

LA ÉTICA EN LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON LA SALUD*

José Devís Devís

Universidad de Valencia (España)

Víctor Pérez Samaniego

Universidad de Alcalá (España)

Introducción

Las cuestiones éticas y morales no forman parte de las principales preocupaciones de los profesionales de la actividad física y el deporte entre los que se encuentran aquéllos que se dedican a la promoción de la actividad física relacionada con la salud. Las tareas profesionales, la forma de realizarlas, las condiciones y recursos con los que cuentan y la aceptación que tendrán por parte de quienes las reciben son las preocupaciones apremiantes. Además, en la literatura profesional y académica ocupan un espacio marginal, en la formación inicial y permanente son temas al borde de la extinción y entre los propios profesionales las cuestiones éticas suelen ser menospreciadas, cuando no silenciadas o consideradas inservibles.

Sin embargo, se olvida que la ética y la moral forma parte de los asuntos humanos y de las personas, no sólo porque buscan el bien y orientan las acciones cotidianas de las personas en su relación con el resto de miembros de la sociedad, sino porque son propias de las

* Versión del capítulo publicado en Devís Devís, J. (2002). *Educación física, Deporte y Salud en el S.XXI*, Alcoy: Marfil.

personas que gozan de plena disposición de sus capacidades humanas. Como señalan Ortega y Aranguren, “la moral no es una *performance* suplementaria y lujosa que el hombre [sic] añade a su ser para obtener un premio, sino que es el ser mismo del hombre cuando está en su propio quicio y eficacia vital. Un hombre desmoralizado es simplemente un hombre que no está en posesión de sí mismo, que está fuera de su radical autenticidad y por ello no vive su vida y por ello no crea, ni fecunda, ni hinche su destino (en Cortina, 1993: 180; cursiva en el original).

Pero la ética también es parte de las actividades profesionales de los seres humanos porque sirve para orientar el servicio social que ofrecen a la sociedad y para evaluar si se cubren las necesidades personales y sociales que justifican y legitiman a las profesiones. Esta dimensión evaluativa de la ética es fundamental, tanto a nivel personal como profesional, porque no se conforma con la intención o la voluntad de hacer el bien sino que busca que el bien acontezca. ¿Cuántas veces la intención o la voluntad de hacer el bien trae consecuencias muy distintas? Es necesario, por tanto, ir más allá de la voluntad y valorar las consecuencias de las acciones personales y profesionales.

Desde este punto de vista, la promoción de la actividad física relacionada con la salud debe atender y valorar las repercusiones de las diversas actuaciones que realiza como una exigencia de ética profesional. Este propósito no es fácil de alcanzar en un momento en el que el consumismo puede tergiversar los valores y misiones que dieron origen a esta actividad profesional. ¿Cuántas veces los intereses económicos hacen del *fitness* y el culto a la delgadez la finalidad de nuestra

actividad profesional sin cuestionar los problemas de salud que puede acarrear? ¿Cómo podemos valorar los bienes externos y más inmediatos sobre los propios e internos de una profesión que aspira a mantener su servicio más allá del modulado corporal de la temporada primavera-verano? ¿Cuántas veces hemos oído o participado en conversaciones y discusiones que acaban admitiendo, ignorando o asumiendo acríticamente tales problemas porque (metafóricamente) ‘no se puede ir en contra de la mano que te da de comer’ o ‘tirar piedras sobre tu propio tejado’? ¿Cómo es posible que ignoremos estas cuestiones de ética profesional que están comprometiendo la credibilidad de los profesionales y del servicio social que ofrecemos a la colectividad? ¿Podemos eludir la responsabilidad que tenemos como profesionales ante este estado de cosas? Todo esto evidencia una importante crisis de profesionalidad y legitimidad para ejercer el servicio y la misión que la sociedad ha depositado en nuestro colectivo. Por ello resulta imperioso recuperar la ética en nuestro quehacer profesional, es decir, reflexionar, asumir y, en definitiva, tener en cuenta las consecuencias directas e indirectas, y a corto y largo plazo, así como las obligaciones morales en todas las actividades dirigidas a la promoción de la actividad física relacionada con la salud.

Precisamente con la intención de contribuir a la discusión ética presentamos este trabajo. Se parte de los imperativos morales que consideramos indispensables para desarrollar la promoción de la actividad física relacionada con la salud y se desarrollan unos principios éticos cuya aplicación posterior debe atender a las consecuencias y circunstancias de los casos concretos. Finalmente comentamos algunos de los riesgos

profesionales más extendidos con la idea de completar un marco básico de reflexión que ayude a la orientación de las actuaciones profesionales.

Los imperativos morales de partida: implicaciones y límites

Para empezar la discusión ética hemos identificado unos mínimos normativos que deben cumplirse para construir un marco ético básico en la promoción de la actividad física relacionada con la salud. Más que de imperativos categóricos en el sentido kantiano, es decir, mandatos absolutos e incondicionados por tener una aplicación universal rígida, nosotros, siguiendo a Adela Cortina los consideramos deberes *prima facie* o de 'primer orden'. Son deberes "que han de ser cumplidos siempre que no entren en colisión con otros que, en el caso concreto, pueden tener mayor fuerza exigitiva, precisamente porque defienden mejor a los hombres [sic]" (Cortina, 1993: 188). Se trata de dos imperativos deudores de la moral kantiana porque los consideramos como valores irreductibles o fines en sí mismos y, por ello, dignos de respeto.

El respeto a las personas y a la comunidad

Cuando se trabaja con personas y grupos, como ocurre en la promoción de la salud y la actividad física, no se puede hacer lo mismo que cuando se trabaja con cosas. Las personas son seres pensantes que razonan, justifican sus acciones y actúan según sus necesidades, intereses, deseos y expectativas, y no existe justificación moral alguna para tratarlas de otra manera.

Como nos enseña la moral kantiana, las personas son fines en sí mismas y no puede tratarseles como medios o moneda de cambio en las transacciones de la vida, es decir, no tienen precio sino dignidad y, por tanto, no se les puede instrumentalizar. A las personas y a los grupos humanos se les considera dignos de respeto porque son capaces de elaborarse sus propias leyes y persiguen sus propios ideales de autorrealización. Incluso más, a partir del concepto kantiano de dignidad podemos considerar a las personas como 'interlocutores válidos' y con autonomía en todo aquello que les afecta y compete (Cortina, 1993 y 1998).

Sin embargo, la cultura que han heredado las profesiones relacionadas con la salud (p. ej. medicina, enfermería, educación física, etc.) es tendente a considerar a las personas como seres incapaces, débiles y faltos de toda autonomía. Por ello, los profesionales de la salud han asumido el papel de protectores y reguladores de la vida de la gente y se han encargado de definir y satisfacer las necesidades y deficiencias de sus potenciales clientes con el apoyo de las agencias e instituciones de sus respectivas profesiones (p. ej. Álvarez-Uría y Varela, 1989; Kimiecik y Lawson, 1996; Lawson, 1993). No es de extrañar, pues, que se fomente entre la gente la dependencia de los profesionales, el clientelismo y el aislamiento de las personas respecto de sus comunidades (p. ej. Colquhoun, 1992; Freund y McGuire, 1991; Illich, 1975; Kimiecik y Lawson, 1996; Minkler, 1994).

