de los escolares cordobeses se deba a las escasas opciones accesibles —geográfica, social y económicamente— para los escolares del NSE bajo y al uso poco frecuente —por diversos motivos— de los espacios cercanos (plazas, canchas de fútbol, espacios no estructurados).²⁷ Quienes pertenecen al NSE alto, pueden acceder a opciones deportivas o de AF privadas y más alejadas de sus hogares.

Un 45% de los escolares de Córdoba pasa más de dos horas al día en AS y un 27%, más de tres horas. Las cifras son menores a las halladas por el GSHS en Córdoba, donde se observa una frecuencia del 50%, al igual que a nivel nacional.¹⁷ Esta diferencia podría deberse a la forma en que se recabaron los datos, ya que el GSHS utiliza una única pregunta sobre el tiempo de permanencia en posición sentada, sin diferenciar el tipo de AS. Por lo tanto, el presente estudio podría subestimar este dato, ya que sólo considera el tiempo destinado a TV y computadora, aunque existen otras AS posibles.

En los países europeos, el 56% de los alumnos de 11 años permanecía dos horas o más mirando TV.¹¹ Asimismo, en la ciudad de São Luis, al norte de Brasil, los escolares pasaban en promedio dos horas y media diarias en esa actividad.²⁸ La ECOVNA mostró que el 95% de los/as niños/as de 10-13 años destinan su tiempo libre a mirar TV y que el 61,5% lo hace en la computadora, sin precisar datos sobre las horas dedicadas a cada AS.¹⁸ Si bien los contextos difieren, los resultados son contundentes respecto al lugar destacado que ocupan las tecnologías que ofrecen entretenimiento de tipo sedentario en la vida de niños/as y adolescentes.

Cabe señalar que el tiempo de permanencia frente a la TV, además de promover la inactividad física, se asocia con hábitos alimentarios no saludables.²⁹

El indicador utilizado de NSE considera la disponibilidad de computadora y auto en la familia, aspectos vinculados a distintas dimensiones de la AS (recreativa y de desplazamiento). Sin embargo, no se encontraron diferencias por NSE en las AS de los niños cordobeses. Según el estudio de Pelotas (Brasil), la prevalencia de sedentarismo es mayor en niños de NSE alto;²³ lo mismo se observa en alumnos de Palencia (España)²⁴ y en escolares mujeres de Chile.²⁶ En la ECOVNA también aparece un gradiente socioeconómico en el uso de la computadora en el tiempo libre (31% en el primer quintil y 88,7% en el quinto quintil), no así en mirar TV.¹⁶

Tal vez no aparece una relación entre NSE y AS en los escolares de Córdoba porque la mayoría, más allá de asistir a establecimientos públicos periféricos, hoy accede a las tecnologías de la TV y la computadora, esta última promovida a través de Conectar Igualdad.³⁰ Si bien este programa está destinado al nivel de educación secundario, la mayoría de los escolares tiene familiares, por lo que el acceso a esa tecnología se ve ampliado. Según el censo nacional de 2010, el 56% de los hogares de la ciudad de Córdoba tenía computadora.³¹ Dado que Conectar Igualdad se creó ese mismo año, cabe pensar que los porcentajes han aumentado desde entonces. Asimismo, de acuerdo con el censo provincial de 2008, el 70% de los hogares de la ciudad tenían TV.³²

La duración de la clase de EF está pautada en 50 minutos. Sin embargo, en estas escuelas su frecuencia y duración fueron bajas (dos días semanales con una clase inferior a los 40 minutos en promedio), con un total cercano a 80 minutos, que no logra cubrir las recomendaciones internacionales de 150 minutos semanales como mínimo. Según lo indagado por el GSHS acerca de la frecuencia de clases de EF, apenas el 20% de los escolares de la provincia de Córdoba declaró que habla tenido tres o más días a la semana (segundo menor porcentaje a nivel nacional).¹⁷ Cabe adarar que en dicho caso se trata de escolares de los primeros años de escuelas secundarias, no primarias (como las abordadas por esta investigación). Los porcentajes revelan la magnitud de este problema en la ciudad, en la provincia y en el país. Del mismo modo, de acuerdo con un estudio realizado en escuelas primarias oficiales y privadas de medianos ingresos de la ciudad mexicana de Chihuahua, la duración de las clases allí es de 37 minutos promedio.³³ En la ciudad de México, la duración promedio es de 40 minutos en escuelas públicas,³⁴ valor que supera al de las escuelas primarias privadas de la ciudad de Buenos Aires (27 minutos).³⁵

Si se considera el grado de AF que demandan las clases, cerca del 43% del tiempo fue destinado a AFMV, pese a que la recomendación es de al menos un 50%. Los presentes hallazgos coinciden con el estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, donde ninguna de las escuelas alcanza las recomendaciones internacionales.³⁶ Por otro lado, una investigación llevada a cabo en la ciudad de México mostró que durante la clase sólo se destinaba el 29% del tiempo a AFMV.³⁴

Cabe destacar que en 2013 se creó en Argentina el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo, con el objetivo de desarrollar políticas públicas que fomenten la AF.³⁶ Sin embargo, este programa no establece demasiadas definiciones respecto al rol de las escuelas en la promoción de estilos de vida físicamente activos. Considerando que las instituciones educativas deben desempeñar un papel destacado en este sentido y tomando como base la propuesta de Escuelas Promotoras de Salud promovido desde la OPS, a la cual Argentina adhirió en 1996, debería hacerse mayor énfasis en dicho contexto.

Hay que señalar que tanto la AF como la AS fueron indagadas a partir de medidas de carácter subjetivo. Esto puede representar una limitación y, al mismo tiempo, una potencialidad, debido a que permite conocer el tipo de actividad realizada, además de su intensidad y duración, lo cual no es posible con métodos objetivos. Otro déficit consiste en no haber incorporado dentro de la muestra a escolares de escuelas públicas provinciales e incluso privadas, que podrían haber completado la información. Sin embargo, esta muestra representa a la población infantil en edad escolar en situación de vulnerabilidad social. Se trata de niños/as que viven en barrios periféricos de la ciudad y con condiciones socioeconómicas no tan favorables, por lo que es importante comparar los resultados con poblaciones de similares características para no encontrar evidencias contradictorias.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este trabajo demuestra que el nivel de AFMV en el tiempo libre es significativo en esta población, aunque no se observa en las clases de EF, donde las AS ocupan muchos minutos y se transforman en un importante problema de salud pública. Es necesario promover la AF desde las escuelas, los equipos de salud y los centros deportivos y recreativos, ya que todos ellos juegan un papel destacado en esta etapa de la vida. Asimismo, los niños y niñas deben contar con mayores alternativas recreativas de libre acceso en sus propios barrios, ya que los espacios públicos al aire libre y cercanos a los hogares promueven la realización de AF.³⁷ Las conclusiones de esta investigación revelan la necesidad de aumentar el número semanal de clases de EF, sumado a un incremento en su intensidad, podría ayudar a disminuir la prevalencia de sedentarismo y, por ende, el exceso de peso en escolares. Finalmente, cabe considerar la importancia del uso racional de la tecnología para evitar consecuencias de salud en edades tempranas.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Tras haberse corroborado altos niveles de sedentarismo en las clases de EF, surge la necesidad de trabajar sobre este problema en distintos ámbitos con llegada en la vida de los/las niños/as: en la escuela, el equipo de salud y los centros deportivos y recreativos, se debe capacitar a los distintos actores respecto a la importancia de incorporar hábitos de AF desde edades tempranas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La presente investigación fue desarrollada en una población de escolares que asistían a escuelas municipales ubicadas en la periferia de la ciudad de Córdoba. Es importante extender el estudio a escuelas provinciales públicas y también privadas, para conocer qué sucede en las distintas realidades socioeconómicas dentro de la ciudad. También sería interesante realizar un análisis comparativo en otras provincias respecto a las variables estudiadas.

AGRADECIMIENTOS

A la Subsecretaría de Educación de la Municipalidad de Córdoba, especialmente a Rubén López de Neira, quien colaboró en el contacto con las escuelas. Al personal docente y no docente de las escuelas, por facilitar el trabajo en ellas, y a los niños y niñas por responder a las encuestas. Finalmente, al equipo de trabajo del Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud de la Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, que participó en la recolección de datos.

Cómo citar este artículo: Lavin J, Bruzzone F, Mamondi V, González E, Berra S. Actividad física y comportamientos sedentarios de escolares de Córdoba en su tiempo libre y en clase de educación física. Rev Argent Salud Pública. 2015; Sept;6(24):15-21.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riddle SJ, Corley T, Marshall SJ, Murley I, Cameron N. Physical Activity and Sedentary Behaviors in Youth: Issues and Controversies. *J R Soc Promot Health*. 2004;12(4):29-33.

2. Rey López JP, García Marco L, Casajús Mallén JA, Moreno Aznar LA. Comportamientos sedentarios y factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes. En: Redondo Fí-guero C, González Gross M, Moreno Aznar L, García Fuentes M. Actividad Física, Deporte, Ejercicio y Salud en Niños y Adolescentes. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2010.

3. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;14(4):226-228.

4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra; 2010.

5. Hallal PC, Andersen LU, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekblund U. Global Physical Activity Levels: Surveillance, Progress, Pitfalls and Prospects. *The Lancet*. 2012;380(9838):247-252.

6. Rauner A, Mess F, Wolf A. The Relationship between Physical Activity, Physical Fitness and Overweight in Adolescents: A Systematic Review of Studies Published in or after 2000. *BMC Pediatrics*. 2013;13:19.

7. Prentice-Dunn H, Prentice-Dunn S. Physical Activity, Sedentary Behavior, and Childhood Obesity: A Review of Cross-Sectional Studies. *Psychology, Health & Medicine*. 2012;17(3):255-273.

8. Organización Mundial de la Salud. El fomento de la actividad física en y mediante las escuelas. Estatutos políticos y orientación para la acción. Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Dinamarca; 1998.

9. SHAPE America. The essential components of physical education. Reston, VA; 2015. [Disponible en: <http://www.shapeamerica.org/upload/TheEssentialComponentsOfPhysicalEducation.pdf>] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

10. OPS/OMS. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington DC; 2014. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000079ent-2015-11_plan-of-action-child-obesity-spa.pdf] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

11. Organización Mundial de la Salud. Health Behavior in School-aged Children (HBSC). [Disponible en: <http://www.hbsc.org/index.aspx>] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

12. Currie CE, Eblon RA, Todd J, Platt S. Indicators of Socioeconomic Status for Adolescents: The WHO Health Behavior in School-aged Children Survey. *Health Educ Res*. 1997;12(5):385-92.

13. McKenzie TL, Sallis JF, Nader PR. SOFIT: System for Observing Fitness Instruction Time. *Journal of Teaching in Physical Education*. 1991;11:195-205.

14. Rowe PJ, Schultheisz JM, Van Der Mars H. Measuring Physical Activity in Physical Education: Validation of the SOFIT Direct Observation Instrument for Use with First to Eighth Grade Students. *Percept Mot Behav*. 1997;9:136-149.

15. Pope RP, Coleman KJ, Gonzalez BF, Heath EM. Validating SOFIT during physical education in a Predominantly Hispanic Community. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(5):S28.

16. Guthold R, Cowan MJ, Autenrieth CS, Kann L, Riley LM. Physical Activity and Sedentary Behavior among Schoolchildren: A 34-Country Comparison. *The Journal of Pediatrics*. 2010;157(1):43-49.

17. Organización Mundial de la Salud. Global School-Based Student Health Survey (GSHS): 2012. [Disponible en: <http://www.who.int/chp/gshs/datasets/en/>] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

18. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación / UNICEF. Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales Resultados 2011-2012. [Disponible en: http://www.desarrollosocial.gov.ar/wp-content/uploads/2015/01/3_Encuesta-Sobre-Condiciones-de-Vida-1.pdf] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

19. Revende LFM, Anzedeo CM, Canello DS, Claro RM, Castro IRR, Levy RB, et al. Socio-demographic and Behavioral Factors Associated with Physical Activity in Brazilian Adolescents. *BMC Public Health*. 2014;14:485-95.

20. Falhour TH, Hughes JP, Brody DJ, Kit BK, Ogden CL. Physical Activity and Screen-Time Viewing Among Elementary School-Aged Children in the United States from 2009 to 2010. *JAMA Pediatr*. 2013;167(3):223-229.

21. Adamo KB, Prince SA, Tricco AC, Connor-Gerber S, Tremblay M. A Comparison of Indirect Versus Direct Measures for Assessing Physical Activity in the Pediatric Population: A Systematic Review. *Int J Pediatr Obes*. 2009;4:2-7.

22. Lara L. UNICEF. Las políticas TIC en los sistemas educativos de América Latina: Caso Chile; 2013. [Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Chile_ok.pdf] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

23. Hallal PC, Bertoldi AD, Gonçalves H, Victora CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1277-82.

24. Cano Garcinuño A, Pérez García I, Casares Alonso L, Alberola López S. Determinantes del nivel de actividad física en escolares y adolescentes: estudio OPACA. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(1):15-24.

25. Matsudo VKR, Ferrari CLM, Araujo TL, Oliveira LC, Mire E, Barreira TV, et al. Socioeconomic Status Indicators, Physical Activity, and Overweight/Obesity in Brazilian Children. *Rev Paul Pediatr*. En prensa.