Para superar esta situación, deben crearse programas y estrategias con un alto nivel de participación ciudadana y un gran respeto por la comunidad. Por una parte, la participación no sólo debe

entenderse como el acceso en masa a los servicios de actividad física relacionada con la salud o el tiempo que a estos servicios dedican las personas. Consiste también en poder definir las metas, necesidades y problemas de salud que poseen los propios afectados porque en última instancia son los que mejor conocen su situación. No se limita a la implicación en las actividades físicas que oferten los servicios públicos o privados sino que se amplía a la toma de decisiones en los programas de actividad física y salud, así como a la identificación de problemas y dificultades sobre el acceso, condiciones de participación, características, desarrollo y evaluación de dichos programas o estrategias de promoción. Por otra parte, el respeto a la comunidad significa tener en cuenta las costumbres, creencias y valores de las comunidades, así como las redes sociales y los puntos fuertes que de forma natural se han creado en su seno.

Según Kimiecik y Lawson (1996), cuando se parte de los puntos fuertes de la gente, sus aspiraciones y querencias, la dinámica del poder profesional, la relación entre los profesionales y los clientes, así como la regulación de la vida de las personas, se ve transformada. En este contexto, el profesional que se dedica a la promoción de la salud y la actividad física se convierte en un colaborador o facilitador de recursos y situaciones que permite a los miembros de la comunidad poder desarrollar sus habilidades, establecer sus metas y problemas y buscar sus propias soluciones (Kimiecik y Lawson, 1996; Minkler, 1994).

El respeto a la naturaleza y el medio ambiente

Existe la idea heredada de que el ser humano queda empujado ante la fuerza de los elementos naturales. Pero la promesa de progreso indefinido de la Modernidad y los cambios y novedades que ha introducido en las acciones humanas está cambiando esta situación. El poder que despliega el colectivo humano con el sometimiento y uso de la naturaleza para sus propios intereses lleva asociada la amenaza de su irreversible degradación y previsible destrucción, de continuar así. Esta vulnerabilidad de la naturaleza está siendo objeto de discusión ética por las consecuencias que puede acarrear para el futuro de la Humanidad. Tradicionalmente, la ética había mostrado un carácter antropocéntrico al quedar circunscrita a los asuntos exclusivamente humanos y quedando fuera la actuación sobre los objetos no humanos. Uno de los primeros autores en tratar de incorporar la dimensión extrahumana a la discusión ética fue el filósofo Hans Jonas, quien elaboró un ensayo en 1979 con el objeto de construir una ética nueva que llenara este vacío. Esta tarea implica, como señala el autor, “buscarse no sólo el bien humano, sino también el bien de las cosas extrahumanas... e incorporar al concepto de bien humano el cuidado de ellos” (Jonas, 1995: 35). En definitiva, la misión de este autor, y muchos otros, es justificar el valor moral de la naturaleza como fin en sí mismo y trazar una ética de las relaciones entre los seres humanos y la naturaleza (Des Jardins, 1997; Folch, 1998; Jonas, 1995). Esta ética consiste, según Jonas (1995), no sólo en hacer el bien, sino en ordenar las acciones humanas con un horizonte de futuro y regular su poder con el principio de responsabilidad (ver apartado sobre los principios éticos).

La importancia del respeto a la naturaleza y el medio ambiente en la promoción de la salud radica en que incorpora una dimensión social y ambiental al concepto de promoción. Así se recoge en las últimas conferencias sobre la promoción de la salud, auspiciadas por la Organización Mundial de la Salud, en las que se subraya la reflexión y las estrategias para la creación de entornos favorecedores de la salud (en Hernández del Águila, 1998). En el ámbito concreto de la promoción de la actividad física relacionada con la salud, la consideración del medio ambiente y las acciones sobre él realizadas suelen pasar desapercibidas y para suplir esa carencia encontramos tres implicaciones clave derivadas de este imperativo moral. La primera resalta la influencia del entorno en la salud de las personas y las paradojas en las relaciones entre las actividades físicas, la salud y el medio ambiente, en especial en el medio natural (Devís, 2000; Fernández Balboa, 1993; Puig, 1989). La segunda enfatiza el carácter ecológico de la vida humana por considerarla compuesta de complejos sistemas de interdependencias entre las personas, los grupos, las comunidades, las instituciones sociales y los ambientes, y asumir que la salud es tanto una responsabilidad personal como un asunto social y ambiental (Lawson, 1992; Stokols, 1992). Por tanto, la promoción de la actividad física relacionada con la salud debe incluir y tener en cuenta la experiencia previa de las personas y los condicionantes sociales, económicos, políticos y medioambientales en que viven. Esto significa contextualizar las estrategias para recoger las particularidades de los grupos y zonas a quienes van dirigidas las estrategias de promoción. Por ejemplo, caminar por espacios abiertos puede ser saludable en

zonas no contaminadas y con recorridos seguros, pero poco saludable si los niveles de polución son altos o se realiza por carreteras con mucho tráfico. Por último, la tercera implicación consiste en la toma de conciencia y asunción de responsabilidad de las posibles repercusiones que tienen las actividades físicas, como acciones humanas específicas, sobre el medio ambiente. Antes, la naturaleza y el medio ambiente se cuidaban solos, y ahora es una obligación moral el respeto al medio a través de la regulación del impacto directo de las actividades físicas y también del impacto indirecto (acción humana que prepara y modifica el medio para el acceso de las personas a la realización de actividades físicas) (Devís, 2000; Limnos, 1998; Villalvilla, 1994).

Los límites a los imperativos

A pesar de que los imperativos entendidos como deberes de primer orden no son categóricos y, por tanto, admiten el condicionamiento y las limitaciones de su cumplimiento en casos concretos, hemos creído conveniente hablar de límites para referirnos a algunos condicionamientos básicos.

1) El respeto y consideración a las personas y grupos no puede mitificar o crear una visión romántica de ellos mismos y su capacidad de autodeterminación. Las personas y grupos también se equivocan y entre ellos existen relaciones de poder que pueden entrar en conflicto con el respeto que merecen el resto de las personas de la comunidad. Además, cuando la gente define sus problemas y necesidades de salud se encuentra generalmente en un contexto cultural en el que ya vienen predefinidas muchas de sus claves por agencias, instituciones o tradiciones.