26. Olivares SC, Bustos N, Lega L, Zelada ME. Estado nutricional, consumo de alimentos y actividad física en escolares mujeres de diferente nivel socioeconómico de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*. 2007;135:71-78.

27. Lavin Fuego J, Berra S. Lugares donde niños y niñas realizan actividad física en los barrios periféricos de la ciudad de Córdoba. *Salud Colectiva*. 2015;11(2):223-234.

28. Oliveira TC, Silva AAM, Santos CJN, Silva JS, Conceição SIO. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luis. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):996-1004.

29. Lipsky LM, Iannotti RJ. Associations of Television Viewing with Eating Behaviors in the 2009 Health Behaviour in School-aged Children Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(5):465-472.

30. Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Programa Conectar Igualdad. [Disponible en: <http://www.conectarigualdad.gov.ar/>] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

31. Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la Provincia de Córdoba. Departamento Capital. Censo 2010. [Disponible en: <http://estadistica.cba.gov.ar/LinkClick.aspx?fileid=678&mid=3413&language=es-AR>] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

32. Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la Provincia de Córdoba. Departamento Capital. Censo 2008. [Disponible en: <http://estadistica.cba.gov.ar/Poblacion/4294839/Censo2008/tabid/462/language/es-AR/Default.aspx>] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

33. Maldonado Mauregui WA, Luquin Pulido R, Díaz Cisneros FJ, Farfan Heredia ER, Antaga Ibarra R. Educación Física. *Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte*. 2009;1(1):150-206.

34. Jennings-Aburto N, et al. Physical Activity during the School Day in Public Primary Schools in Mexico City. *Salud pública Méx*. 2009;51(2):141-142.

35. Santa María CL, Laño FA, Pintarrelli JC. Gasto energético en las clases de educación física de escuelas primarias y secundarias de la ciudad de Buenos Aires. *ReCAD* - Revista electrónica de Ciencias Aplicadas al Deporte. 2011;4(12).

36. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo; 2013. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/programa-de-lucha-contre-el-sedentarismo>] [Último acceso: 11 de septiembre de 2015].

Anexo VI. Artículo publicado 3

Preventive Medicine 82 (2016) 35–41

Contents lists available at ScienceDirect

Preventive Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ypmed



Neighborhood and family perceived environments associated with children's physical activity and body mass index

Julieta Lavin Fueyo^{a,*}, Leandro Martin Totaro Garcia^b, Veronica Mamondi^c, Gizelton Pereira Alencar^d, Alex Antonio Florindo^e, Silvina Berra^{f,g,h}

^a Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, IIECS, CONICET, Dr. Emilio Ravignani 2024, Buenos Aires, Argentina (CI 414CPV)
^b School of Public Health, University of São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, Brazil, CEP-01246-904
^c School of Public Health, National University of Córdoba, Enrique Barros esq. Bujnerera Gordillo Gomez-Ciudad Universitaria, Córdoba, Argentina, 5000
^d School of Public Health, University of São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, Brazil, CEP-01246-904
^e School of Public Health and School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, Brazil, CEP-01246-904
^f Institute of Research in Health Sciences, INICSA, CONICET, National University of Córdoba, Argentina
^g School of Public Health, National University of Córdoba, Argentina
^h Enrique Barros esq. Bujnerera Gordillo Gomez, Ciudad Universitaria, Córdoba, Argentina, 5000

ARTICLE INFO

Available online 12 November 2015

Keywords:
Built environment
Health behaviors
Neighborhood
Social environment
Physical activity
Children
BMI

ABSTRACT

Background. A growing body of research has been examining neighborhood environment related to children's physical activity and obesity. However, there is still not enough evidence from Latin America.

Objective. To investigate the association of neighborhood and family perceived environments, use of and distance to public open spaces with leisure-time physical activity (LTPA) and body mass index (BMI) in Argentinian school-aged children.

Methods. School-based, cross-sectional study with 1777 children (9 to 11 years) and their parents, in Córdoba city during 2011. Children were asked about LTPA and family perceived environment. Parents were asked about neighborhood perceived environment, children's use of public open spaces and distance. Weight and height were measured for BMI. We modeled children's LTPA and BMI z-score with structural equation models with latent variables for built, social and safety neighborhood environments.

Results. Parents' perceived neighborhood environment was not related with children's LTPA and BMI. Children's perceived autonomy and family environment were positively associated with LTPA. Use of unstructured open spaces and, indirectly, the distance to these, was associated with LTPA among girls. Greater distance to parks reduced their use by children.

Conclusions. Policies to increase children's LTPA should include access to better public open spaces, increasing options for activity. A family approach should be incorporated, reinforcing its role for healthy development.

© 2015 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction

Over the past few decades, Latin America has been profoundly affected by globalization, urbanization, economic changes and epidemiological transition. These processes have interacted in multiple complex ways producing significant changes in community socio-environmental characteristics and population health patterns, including those related with physical activity (PA) and obesity (Uauy et al., 2008).

A growing number of studies are examining features of the built and social neighborhood environments related with children's PA. Although

studies are often difficult to compare because of the varying built and social environmental and PA measures used, there is consistent evidence that better access to physical activity resources (Ding et al., 2011) and a more supportive family environment (Edwardson & Gorely, 2010) are associated with higher children's PA. However, there are still questions about the association with other features of the social environment, such as perceived safety (Ding et al., 2011).

Public health research and action need to be based on evidence from research on community environment and its association with health-related behaviors. However, much of the evidence currently available was generated in Europe, North America and Oceania, and the context-specific nature of these findings limits their application in Latin America (Ferrino et al., 2013; Arango et al., 2013). Fortunately, in recent years, Brazil and Colombia have advanced in this field, not only in research, but also in the implementation of policies, but there is still not enough scientific information on policies in other Latin American countries.

* Corresponding author at: Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, IIECS, CONICET, Dr. Emilio Ravignani 2024, Buenos Aires, Argentina, CI 414CPV.

E-mail addresses: julietalavin@gmail.com (J. Lavin Fueyo), leandromtg@gmail.com (L.M. Totaro Garcia), vero_mamondi@yahoo.com.ar (V. Mamondi), gizelton@usp.br (G. Pereira Alencar), aflorindo@usp.br (A.A. Florindo), sberra@fcm.unc.edu.ar (S. Berra).

In 2001, Argentina joined the Healthy Municipalities and Communities initiative, a Latin American strategy encouraged by the World Health Organization and the Pan-American Health Organization, aimed at promoting participatory health. This involves supporting local government in establishing healthy public policies and promoting active community participation, supportive environments, and healthy lifestyles (Pan American Health Organization, 2005). Joining the initiative was an important step for Argentina toward considering the environment where people live as a significant factor in people's health. However, most actions so far have focused only on individual-based approaches, especially diet and PA, and strategies to create supportive environments for health are infrequent (Anon, 2008). One reason may be the lack of evidence on which community socio-environmental characteristics have most influence on Argentinians' health-related behaviors, which would help in advocating for supportive environments.

Studies about leisure-time PA and neighborhood environment in Latin America have mainly focused on the built environment (Arango et al., 2013; Bauman et al., 2012) and have been conducted among adults (Bauman et al., 2012). It has been acknowledged that perceptions related to the environment and their association with PA are expected to differ according to age (Bauman et al., 2012). Moreover, it is reasonable to expect that parents' perceptions about the environment play a role in children's leisure-time PA, though findings are inconsistent on this topic (Ding et al., 2011). Evidence suggests that parental warmth and involvement, emotional support, appropriate granting of autonomy, and clear, bidirectional communication are positively associated with more healthy behaviors in children and adolescents (Newman et al., 2008). Supportive and encouraging attitudes from parents seem to be important influences on 6–11 year-old children being physically active (Edwardson & Gorely, 2010).

Another aspect that needs to be further investigated is whether leisure-time PA and/or community socio-environmental characteristics have some influence in children's body mass index (BMI) (Pate et al., 2013; Saffron et al., 2011). Systematic reviews tend to report weak to modest relationships between school-aged children's PA and overweight/obesity, with many risk estimates being non-significant (Pate et al., 2013; Saffron et al., 2011; Janssen & LeBlanc, 2010; Wilks et al., 2011).

The purpose of this study was thus to investigate the association of neighborhood and family perceived environments with leisure-time PA and overweight/obesity in Argentinean school-aged children. We hypothesized that: (a) a negative parental perception of the built, social and safety attributes of the neighborhood would be negatively associated with children's use of parks and unstructured open spaces and their leisure-time PA; (b) children's perception of autonomy and family environment would be positively associated with the use of these spaces and leisure-time PA; and (c) children's leisure-time PA would correlate negatively with their overweight/obesity status.

Methods

Design, population and sample

A cross-sectional study was carried out in a population of 4th to 6th grade children – ages 9 to 11 years – of municipal primary schools in Córdoba city, which is the capital of Córdoba province, located in the center of Argentina and its second largest city, with 1.3 million inhabitants in an area of 576 km². It has a centralized urban distribution characterized by wide urban fragmentation with the highest proportion of poor people located in the outskirts of the city.

The study was conducted between September and December 2011. All the municipal primary schools are in the outskirts of the city, in medium to low socioeconomic neighborhoods (e.g., 6 to 28% of heads of household have completed high school) (Population census of Córdoba, 2008). The children were thus mostly from families with these socioeconomic characteristics.

Considering a population of 4820 children enrolled from 4th to 6th grade in city municipal schools, an expected prevalence of 50% (due to multiple

outcomes with heterogeneous expected prevalence), a sampling error of 3.5 percentage points, confidence interval of 95%, and a design effect of 2.0, a sample size of 1349 students was estimated for this survey. The sample was increased 15% (n = 1552) to enable control for confounding factors in association analyses and then 50% (n = 2328) due to refusals and missing.

For the sampling process, all municipal primary schools existing in 2011 (n = 37) were stratified into two groups: those with more than 75% of parents with at least elementary education completed (n = 20) and those below this cut-off (n = 17). 10 schools were randomly selected from the first group and nine from the second. The sample included all fourth to sixth-grade students and their primary adult caregivers (usually mothers). The 19 schools selected yielded a potential pool of 2424 students.

Parents were called to the school for a meeting with the research team, given an explanation of the study, and then written informed consent was obtained from those who agreed to participate and let their children participate. If parents did not attend the meeting, they were sent a note explaining the study, the informed consent and the questionnaire to be completed. Children were also asked to assent to participate, regardless of their parents' consent.

When both agreed to participate, parents completed a self-administered questionnaire after the meeting or at home. Children also completed a self-administered questionnaire that was read aloud by a member of the research team in the classroom, so that everybody completed it at the same time. Meanwhile, children who had no signed consent or did not assent to participate continued with school tasks assigned by the teacher.

Measures

Neighborhood and family perceived environments. Parents' gave information about the availability of different recreational sites in the neighborhood where the children lived, the distance from their homes in blocks – as distance is usually reported in Argentina, corresponding to approximately 100 m – and the frequency with which children used them for PA (never, once a month or less, once every other week, and once per week or more). For this analysis, we focused on distance to and frequency of use of parks and unstructured open spaces, such as streets, cul-de-sacs, and open land.

In addition, parents' perception of barriers to children's PA in their neighborhood of residence was examined through a Neighborhood Environment for Physical Activity Survey, cross-culturally adapted from the "Active Where?" Survey of the Robert Wood Johnson Foundation's Active Living Research (Anon). Ten barriers were considered: (1) availability of places to be active in, (2) activity options, (3) equipment availability, (4) adult supervision, (5) general neighborhood safety, (6) traffic safety, (7) lighting, (8) presence of other children, (9) presence of other people, and (10) children's feelings. A four-point scale assessed each question: strongly disagree, somewhat disagree, somewhat agree, and strongly agree. Three latent variables were generated from these items to represent parents' perceived built and social environments and safety for PA of the neighborhood (see Supplementary Tables 1 and 2).

A latent variable representing the children's perceived autonomy and family environment was generated using the autonomy, parent relations and home life, and financial resources domains of the KIDSCREEN-52, Argentinean version (Berra et al., 2009). Children were asked fourteen 5-point scale questions and the KIDSCREEN-52 protocol was used to define the values for each domain (see Supplementary Tables 1 and 2).

Children's leisure-time physical activity. Children were asked about the frequency and duration of moderate and vigorous leisure-time PA, using the PA section of the 2006 Spanish version of the "Health Behavior in School-aged Children" survey questionnaire (Booth et al., 2001). Examples of PA within each level of intensity were provided to make the differences between them clear. Children were asked about weekly frequency (never, once a week, two to three days a week, four to six days a week, and every day) and daily duration (none, less than half an hour, half an hour, one hour, and more than one hour) in each intensity. The leisure-time PA in each intensity was determined separately, combining the frequency and duration in a discrete score ranging from 0 (lowest leisure-time PA) to 4.

Body mass index z-score. Trained staff measured weight and height with a digital scale and a portable height rod. Children wore light clothes, without sweaters, jackets or shoes, during the procedure. Body mass index (BMI) was defined as weight in kilograms divided by the square of height in meters, and z-scores were calculated according to the WHO 2006 standards (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006) using WHO AnthroPlus software.