Incluso el lema que dice que ‘el cliente siempre tiene la razón’ puede convertirse en una nueva tiranía, especialmente en las sociedades consumistas, porque acaba reafirmando ciertas desigualdades sociales de partida o formas interiorizadas de represión (ver el apartado relativo a los riesgos profesionales). Por lo tanto, el respeto a las personas y a la comunidad siempre debe ir acompañado de la ética profesional y la responsabilidad social de los profesionales para evitar caer en simplismos e ingenuidades.

2) El respeto a la naturaleza y el medio ambiente tampoco puede mitificarse ni adoptar una visión romántica del mismo. El impacto directo e indirecto de las prácticas físicas en la naturaleza obliga moralmente a hacer algo al respecto pero, ¿se justifica el abandono total de las prácticas en la naturaleza? Esta cuestión evidencia, por una parte, el posible conflicto que puede surgir entre el respeto a la naturaleza y el derecho a disfrutar de ella. Y frente a este conflicto es probable que no quede más remedio que recurrir a la regulación responsable de la práctica y la educación ambiental. Precisamente el control de las actividades de bajo impacto y la evitación de aquellas que implican un alto impacto ambiental, la promoción de programas de actividad física y educación ambiental, así como la seguridad y intención saludable de las prácticas, son propuestas recientes que intentan ser coherentes con ello (p. ej. Devís, 2000; López Pastor, 1998; Sánchez Gómez, 1999; Villalvilla, 1994). Por otra parte, la cuestión anterior plantea otro posible conflicto entre el respeto a la naturaleza y la promoción de actividades físicas en una zona natural de alto valor ecológico porque permite la subsistencia digna de una comunidad. Este

dilema moral parece tener en la sostenibilidad y la educación ambiental unas estrategias responsables puesto que regulan a largo plazo el impacto ambiental por actividad física en una zona determinada y crean conciencia ecológica. En este sentido, podría resultar útil una de las ideas del Foro Latinoamericano de Ciencias Ambientales (FLACAM) que dice así, “no se trata de respetar el ambiente, sino de proyectarlo de forma ecológicamente correcta y de instaurarlo por medio del pacto social” (en Folch, 1998: 170).

El marco de referencia: los principios éticos

La potencial repercusión que posee la promoción de la actividad física relacionada con la salud en la vida de las personas, las comunidades y el medio ambiente, eleva el discurso ético a un primer plano y exige plantear la cuestión de los principios éticos. Con ello no pretendemos elaborar un código deontológico compuesto por una serie de normas o reglas que deben seguir los profesionales encargados de la promoción, sino sentar las bases, los fundamentos éticos que sirvan de marco de referencia para la aplicación y no la aplicación concreta a casos y en contextos específicos. Se trata de llevar el discurso ético más allá de la simple declaración de que algo es bueno o malo y no tomarlo como una exigencia rígida e incondicionada. Es decir, la idea consiste en ampliar la discusión, a través del razonamiento y la justificación, a unos principios que sirvan para ponderar las acciones en las circunstancias y consecuencias de casos concretos (Cortina, 1993).

A menudo, la literatura específica recurre a una serie de principios procedentes de la medicina como el

de utilidad, autonomía y justicia social (p. ej. McLeroy, Bibeau y McConnell, 1993) que, desde nuestro punto de vista, exigen una breve reconceptualización para el ámbito de la promoción de la actividad física relacionada con la salud, al menos en algunos de ellos. Asimismo, vemos necesario justificar la presencia del principio de responsabilidad para incorporar a la discusión ética las orientaciones y repercusiones de la acción humana de la civilización tecnológica (Jonas, 1995).

El principio de utilidad

El principio de utilidad consiste en valorar y asegurar, en la medida de lo posible, que las estrategias y actuaciones de promoción elegidas proporcionan el máximo beneficio y el mínimo daño en la salud de la población. Deriva de dos principios tradicionales de la medicina como son el de beneficencia y el de no maleficencia que consisten en ayudar y hacer el bien a los enfermos y evitarles el daño (como señala el código hipocrático *primum non nocere*) (Gracia, 1998; Quintana, 1998). Cuando la promoción de la actividad física relacionada con la salud se entiende como la consecución de mejoras en la salud de la población a través de la actividad física, el énfasis recae sobre la dimensión benefactora y se obvia la relativa a los posibles males. Esta manera de dar por supuesto el carácter benefactor de la promoción es muy común entre los profesionales de la actividad física y la población en general, y se asocia con la idea de que la actividad física es un bien en sí mismo y cualquier actividad física es positiva. Por esta razón, deben incorporarse los riesgos o posibles consecuencias negativas en el marco de aplicación de las

actuaciones de promoción de los profesionales. No obstante, la combinación de la beneficencia y no maleficencia en la promoción se refleja en la idea de que los beneficios siempre deben superar a los riesgos que para la salud pueden conllevar las actividades físicas. Además, como la promoción se dirige a grupos de población, algunas formulaciones o prescripciones, además de tener un apoyo científico, poseen una dimensión ética clara porque tratan de ampliar al mayor número de personas los beneficios de la actividad física. En este caso se encuentran formulaciones clave como 'cualquier persona puede beneficiarse de algún tipo de actividad física' o 'es más importante el proceso de verse envuelto en la realización de actividad física que el resultado derivado de ella' (Devís, 2000; Devís y Peiró, 1993). También poseen un trasfondo ético algunos cambios en las orientaciones para la actividad física saludable como la ampliación de la franja de actividad aeróbica saludable (entre el 55% y el 90% del índice cardiaco máximo frente al anterior de 60% y 85%) (ACSM, 1991) o sumar periodos cortos de práctica física diaria frente a un mínimo de tiempo de actividad para obtener beneficios saludables (Pate *et al.*, 1995).

El principio de autonomía

Este principio se asocia, en la promoción de la salud, con la libertad y la intimidad de las personas y las comunidades, por lo tanto huye de la coacción y exige el consentimiento informado de los implicados (McLeroy, Bibeau y McConnell, 1993). Sin embargo, está muy influido por la tradición médica que lo asocia a la relación entre el facultativo y el paciente en situaciones clínicas (p. ej.

Gracia, 1998; Quintana, 1998). La autonomía en la promoción de la actividad física relacionada con la salud va mucho más allá porque el ámbito de actuación profesional incorpora una dimensión social y ambiental que no tiene en cuenta la tradición médica. Incluso, excede el concepto de autonomía que se asocia a la capacidad de decisión comportamental y a los valores personales de autogobierno, autodeterminación, autorresponsabilidad y desarrollo (Downie, Fyfe y Tannahill, 1990). Es mucho más que, por ejemplo, el concepto tradicional de autonomía que se suele utilizar en las clases de educación física para referirse al margen de decisiones que toma el alumnado respecto a cuándo empezar un ejercicio o terminarlo y dónde realizarlo dentro del gimnasio. Esta concepción tradicional olvida el carácter contextual y relacional de los agentes (personas, grupos y comunidades) que los conecta con los condicionantes sociales, económicos, culturales y medioambientales de su experiencia vital.

Nosotros recuperamos la noción de autonomía que se entiende como la capacidad de las personas, grupos o comunidades para definir, analizar y actuar sobre sus problemas de salud, práctica física y condiciones de vida. En este sentido, la autonomía forma parte del concepto de capacitación (*empowerment*) que significa literalmente 'conseguir poder' y se refiere tanto a una aptitud, como a un proceso y una práctica de las personas, los grupos sociales y las comunidades humanas. Como aptitud hace referencia a la facultad o competencia de las personas, grupos y comunidades para elegir aquello que desean e influir sobre otros para conseguirlo, pero no para dominarlos sino para colaborar y conseguir un cambio que mejore su salud, es decir,

para liberarse (Freire, 1987; Wallerstein y Berstein, 1988).

En cuanto proceso, la capacitación es una tarea educativa continua que favorece la emancipación a través del diálogo y la interacción entre las personas implicadas, de tal manera que los sentimientos y experiencias de impotencia e incapacidad son transformados en competencia personal y colectiva para la elección y la influencia (Freire, 1987; Gottlieb, 1994; Kemmis, 1988; Lord, 1994). No es un proceso que ocurre solamente dentro de las personas ni tampoco se transmite de una persona a otra, sino que es una experiencia compartida, un proceso de comunicación contextualizado en unas condiciones espaciotemporales determinadas donde los que más tienen ceden parte de su poder y los que menos tienen lo toman (Fahlberg, Poulin, Girdano y Dusek, 1991; Labonté, 1994). Esta visión de proceso es la que incorpora la Organización Mundial de la Salud en una de sus definiciones de la promoción de la salud, al identificarla como “el proceso de capacitación de la gente para mejorar y aumentar el control sobre su salud” (OMS, 1986: 1).

Finalmente, la capacitación como práctica humana implica la toma de conciencia de una situación y la consecuente acción social, según un proceso en tres fases: 1) escuchar; 2) dialogar; y 3) actuar. La primera se realiza para comprender los temas que preocupan a la comunidad; la segunda para establecer e identificar los problemas objeto de investigación; y la tercera consiste en llevar a la práctica los cambios que los participantes han extraído de su diálogo (Freire, 1987; Wallerstein y Berstein, 1988).

El principio de justicia

La distribución de los bienes y el poder entre la población, así como los beneficios y las cargas o problemas asociados a las estrategias de promoción de la salud y, por extensión, de la actividad física relacionada con la salud, tienen que ver con el principio de justicia (McLeroy, Bibeau y McConnell, 1993). Este principio ha sido el que tradicionalmente se ha vinculado a las políticas públicas de promoción puesto que, a pesar de no estar de moda y reducir enormemente el gasto público, son claves en la distribución de los recursos. Pero en cuanto valor ético, la justicia sirve para que las personas y grupos sociales se beneficien de las actuaciones de promoción en igualdad de condiciones y contrarresten el fuerte individualismo imperante (Montt, 1998) (ver apartado relativo a los riesgos profesionales). En este sentido, la igualdad no puede limitarse a ofrecer programas de promoción asegurando el 'acceso igual' de los ciudadanos y grupos a los programas de promoción de la actividad física relacionada con la salud porque no tiene en cuenta diferencias sociales, culturales y económicas con las que parten tales personas y grupos. Es decir, las amas de casa de clase trabajadora tienen una clara dificultad de acceso real a tales programas o instalaciones, no porque se les impida el acceso sino porque los condicionantes de la vida de estas personas lo convierte en poco menos que imposible. Las dificultades de acceso por escasez de servicios o instalaciones, distancia, horario o tipos de actividades ofertadas, así como los bajos ingresos o falta de conocimientos han sido documentadas entre los españoles (p. ej. García Ferrando, 1990; de Miguel, 1994). Si la igualdad se entiende como 'trato igual' a personas y

grupos, a pesar de su bienintencionada propuesta, puede resultar inoperante en la práctica y desigual en sus efectos, tal y como se ha planteado en otros ámbitos (cf. Talbot, 1990). Las estrategias y programas de promoción de la actividad física relacionada con la salud que sigan esta noción de igualdad obvian los antecedentes de práctica física de las personas y grupos, sus necesidades e intereses, hasta el punto de ir en contra de la salud de las personas. Por contra, debemos pensar en el 'igual respeto' como la forma más idónea de entender la igualdad porque trata por igual o similar a las personas y grupos en aquello que son iguales y diferente en aquello que difieren. De esta manera las estrategias y programas de promoción se diversifican en su oferta de actividades y horarios, según grupos de población, intereses y necesidades.

El principio de responsabilidad

Este principio hace referencia a las consecuencias y obligaciones de las acciones personales, profesionales y sociales en el mundo intrahumano y extrahumano. Además, el universo moral del principio de responsabilidad no se circunscribe a las consecuencias y deberes presentes o contemporáneas de las acciones humanas sino que posee un horizonte de futuro que va más allá de la duración de una vida. Los efectos remotos del poder de actuación de los seres humanos, de un calado desconocido hasta nuestra civilización tecnológica, han llevado a las personas y a la naturaleza a una clara posición de vulnerabilidad que exigen, según Jonas (1995), una heurística del temor y una ética del cuidado o solidaridad. El temor permite anticipar la amenaza del poder de acción de las personas sobre los

seres humanos y la naturaleza. De esta manera, además de hacer evidente la vulnerabilidad, se reconoce el deber de cuidar de la debilidad y se regula el poder de actuación de las personas. En este sentido, la responsabilidad es tanto asumir las consecuencias del poder de actuación como asumir las consecuencias de las obligaciones o imperativos morales (el deber del poder). Y todo para “preservar la permanente ambigüedad de la libertad del hombre [sic],... (y) preservar la integridad de su mundo y de su esencia frente a los abusos de su poder” (Jonas, 1995: 17).

El principio de responsabilidad, así entendido, ofrece una doble vía de aplicación derivada de los imperativos morales expuestos anteriormente, aunque también relacionada. Del primer imperativo deriva la ‘responsabilidad personal y social’, vinculada a los asuntos (intra)humanos, y del segundo deriva la ‘responsabilidad ambiental’, vinculada a los asuntos naturales de influencia humana. En las profesiones de la actividad física están surgiendo recientemente algunas aportaciones, principalmente educativas y no por ello separadas del concepto de promoción de la actividad física relacionada con la salud, que recogen estas dos vías de aplicación. Las que enfatizan la responsabilidad personal y social resaltan la confianza mutua y la actitud cívica entre los profesionales y las redes sociales, así como el cuidado, tanto en el ámbito escolar, comunitario o universitario (p. ej. Hellison, 1995; Lawson, 1997 y 1999). Las que enfatizan la responsabilidad ambiental resaltan la solidaridad, la seguridad, la salud y otros elementos técnicos de la enseñanza de las actividades físicas en la naturaleza (p. ej. Sánchez Gómez, 1999). Todas estas aportaciones tratan de educar para la

responsabilidad y al mismo tiempo lo hacen responsablemente.