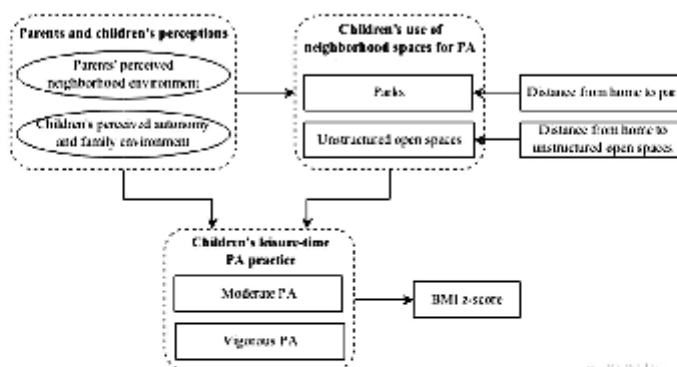


Fig. 1. Hypothesized relationships tested through the model. Covariance between use of parks and of open unstructured spaces and between moderate and vigorous leisure-time PA were considered. Children's school grade and mother's educational level were used as adjustment factors between moderate and vigorous leisure-time PA and BMI z-score. Notes: PA = physical activity; BMI = body mass index.

Supplementary Table 1 presents all the variables used in the analysis, as well as the questions or protocols and answer options used to obtain them.

Statistical analysis

All analyses were stratified by gender. Descriptive statistics included frequencies, means (\bar{x}), and standard deviation (s). Chi-square test and Student t-test for independent samples were used to compare differences between genders. Normal distribution and equality of variances as assumptions were evaluated through histogram visualization and Levene's test, respectively.

Structural equation modeling was carried out to determine associations between perceived environmental attributes, use of neighborhood spaces for PA, moderate and vigorous PA, and BMI z-score. Analyses were performed using R, version 3.1.1, and the *lavaan* package. Parameters were estimated by the full information maximum likelihood method and results were presented as standardized regression coefficients (β). All statistical tests were two-tailed and a 5% significance level was adopted.

Observed variables were recoded to maintain a positive association with the latent variables (e.g., higher value for better environmental perception). Confirmatory factorial analysis was carried out to determine whether the hypothesized sets of observed variables shared common variance-covariance characteristics and to define the theoretical constructs (latent variables). Supplementary Table 2 presents the coefficients derived from the measurement model.

Fig. 1 shows the hypothesized relationships tested and a reduced representation of the structural model. Covariance between use of parks and of open unstructured spaces and between moderate and vigorous leisure-time PA was also considered. Finally, children's school grades and mother's educational level were considered as adjustment factors between moderate and vigorous leisure-time PA and BMI z-score.

The following parameters were used to evaluate the overall model fit: Chi-squared test, Root Mean Square of Approximation (with its 90% confidence interval), Standardized Root Mean Square Residual, Comparative Fit Index, Tucker-Lewis Index, Goodness of Fit Index, and Adjusted Goodness of Fit Index. Values of <0.08 for Root Mean Square of Approximation, <0.05 for Standardized Root Mean Square Residual, and >0.90 for Comparative Fit Index, Tucker-Lewis Index, Goodness of Fit Index, and Adjusted Goodness of Fit Index were considered as acceptable adjustments (Kline, 2011).

Results

The final sample consisted of 1777 children. They were evenly distributed throughout school grades and there were more boys (53%) than girls. Most mothers (62%) had only completed elementary school. Boys used parks and unstructured open spaces for PA more frequently, but girls had higher vigorous leisure-time PA (Table 1).

Figs. 2 and 3 present the final models for girls and boys, respectively, and the fitting indices indicating that both models fit the data (see

Supplementary Table 2 for results of the measurement model). For both genders, the use of parks for PA showed negative association with distance from home (girls: $b = -0.11$, $p = 0.01$; boys:

Table 1
Characteristics of the sample, Córdoba city, Argentina, 2011.

Characteristics	Total (n = 1777)	Girls (n = 843)	Boys (n = 934)	p
School grade (n, %)				
4 th	591 (33)	307 (33)	284 (34)	0.54
5 th	624 (35)	321 (35)	303 (36)	
6 th	558 (32)	304 (32)	254 (30)	
Mother's educational level (n, %)				
None	162 (11)	90 (12)	72 (10)	0.02
Elementary school	885 (62)	472 (63)	413 (50)	
Middle or high school	319 (22)	142 (19)	177 (25)	
College or higher	73 (5)	42 (6)	31 (5)	
Distance to park (no of blocks) (\bar{x} , s)	4 (5)	5 (5)	4 (5)	0.17
Park use for PA (n, %)				
Never	264 (22)	148 (24)	116 (21)	<0.001
Once a month or less	218 (18)	132 (21)	86 (15)	
Once every other week	185 (16)	115 (18)	70 (13)	
Once a week or more	522 (44)	234 (37)	288 (51)	
Distance to UOS (no of blocks) (\bar{x} , s)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	0.78
UOS use for PA (n, %)				
Never	619 (60)	368 (60)	251 (51)	<0.001
Once a month or less	63 (6)	29 (5)	34 (7)	
Once every other week	63 (6)	34 (6)	29 (6)	
Once a week or more	287 (28)	107 (20)	180 (36)	
Moderate leisure-time PA (n, %)				
0	110 (7)	56 (8)	54 (7)	0.12
1	217 (14)	108 (15)	109 (13)	
2	271 (18)	108 (15)	163 (20)	
3	332 (21)	162 (22)	170 (20)	
4	627 (40)	292 (40)	335 (40)	
Vigorous leisure-time PA (n, %)				
0	184 (12)	70 (10)	114 (14)	<0.001
1	255 (16)	91 (13)	164 (20)	
2	146 (9)	58 (8)	88 (11)	
3	400 (26)	177 (24)	223 (27)	
4	570 (37)	327 (45)	243 (28)	
Body mass index z-score (\bar{x} , s)	0.7 (1.3)	0.6 (1.2)	0.7 (1.3)	0.09

Notes: UOS = unstructured open spaces; PA = physical activity. Categories of PA: 0 = none; 1 = very low (<50 min/week); 2 = low (60–119 min/week); 3 = medium (120–209 min/week); 4 = high (300 min/week or more). P-values refer to Chi-square test (for categorical variables) and Student's t-test for independent samples (for continuous variables).

$b = -0.23, p < 0.001$). Among girls, the use of parks for PA was negatively associated with their parents' perceived safety ($b = -0.41, p = 0.05$), but positively associated with their parents' perceived social attributes of the neighborhood ($b = 0.25, p = 0.05$) and with girls' perceived autonomy and family environment ($b = 0.12, p = 0.03$). These associations were not significant among boys. On the other hand, the use of unstructured open spaces for PA by boys was negatively associated with their parents' perceived built environment ($b = -0.27, p = 0.05$), but positively associated with their parents' perceived safety ($b = 0.29, p = 0.05$). Among girls, the use of unstructured open spaces for PA showed negative associations with their distance from home ($b = -0.14, p < 0.001$).