Las relaciones entre principios

La aplicación de los principios éticos a casos concretos parte de una cierta idea de complementariedad y respeto entre ellos, aunque también pueden surgir conflictos y condicionamientos. Tal y como hemos visto antes, las estrategias y actuaciones paternalistas de promoción de la actividad física relacionada con la salud, realizadas bajo el supuesto principio de beneficencia, pueden esconder restricciones o mermas en la autonomía de las personas y, por lo tanto, se requiere de un cambio en las estrategias que eviten tal tipo de colisión. En otras ocasiones, un principio puede condicionar al otro, tal y como suele ocurrir con el principio de justicia y el de autonomía. Es decir, en condiciones socioeconómicas de pobreza, falta de educación o anarquía social difícilmente puede ejercerse la libertad y perseguirse los propios ideales de autorrealización en materia de actividad física relacionada con la salud. En otras situaciones, son los conflictos entre los principios los que emergen y es necesario estudiar atentamente las circunstancias particulares del caso para la toma de decisiones. No obstante, algunos autores proponen alternativas que ayuden en el proceso de la toma de decisiones. En el campo de la ética médica, Octavi Quintana (1998) plantea elaborar una jerarquía de principios que podría servir a la promoción de la actividad física relacionada con la salud y que consiste en priorizar los principios de no maleficencia y de

justicia sobre los de beneficencia y autonomía. Este autor lo justifica diciendo que cuando se quiere hacer el bien no puede imponerse y cuando se quiere recibir el daño no podemos hacerlo aunque se nos pida. Pero a continuación señala que, a pesar de su utilidad, deben tenerse en cuenta las circunstancias de cada caso. Y siguiendo el estatuto de la ética aplicada debemos añadir que esas decisiones deben tomarlas los afectados, o sus representantes, desde el marco ético de los principios y toda la información relativa al caso o situación como 'interlocutores válidos' que son (Cortina, 1993).

Algunos riesgos profesionales o ideologías

Los riesgos de las actuaciones profesionales, de los que se mantiene la esperanza de evitarlos, están en sintonía con la heurística del temor asociada a la responsabilidad. Como señala Jonas (1995), la presencia o anticipación de los efectos negativos remotos es un indicativo de lo que realmente apreciamos, esto es, la buena y excelente práctica profesional. En lo concerniente a la promoción de la actividad física relacionada con la salud, se trata de las distorsiones o ideologías que se han construido socialmente en las sociedades postindustriales alrededor de las representaciones simbólicas sobre la salud, la actividad física y el cuerpo humano. Es decir, sistemas de creencias, representaciones, valores y prácticas sociales, a menudo interconectadas, que conforman conciencias falsas o limitadas sobre la actividad física relacionada con la salud.

Estas ideologías orientan la acción de personas y grupos sociales, impregnan las actividades profesionales

e incluso son fomentadas, consciente o inconscientemente, por las profesiones de la salud y la actividad física (p. ej. Devís, Perdiguero, Silvestre y Peiró, 1994; Ernst, 1993; Illich, 1975; Pascual, 1995; Tinning, 1985; Toro, 1996). Por ello, se hace imprescindible que los profesionales identifiquen y tomen conciencia de la influencia social de estas distorsiones si la finalidad última de su actividad es mejorar la salud de la población. De no ser así, las profesiones implicadas en la promoción de la actividad física relacionada con la salud pueden caer en una grave irresponsabilidad que les lleve, en palabras de Richard Tinning (1985), a una bancarrota moral en el desarrollo de sus actividades.

El salutismo o la obsesión por la salud, el cuerpo y la actividad física

En la época histórica del mundo occidental que más y mejor se vive existe una atención desmesurada por los peligros y riesgos que amenazan la salud de las personas. La salud se está tomando como el valor más importante para las personas o, si se prefiere, el primer objetivo de la vida humana (Casco, 1994; Crawford, 1984; Nutbeam, 1986).

Sin embargo, la salud es más un recurso para la vida diaria que el objetivo de la vida de las personas. Por eso estar siempre preocupado por los riesgos que amenazan la salud y obsesionado por la búsqueda del bienestar ideal no contribuye a estar más sanos, sino todo lo contrario, más enfermos y desdichados. Como señala Ernst (1993), esta búsqueda obsesiva de la salud resulta en una paradoja porque lleva a hacer más cosas

por la salud individual y a la vez las personas se encuentran peor.

El salutismo u obsesión contemporánea por la salud se manifiesta especialmente en el culto al cuerpo, tanto en la vertiente del funcionamiento como en la de la apariencia corporal. Y las dos representaciones simbólicas que mejor ejemplifican ese doble culto corporal son las metáforas, pretendidamente saludables, del 'cuerpo máquina' y el 'cuerpo nanone' (Devís, 2000).

La relación entre el cuerpo y las máquinas aparece clara para muchas personas de hoy en día. Se dice de un deportista que es una máquina cuando gana o supera a sus rivales y cuando alguien tiene molestias articulares se dice que no está suficientemente engrasada la articulación. Es más, un cuerpo sano es un cuerpo que rinde y funciona como una máquina. Esta manera de entender el cuerpo humano implica una actividad relacionada únicamente con variables físicas vinculadas al rendimiento y el funcionamiento eficiente y olvida la dimensión experiencial y social que posee muchas vinculaciones con el bienestar personal y social.

Por otra parte, el 'cuerpo nanone' es un eslogan publicitario que ha llegado a convertirse en paradigma de cuerpos sanos y bellos. Estos mensajes se ven reforzados por el rechazo social y cultural hacia las personas gordas y la grasa en los países desarrollados, cuando resulta que la grasa y un ligero sobrepeso (sin llegar a la obesidad) posee más beneficios que riesgos para la salud (Tinning, 1985; Toro, 1996). Además, son mensajes suficientemente sofisticados como para hacer diferencias en función del género, ya que la delgadez se asocia principalmente con las mujeres y el mesomorfismo principalmente con los hombres (ver Devís, Perdiguero, Silvestre y Peiró, 1994). Esta diferenciación se corresponde

con otras creencias que asocian el cuerpo de los hombres a la fortaleza y la condición física y el cuerpo de las mujeres a la delicadeza y la flexibilidad (Scraton, 1990 y 1995; Vázquez y Álvarez, 1990).

El culto a la apariencia que refleja la metáfora del 'cuerpo nanone' utiliza la grasa y la salud como excusas para justificar prácticas destinadas únicamente a modelar el aspecto externo, y que contribuyen a extender la idea de que ser atractivo es un requisito indispensable para aceptarse a sí mismo y ser aceptado por los demás (Devís, 2000). Pero la excesiva preocupación por la apariencia está produciendo efectos devastadores, tan graves como los de la obesidad. Nos referimos a ciertas enfermedades culturales relacionadas con los trastornos alimentarios y la distorsión de la percepción de la imagen corporal, tales como la anorexia y la bulimia nerviosa, unas enfermedades que afectan principalmente a los jóvenes y adolescentes, precisamente el sector de población más sensible a toda la problemática sobre la apariencia externa (Toro, 1996).

Por otra parte, la actividad física, al igual que el funcionamiento y la apariencia corporal, es objeto de obsesión por importantes grupos sociales del mundo desarrollado. Niños, niñas y jóvenes deportistas que en su afán por seguir los pasos de sus héroes están sujetos a la presión de la competitividad y los entrenamientos intensos. Deportistas profesionales para los cuales la victoria lo es todo o deportistas aficionados que, sin implicarse en competiciones deportivas, quieren superarse o mejorar su condición física de tal forma que acaban siendo adictos al ejercicio. Entrenadores y entrenadoras que sólo buscan el máximo rendimiento de sus deportistas sin tener en cuenta otro tipo de consideraciones éticas o educativas. Padres y madres que presionan a sus hijos e hijas para el éxito deportivo, económico o el estatus de campeón y héroe deportivo. Para muchos de ellos la amenaza para la salud es el pequeño precio que tienen que pagar por la delgadez, el éxito o la victoria. Incluso,

algunos deportistas llegan a considerar que la derrota es peor que la muerte (Boone, 1994). Pero tampoco debe olvidarse que en la obsesión por la actividad física o la creencia de que si un poco de ejercicio es bueno más es mucho mejor, influyen, consciente o inconscientemente, otros colectivos e instituciones profesionales y comerciales como el profesorado de educación física, los médicos deportivos, los agentes comerciales, los fabricantes de complementos deportivos, los patrocinadores y otros bienintencionados agentes sociales.

Por supuesto que el sedentarismo lleva asociados multitud de problemas de salud o enfermedades modernas, pero el afán de los profesionales de la salud y la actividad física por remediar esta situación puede llevar al extremo contrario. Y en estos casos la responsabilidad profesional es clara y evidente. Pero además, la literatura médica demuestra que a partir de un cierto nivel de práctica física, los beneficios saludables disminuyen y los riesgos aumentan (Corbin y Pangrazzi, 1996; Powell y Paffenbarger, 1985; Sallis y McKenzie, 1991). La clave está en saber cuánto ejercicio es suficiente y quién debe decirlo. Como señala Boone (1994: 50), la respuesta parece sencilla: “cuando cualquiera, sea o no deportista, pone en peligro su salud en aras de la condición física y/o la victoria, la obsesión es ya evidente”.

El consumismo y el control

En las sociedades desarrolladas, todas las obsesiones parecen llevar al consumo, al menos esto es lo que ocurre con los más variopintos productos que aparecen en el mercado al socaire del salutismo: cremas, aparatos, prendas de vestir, productos alimenticios,

libros, programas de adelgazamiento, gimnasios, bebidas, prendas deportivas, actividades físicas, artilugios diversos y otros cuidados y atenciones corporales. Es el gran negocio de la salud que no sólo refleja los valores estéticos que sobre el cuerpo dominan en las sociedades desarrolladas, sino que también refleja la implicación de grandes grupos empresariales y profesionales relacionados con los temas aludidos (Toro, 1996). Además, debido al inalcanzable ideal de salud y cuerpo de los modelos estéticos dominantes y al individualismo existente (ver apartado siguiente), se obliga al consumo infinito de los particulares (Álvarez-Uría y Varela, 1989).

Dentro de esta espiral consumista, la salud, el cuerpo y la actividad física actúan como elementos de autocontrol y vigilancia personal. No se trata de formas explícitas de control social como antaño sino de formas de disciplina y vigilancia basadas en la estimulación y satisfacción de los deseos (Foucault, 1979). De alguna forma, la sociedad de consumo hace un doble juego con la salud, el cuerpo y la actividad física: por una parte actúa de liberación y satisfacción de los deseos individuales y, por otra, actúa de control de aquellos deseos que contribuye a crear o estructurar. Es decir, existe una relación dialéctica entre el control y la liberación asociados a la salud (Colquhoun, 1990; Crawford, 1984), de manera que el encantamiento que produce el ideal de salud, el cuerpo bello y la actividad física sana convierte a los consumidores en esclavos de sus propios deseos.

El individualismo y el intervencionismo sistemático

El individualismo en la promoción de la salud y la actividad física es una ideología que está conectada con el salutismo. En cierta forma, la dedicación excesiva a la propia salud se interpreta como una consecuencia del repliegue de cada uno en sí mismo. Incluso se llega al extremo de considerar la enfermedad y la muerte como un fracaso individual, un fallo que podría evitarse (Ernst, 1993).

El individualismo hace referencia a las creencias, valores y prácticas que consideran que la salud se logra a través del esfuerzo individual, la disciplina y las conductas diarias. Es decir, asume que los problemas de salud son una responsabilidad casi exclusivamente individual e ignora otros factores sociales, culturales, económicos, políticos y medioambientales que condicionan la vida de las personas (p. ej. Colquhoun, 1990; Crawford, 1984; Devís, 2000; Naidoo, 1986; Nutbeam, 1986; Tinning, 1990).

Desde este punto de vista, la adopción o cambio de un estilo de vida que incluya la práctica habitual de actividad física es una elección totalmente individual. Sin embargo, no es algo tan sencillo como parece a simple vista porque existen multitud de condicionantes que van más allá de la simple voluntad. El individualismo asume que la libertad de elección está al alcance de cualquier persona (Naidoo, 1986). Pero también debe pensarse en la dificultad que tienen determinadas personas y grupos de acceso a los equipamientos, instalaciones y espacios, bien sea por su escasez, distancia, horario restringido o tipo de actividades ofertadas (p. ej. García Ferrando, 1990). También en los condicionantes económicos o culturales debido a bajos ingresos o falta de conocimientos técnicos (de Miguel, 1994) e incluso en

factores de socialización adversa a la actividad física, así como otro tipo de condicionantes políticos o medioambientales.

Estas dificultades y diferencias de oportunidad evidencian las claras desigualdades sociales que esconde el individualismo y que pueden verse aumentadas en una sociedad consumista cuando los promotores de salud dirigen sus servicios hacia la gente pudiente. A menudo, llevar una vida activa exige “conocimiento, tiempo, oportunidad, motivación, un cuerpo capaz, un ambiente que ayude y algunas veces un equipamiento caro”, y todo ello no está al alcance de “los pobres y los desempleados” (Vertinsky, 1985: 75). De acuerdo con Tones (1986), el individualismo puede convertirse en una nueva forma de ‘darwinismo social’, en la que sólo los más capaces (en función del sexo, los recursos económicos o el estatus social y cultural) podrán tomar las decisiones más saludables.