Neither boys nor girls showed evidence of association between leisure-time PA and parents' perceived neighborhood attributes. In addition, leisure-time PA showed no association with the frequency of using parks for PA. However, the use of unstructured open spaces for PA, which was associated with their distance from home, showed positive association with vigorous leisure-time PA among girls ($b = 0.12, p = 0.01$). Therefore, living closer to unstructured open spaces increases vigorous leisure-time PA. Children's perceived autonomy and family environment showed a positive association with both moderate (girls: $b = 0.17, p < 0.001$; boys: $b = 0.19, p < 0.001$) and vigorous (girls: $b = 0.19, p < 0.001$; boys: $b = 0.23, p < 0.001$) leisure-time PA.

Finally, neither moderate nor vigorous leisure-time PA showed significant association with BMI, in both genders.

Discussion

This study provides new evidence about the interrelationships among parents' perceived neighborhood environment, children's perceived autonomy and family environment, use of spaces for PA, PA and BMI. In Argentina, this is the first study addressing this topic and one of the few studies in Latin America. We found evidence of associations of children's perceived autonomy and family environment with leisure-time PA. On the other hand, parents' perceived neighborhood environment was not related with children's leisure-time PA. Finally, there was no association between leisure-time PA and BMI z-score.

Parents' perception of the built, safety and social attributes of neighborhood was associated with their reports of children's use of parks and unstructured open spaces for PA. Studies conducted in different socio-economic areas of Melbourne, Australia, and in a low-income inner city of the United States (US) showed that parents' perception of neighborhood safety seems to be an especially important issue limiting outdoor activities at this age, and one of the main reasons for parents to restrict their children's outdoor activities (Weir et al., 2006; Veitch et al., 2006; Franzini et al., 2009). These results were also supported in a literature review made by Carver et al. (2008).

In the current study, safety perception affected girls' use of recreational facilities negatively but boys' use positively. Girls' parents seemed to give more importance to social environment for using parks, while boys' parents prioritized the safety environment for the use of unstructured

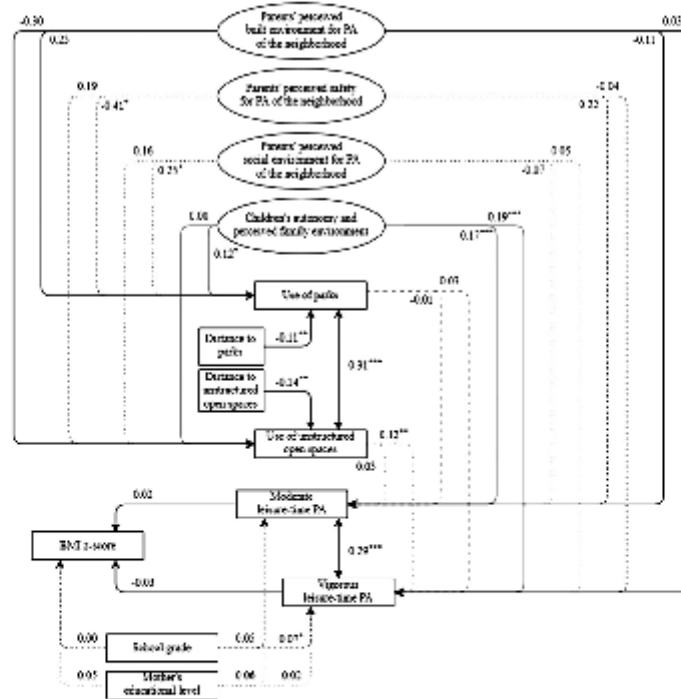


Fig. 2. Final model of association between perceived environment, use of neighborhood spaces for PA, leisure-time PA practice, and BMI z-score in girls. Córdoba city, Argentina, 2011. Notes: Different line patterns were used to help identifying the exposures. * = p -value ≤ 0.05 ; ** = p -value ≤ 0.01 ; *** = p -value ≤ 0.001 . PA = physical activity; BMI = body mass index. Chi-squared test = 398.03, p -value < 0.001 ; Root Mean Square of Approximation = 0.04, 90% Confidence Interval: 0.03–0.04; Standardized Root Mean Square Residual = 0.04; Comparative Fit Index = 0.92; Tucker-Lewis Index = 0.90; Goodness of Fit Index = 1.00; Adjusted Goodness of Fit Index = 0.93.

open spaces. The negative associations found between parents' perception of built environment and the use of unstructured open spaces in boys, and between safety environment and the use of parks in girls, were contradictory.

Another finding was that greater distances from home to parks were associated with reduced use by boys and girls. Previous research in three different US cities showed that living closer to large public parks and public open spaces – especially within walking or cycling distance – increased the likelihood of using these sites (Grow et al., 2008).

Of all the associations tested in both models, only the use of unstructured open spaces and, indirectly, the distance to these spaces, were associated with vigorous leisure-time PA, and these only in girls. The lack of consistency in the association between parental environment perceptions and children's PA agrees with a systematic review conducted by Ding et al. (2011), which found inconsistent relationships between perceived environment measures and children's reported PA. It should be noted that most studies in Ding's review were from North America, Europe, Australia and New Zealand. It could be argued that, in this specific population, parents' perception has little influence on children's PA because the neighborhood is the only or most accessible place where children can do PA (Lavin Fueyo & Berra, 2015), regardless of its built, social or safety conditions. Besides, open spaces that have no or poor PA infrastructure, whether parks or unstructured, may make a reduced contribution to leisure-time PA, even if the children spend a lot of time there. The children might also be doing PA outside the neighborhood or within their own homes. We also need to consider a possible discrepancy between parental reporting of environmental factors and children's

reporting of their leisure-time PA, and also measurement bias regarding children's reporting of PA.

In the present study, perceived autonomy and family environment were positively associated with the use of parks in girls and with moderate and vigorous leisure-time PA in both genders. Other studies using the same instrument to measure autonomy and family environment in children have also found associations between this variable and frequency of PA (Olaya et al., 2015) and with meeting the PA international recommendations (Breslin et al., 2012). They have also observed that children with higher moderate and vigorous PA had positive parent-child relationships (Pinquart, 2014) and higher parental support. (Edwardson & Gorely, 2010; Langer et al., 2014) A better perception of children's autonomy and family environment, which includes family relationships and financial capacity, may be associated with greater opportunities for leisure time activities (KIDSCREEN Group Europe, 2006). Self-determination theory explains possible mechanisms associating children's perceptions with moderate and vigorous PA (Teixeira et al., 2012), suggesting that individuals guide their behavior based on opportunities to satisfy their psychological needs, especially those present in their environment (Ryan & Deci, 2000). In addition, children have a higher sense of autonomy when parents support their autonomy, expanding their intrinsic motivation (Ryan & Deci, 2000). These associations may be reinforced by children who practice PA out of their homes having a higher sense of autonomy as they learn how to make decisions, solve problems, practice self-control, follow rules, regulate emotions and develop and maintain peer relationships (Mullan & Edwards, 2014).

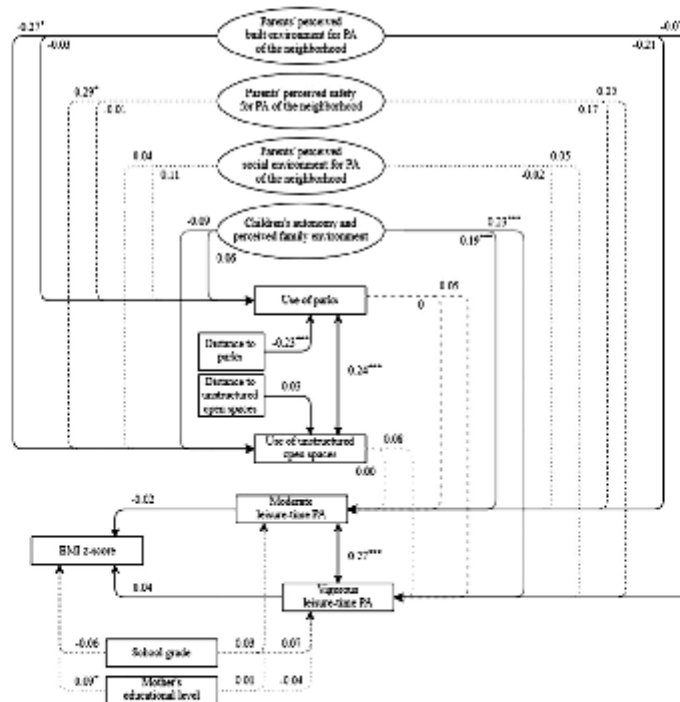


Fig. 3. Final model of a association between perceived environment, use of neighborhood spaces for PA, leisure-time PA practice, and BMI z-score in boys. Cordoba city, Argentina, 2011. Notes: Different line patterns were used to help identifying the exposures. * – p-value ≤ 0.05 ; ** – p-value ≤ 0.01 ; *** – p-value ≤ 0.001 . PA – physical activity, BMI – body mass index. Chi-squared test – 402.88, p-value < 0.001; Root Mean Square of Approximation – 0.04, 90% Confidence Interval: 0.04–0.05; Standardized Root Mean Square Residual – 0.05; Comparative Fit Index – 0.91; Tucker-Lewis Index – 0.89; Goodness of Fit Index – 1.00; Adjusted Goodness of Fit Index – 0.99.

Our findings are strongly gender-related. Boys doing more PA than girls has been widely documented, and also girls and boys using different places for PA (Floyd et al., 2011). In our current study, these differences affected mostly girls, who seem to have fewer opportunities for PA in the neighborhood. We also found that parental neighborhood perception differs between boys and girls, with boys conditioned by the safety and built environment perception and girls by the social environment. These findings support the idea that boys and girls are given disparate roles in the family and in society, resulting in different functions, behaviors and preferences that, in the end, determine health inequities between genders. Therefore, gender differences must be considered when designing policies to increase PA among children, both environmentally and individually.

Neither moderate nor vigorous leisure-time PA showed significant associations with the BMI z-score in this population. This confirms the complex and inconsistent relation between PA and body weight-related variables in young people, shown in several systematic reviews (Pate et al., 2013; Saffron et al., 2011; Janssen & LeBlanc, 2010; Wilks et al., 2011). Reasons for these inconsistent findings need to be further explored. Nevertheless, some methodological limitations may contribute to this inconsistency in our study. There may be measurement bias regarding self-reported PA, because children, especially those who are overweight, may report more than their actual PA (McMurray et al., 2008). In addition, we investigated only one PA domain, leisure time. However, PA itself may have a small or even non-significant contribution to overweight/obesity in children. Nevertheless, this does not reduce the importance of promoting and supporting PA for children, because PA is known to be associated with numerous short- and long-term physical, mental and social health benefits (Janssen & LeBlanc, 2010). Furthermore, studies indicate that more active children report a better quality of life than their less active peers, although this relation is not sufficiently established for this age group (Sánchez-López et al., 2009; Rodríguez-Hernández et al., 2011).

Finally, besides the limitations already presented, the cross-sectional design of this study does not allow us to draw cause-and-effect conclusions. PA might be both a causal and a consequential factor of obesity in children. Moreover, neither diet nor sedentary behaviors were included in the model, but they did not show significant association with PA and BMI in this population (data not shown). Although the model was well fitted, it may not be unique and there may be other reasonable models for the same dataset.

Conclusion

The present study contributes to growing evidence on the role of neighborhood and family environment in children's PA. Parents' perceived neighborhood environment showed an association with the use of public recreational spaces for PA, even though their perception or even children's use of these spaces showed no direct association with leisure-time PA. On the other hand, children's perceived autonomy and family environment were consistently associated with both use of recreational places and leisure-time PA.

Given that public open spaces are those most common for children's physical activities (Grow et al., 2008; Lavin Fueyo & Berra, 2015), these results have important implications: policies and interventions to increase PA during childhood must take into consideration other than purely individual factors. Creating a supportive built environment, with access to better public and even private, open spaces, in order to increase the options for PA is probably the most evident way. However, especially for children, it seems important to incorporate a family approach, in which improvement of the built and social environment must be accompanied by strategies to modify parents' perceived neighborhood environment and to reinforce the importance of children's autonomy and family environment for healthy development.

Supplementary data to this article can be found online at <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.11.005>.

Conflict of interest statement

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Acknowledgments

We thank staff from the Ministry of Education of the City of Córdoba for their helpful assistance. We thank municipal schools of the city, teachers, students and their families for their participation and contribution. We thank staff of the CIESS for their helpful contribution during field work. We specially thank Joss Heywood for his help in revising the English language. We finally thank the opportunity provided by the Macro-Universities of Latin America and the Caribbean Network to meet the GEPAF research group from the University of São Paulo.