Además, el individualismo, cuando se alía con las prescripciones que los profesionales hacen del ejercicio adecuado para la salud, puede incurrir inconscientemente en la ‘culpabilización de la víctima’. Es decir, en ver a las personas que no sigan las prescripciones marcadas por los expertos como individuos débiles, con falta de carácter o culpables por no seguirlas (Kimićek y Lawson, 1996). Esta mentalidad, muy extendida en la promoción de la salud, acaba por tomar a las personas enfermas o con problemas de salud como las únicas responsables de sus males e, incluso, considerar que se lo tienen bien merecido por no ser capaces de autogobernarse. Como recuerda Pérez Samaniego (2000), es un tipo de pensamiento social que también existe en el ámbito del acoso sexual, los malos

tratos o las violaciones porque se considera que la víctima hace o deja de hacer algo que acaba provocándole su desgracia. Esto es, aquellas personas que no realizan la actividad física adecuada se merecen tener todos los problemas de salud asociados a la inactividad.

Pero si el individualismo es uno de los riesgos profesionales que deben tenerse en cuenta en la promoción de la salud y la actividad física, también debe pensarse en su opuesto, es decir, en lo que Colquhoun (1991) llama estructuralismo y McLeroy, Bibeau y McConnell (1993) intervencionismo sistemático. Esta ideología puede surgir cuando se incorporan cambios organizativos, estrategias comunitarias y políticas públicas de promoción de la salud y se pasa por encima de los derechos individuales de las personas. McLeroy, Bibeau y McConell (1993: 315) se preguntan, “¿Hasta que punto se justifica colectivamente el uso de estrategias que influyen o fuerzan a los individuos a modificar sus comportamientos poco saludables?”. A estos autores les preocupa, especialmente, el potencial coercitivo que pueden tener las intervenciones sistemáticas para la promoción de comportamientos saludables (p. ej. dejar de fumar o realizar ejercicio físico) mediante un impuesto general para el tabaco o alguna desventaja social que afecte a toda la población para neutralizar el sedentarismo. De alguna manera, estas medidas indiscriminadas pueden acabar reforzando desigualdades sociales o penalizando a los más débiles.

En este sentido, Vertinsky (1985) se refiere a la persuasión social que existe en favor de la promoción de la actividad física y la salud como un instrumento de coerción utilizado desde el gobierno, las instituciones,

los gestores y el profesorado. En ocasiones, las políticas sociales y la cultura del profesionalismo son tan paternalistas que limitan la libertad de elección personal y las decisiones las dejan en manos del 'gran hermano' (Combes, 1989). Asimismo, las definiciones dominantes de normalidad pueden forzar, a personas o grupos, a tomar decisiones 'saludables' o seguir prácticas físicas que vienen socialmente determinadas por instituciones interesadas en ello (Riska, 1982). Es necesario, por tanto, adoptar una "ética pluralista" que admita distintos estilos de vida saludables o distintos estilos de vida activo que se adapte a distintos tipos de personas y grupos en función de sus condiciones de vida (Vertinsky, 1985: 74).

Comentarios finales

Este trabajo es un primer intento por elaborar un marco básico de reflexión ética dirigida a los profesionales de la actividad física y el deporte, implicados especialmente en su promoción saludable. Esta inquietud surge como respuesta a la crisis profesional que el autor percibe actualmente, así como de una necesidad personal por clarificar el conocimiento y la propia práctica ética de su quehacer profesional. Resulta imperioso recuperar la ética profesional tradicional y enriquecerla con las aportaciones del principio de responsabilidad para orientar las actuaciones profesionales hacia la excelencia y de acuerdo con los fines y misiones que requiere la sociedad del siglo XXI.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Uría, F. y Varela, J. (1989) *Sujetos frágiles*. México: Fondo de Cultura Económica.
- American College of Sport Medicine (ACSM) (1991) *Guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Lea and Febiger (Cuarta edición).
- Boone, T. (1994) El ejercicio obsesivo, algunas reflexiones. *Perspectivas de la Actividad Física y el Deporte*, 8, 12-16.
- Casco, J. (1994) La curación de la salud o el salutismo como ideología. *Psiquiatría Pública*, 2 (4), 98-106.
- Colquhoun, D. (1990) Images of healthism in HBPE. En D.Kirk y R.Tinning (eds.) *Physical education, curriculum and culture*, pp. 225-251. Londres: Falmer Press.
- Colquhoun, D. (1991) *Curriculum issues in health education. Study guide*. Geelong: Deakin University Press.
- Colquhoun, D. (1992) Health Based Physical Education and the Health in Primary School Project. En T.Williams, A.Sparkes y L.Almond (eds.) *Sport and physical activity*, pp. 353-361. Londres: E&FN Spon.
- Combes, G. (1989) The ideology of health education in schools. *British Journal of Sociology of Education*, 10 (1), 67-80.
- Corbin, C.B. y Pangrazi, R.P. (1996) How Much Physical Activity is Enough? *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 67 (4), 33-37.
- Cortina, A. (1993) *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Cortina, (1998) Ética, tecnología y salud. En M.M.García (ed.) *Ética y salud*, pp.25-38. Granada: Escuela andaluza de salud pública.
- Crawford, R. (1984) A cultural account of "health": control, release, and the social body. En McKinlay, J.B. (ed.) *Issues in the political economy of health care*, pp. 60-103. Londres: Tavistock Publications.

- Des Jardins, J.R. (1997) *Environmental ethics. An introduction to environmental philosophy*. Wadsworth Publishing Company.
- Devís, J. (2000) (coord.) *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: Inde.
- Devís, J. y Peiró, C. (1993) La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la salud y la educación física. *Revista de Psicología del Deporte*, 4, 71-86.
- Devís, J., Perdiguero, E., Silvestre, A. y Peiró, C. (1994) La representación social del cuerpo en un grupo de estudiantes de educación física. En A.Clemente, G.Musitu y M.Gutiérrez (eds.) *Intervención educativa y desarrollo humano*, pp. 147-155. Valencia: Set ediciones.
- Downie, R.S., Fyfe, C. y Tannahill, A. (1990) *Health promotion. Models and values*. Oxford: Oxford University Press.
- Ernst, H. (1993) *Es sano...si es divertido. Cómo disfrutar de la vida sin obsesionarse por la salud*. Barcelona: Urano.
- Fahlberg, L.L., Poulin, A.L., Girdano, D.A. y Dusek, D.E. (1991) Empowerment as an emerging approach in health education. *Journal of Health Education*, 22 (3), 185-193.
- Fernández-Balboa, J.M. (1993) Aspectos crítico y cívico del rol de los/las profesionales de la educación física y el deporte: conexiones con la política, la economía y el medio ambiente. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 34, 74-82.
- Folch, R. (1998) *Ambiente, emoción y ética*. Barcelona: Ariel.
- Foucault, M. (1979) *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta, 2ª edición.
- Freire, P. (1987) *L'educació com a pràctica de la llibertat*. Vic: Eumo.
- Freund, P. y McGuire, M. (1991) *Health, illness and the social body*. Nueva Jersey: Englewoodclifs.