References

- Results of the regional survey on healthy municipalities and communities. Final report available at: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezask20comunicacionales/EsSalud/> (Accessed December 12, 2014).
- "Active Where?" surveys available at: <http://active.where?search=children-surveys> (Accessed December 12, 2014).
- Aisling, C.M., Páez, D.C., Reis, R.S., Brownson, R.C., Parra, D.C., 2013. Association between the perceived environment and physical activity among adults in Latin America: a systematic review. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 10, 122.
- Bauman, A.E., Reis, R.S., Sallis, J.F., et al., 2012. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 380 (9838), 258–271.
- Berra, S., Bustigorry, V., Henze, C., Diaz, M.P., Rajmil, L., Burstein, M., 2009. Cross-cultural adaptation of the KIDSCREEN questionnaire to measure the health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population. *Arch. Argent. Pediatr.* 107 (4), 307–314.
- Booth, M.L., Okely, A.D., Chey, T., Bauman, A., 2001. The reliability and validity of the physical activity questions in the WHO health behaviour in schoolchildren (HBSC) survey: a population study. *Br. J. Sports Med.* 35 (4), 263–267.
- Breslin, C., Gosrau-Breen, D., McKay, N., Gilmore, G., MacDonald, L., Hanna, D., 2012. Physical activity, gender, weight status, and wellbeing in 9- to 11-year-old children: a cross-sectional survey. *J. Phys. Act. Health* 9 (3), 394–401.
- Carver, A., Timperio, A., Crawford, D., 2008. Playing inside: the influence of neighborhood safety on children's physical activity—a review. *Health Place* 14 (2), 217–227.
- Ding, D., Sallis, J.F., Kerr, J., Lee, S., Rosenberg, D.E., 2011. Neighborhood environment and physical activity among youth: a systematic review. *Psychol. Sport Exerc.* 11 (6), 522–535.
- Femino, R.C., Reis, R.S., Hallal, P.C., Farias Júnior, J.C., 2013. Perceived environment and public open space use: a study with adults from Curitiba, Brazil. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 10, 35.
- Floyd, M.F., Bocarro, J.N., Smith, W.R., et al., 2011. Park-based physical activity among children and adolescents. *Am. J. Prev. Med.* 41 (3), 258–265.
- Franzini, L., Elliott, M.N., Cuccaro, P., et al., 2009. Influences of physical and social neighborhood environments on children's physical activity and obesity. *Am. J. Public Health* 99 (2), 271–278.
- Grow, H., Saelens, B., Kerr, J., Duanir, N., Norman, G., Sallis, J.F., 2008. Where are youth active? Roles of proximity, active transport, and built environment. *Med. Sci. Sports Exerc.* 40 (12), 2071–2079.
- Janssen, I., LeBlanc, A.G., 2010. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 7, 40.
- KIDSCREEN Group Europe, 2006. The KIDSCREEN Questionnaires: Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents. Pabst Science, Leinfelden.
- Kline, R.B., 2011. Principles and Practice of Structural Equation Modelling, 3rd ed. Guilford Press, New York.
- Langer, S.L., Grain, A.L., Sessa, M.M., Levy, R.L., Sherwood, N.E., 2014. Predicting child physical activity and screen time: parental support for physical activity and general parenting styles. *J. Pediatr. Psychol.* 39 (6), 633–642.
- Lavin Fueyo, J., Berra, S., 2015. Places children use for physical activity in peripheral neighborhoods in Córdoba City. *Salud Colectiva* 11 (2), 223–234.
- McMurray, R.G., Ward, D.S., Elden, J.P., et al., 2008. Do overweight girls overreport physical activity? *Am. J. Health Behav.* 32 (5), 538–546.
- Mullan, K., Edwards, B., 2014. Safe environments, parental concerns and children's unsupervised time, time outdoors, and physical activity. In: Australian Institute of Family Studies (Ed.), *The Longitudinal Study of Australian Children Annual Statistical Report 2013*. Australian Institute of Family Studies, Melbourne.
- Newman, K., Harrison, L., Dadds, C., Davies, S., 2008. Relationships between parenting styles and risk behavior in a adolescent health: an integrative literature review. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 16 (1), 142–150.
- Olaya, C.P., Bastidas, M., Arwidsson, D., 2015. Colombian children with overweight and obesity need additional motivational support at school to perform health-enhancing physical activity. *J. Phys. Act. Health* 12 (5), 604–609.
- Pan American Health Organization, 2005. *Healthy Municipalities, Cities and Communities: Evaluation Recommendations for Policymakers in the Americas*. Pan American Health Organization, Washington, DC.
- Pate, R.R., O'Neill, J.R., Liese, A.D., et al., 2013. Factors associated with development of excessive fatness in children and adolescents: a review of prospective studies. *Obes. Rev.* 14 (8), 645–658.

- Pisquiar, M., 2014. Associations of general parenting and parent-child relationship with pediatric obesity: a meta-analysis. *J. Pediatr. Psychol.* 39 (4), 381–393. Population census of Córdoba, 2008. Available at: <http://estadística.dba.gov.ar> (Accessed December 12, 2014).
- Rodríguez-Hernández, A., Cruz-Sánchez, E., Feu, S., Martínez-Santos, R., 2011. Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Rev. Esp. Salud Pública* 85 (4), 373–382.
- Ryan, R.M., Deci, E.J., 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am. Psychol.* 55 (1), 68–78.
- Salfon, M., Cielak, A., Gaspar, T., Luszczynska, A., 2011. Micro-environmental characteristics related to body weight, diet, and physical activity of children and adolescents: a systematic umbrella review. *Int. J. Environ. Health Res.* 21 (5), 317–330.
- Sánchez-López, M., Salcedo-Aguiar, F., Solera-Martínez, M., Moya-Martínez, P., Norato-Pacheco, B., Martínez-Vizcaino, V., 2009. Physical activity and quality of life in schoolchildren aged 11–13 years of Cuenca, Spain. *Scand. J. Med. Sci. Sports* 19 (6), 879–884.
- Teixeira, P.J., Carraca, E.V., Marland, D., Silva, M.N., Ryan, R.M., 2012. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 9, 78.
- Uauy, R., Kain, J., Meriq, V., Rojas, J., Corvalán, C., 2008. Nutrition, child growth, and chronic disease prevention. *Ann. Med.* 40 (1), 11–20.
- Veitch, J., Bagley, S., Ball, K., Salmon, J., 2006. Where do children usually play? A qualitative study of parents' perceptions of influences on children's active free-play. *Health Place* 12 (4), 383–393.
- Weir, L.A., Emlson, D., Brand, D.A., 2006. Parents' perceptions of neighborhood safety and children's physical activity. *Prev. Med.* 43 (3), 212–217.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr. Suppl.* 450, 76–85.
- Wilks, D.C., Besson, H., Lindroos, A.K., Brolund, U., 2011. Objectively measured physical activity and obesity prevention in children, adolescents and adults: a systematic review of prospective studies. *Obes. Rev.* 12 (5), e119–e129.