- García Ferrando, M. (1990) *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza Deporte.
- Gottlieb, B.H. (1994) The meaning and importance of social support. En H.A. Quinney; L. Gauvin y A.E.T. Wall (eds.) *Toward active living*, pp. 227-232. Champaign: Human Kinetics.
- Gracia, D. (1998) Ética, salud y servicios sanitarios. En M.M.García (ed.) *Ética y salud*, pp.11-24. Granada: Escuela andaluza de salud pública.
- Hellison, D. (1995) *Teaching responsibility through physical activity*. Champaign: Human Kinetics.
- Hernández del Águila, R. (1998) Ética y medio ambiente: hacia una fundamentación crítica del concepto salud humana. En M.M.García (ed.) *Ética y salud*, pp.157-170. Granada: Escuela andaluza de salud pública.
- Illich, I. (1975) *Némesis médica*. Madrid: Urano.
- Jonas, H. (1995) *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder.
- Kemmis, S. (1988) *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción*. Morata. Madrid.
- Kimiecik, J.C. y Lawson, H.A. (1996) Toward new approaches for exercise behavior change and health promotion. *Quest*, 48, 102-125.
- Labonté, R. (1994) Community empowerment and fitness. En H.A. Quinney; L. Gauvin y A.E.T. Wall (eds.) *Toward active living*, pp. 219-226. Champaign: Human Kinetics.
- Lagardera, F. y Martínez, J.R. (1998) Deporte y ecología: emergencia de un conflicto. En M.García Ferrando, N.Puig y F.Lagardera (comps.) *Sociología del deporte*, pp. 179-204. Madrid: Alianza.
- Lawson, H.A. (1992) Toward a socioecological conception of health. *Quest*, 44, 105-121.
- Lawson, H. A. (1993) After the regulated life. *Quest*, 45, 523-545.

- Lawson, H.A. (1997) Children in crisis, the helping professions, and the social responsibilities of universities. *Quest*, 49, 8-33.
- Lawson, H.A. (1999) Education for social responsibility: preconditions in retrospect and in prospect. *Quest*, 51, 116-149.
- Limnos, (1998) *Estudi sobre la pràctica sostenible de l'esport en el medi natural*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- López Pastor, V. (1998) ¿Ecología y deporte? Posibilidades, incongruencias y paradojas. En J.Martínez (comp.) *Deporte y calidad de vida*, pp. 497-510. Madrid: Esteban Sanz.
- Lord, J. (1994) Personal empowerment and active living. En H.A. Quinney; L. Gauvin y A.E.T. Wall (eds.) *Toward active living*, pp. 213-218. Champaign: Human Kinetics.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D.L. y McConnell, T.C. (1993) Ethical issues in health education and health promotion: challenges for the profession. *Journal of Health Education*, 24 (5), 313-318.
- Miguel de, A. (1994) *La sociedad española 1993-94*. Madrid: Alianza Editorial.
- Minkler, M. (1994) Ten commitments for community health education. *Health Education Research. Theory and Practice*, 9 (4), 527-534.
- Montt, J. (1998) Políticas de salud: ética en la asignación de recursos. En M.M.García (ed.) *Ética y salud*, pp.77-87. Granada: Escuela andaluza de salud pública.
- Naidoo, J. (1986) Limits to individualism. En A. Rodmell y A. Watt (eds.) *The politics of health education: raising the issues*, pp. 17-37. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Nutbeam, D. (1986) *Glosario de promoción de la salud*. Junta de Andalucía: Consejería de Salud.

- Organización Mundial de la Salud (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: Organización Mundial de la Salud-Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá-Asociación Canadiense de Salud Pública.
- Pascual, C. (1995) Ideologías, actividad física y salud. *Revista de Educación Física*, 60, 33-35.
- Pate, R.R.; Pratt, M.; Blair, S.N.; Haskell, W.L.; Macera, C.A.; Bouchard, C.; Buchner, D.; Ettinger, W.; Heath, G.W.; King, A.C.; Kriska, A.; Leon, A.S.; Marcus, B.H.; Morris, J.; Paffenbarger, R.S.; Patick, K.; Pollock, M.L.; Rippe, J.M.; Sallis, J.; Wilmore, J.H. (1995) Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sport Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Pérez Samaniego, V. (2000) *Actividad física, salud y actitudes*. Valencia: Edetania ediciones.
- Powell, K.E. y Paffenbarger, R.S. (1985) Workshop on epidemiologic and public health aspects of physical activity and exercise: A summary. *Public Health Rep*, 100, 118-126.
- Puig, N. (1989) Deporte y territorio o la paradoja de la salud a través del deporte. *Apunts.Educació física*, 18, 63-66.
- Quintana, O. (1998) Toma de decisiones en la práctica clínica. Consideraciones éticas. En M.M.García (ed.) *Ética y salud*, pp.89-100. Granada: Escuela andaluza de salud pública.
- Riska, E. (1982) Health education and its ideological content. *Acta Sociologica*, nº 25, Supplement, 41-46.
- Sallis, J.F. y McKenzie, T.L. (1991) Physical Education's Role in Public Health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62, 124-137.

- Sánchez Gómez, R. (1999) Las actividades en la naturaleza en educación física: reflexiones y principios desde una ética ambiental. En *Aplicacions i fonaments d les activitats físico-esportives*, pp. 749-760. Lleida: INEFC-Lleida.
- Scraton, S. (1990) *Gender and physical education*. Geelong: Deakin University Press.
- Scraton, S. (1995) *Educación física de las niñas: un enfoque feminista*. Madrid: Morata.
- Stokols, D. (1992) Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47 (1), 6-22.
- Talbot, M. (1990) Equal opportunities and physical education. En N.Armstrong (ed.) *New directions in physical education*, Vol.1, pp. 101-120. Leeds: Human Kinetics.
- Tinning, R. (1985) Physical education and the cult of slenderness. A critique. *The A.C.H.P.E.R: National Journal*, 107, 10-13.
- Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Madrid: Ariel.
- Vázquez, B. y Álvarez, G. (1990) (coords.) *Guía para una educación física no sexista*. Madrid: M.E.C.
- Vertinsky, P. (1985) Risk benefit analysis of health promotion: opportunities and threats for physical education. *Quest*, 37, 71-83.
- Villalvilla, H. (1994) *El impacto de las actividades deportivas y de ocio/recreo en la naturaleza*. Madrid: Asociación española de defensa de la naturaleza (AEDENAT).
- Wallerstein, S. y Berstein, E. (1988) Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 279-394.