



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Jordi, Mario

Estudio de percepciones sobre la salud en usuarios de la bicicleta como medio de
transporte

Salud Colectiva, vol. 13, núm. 2, 2017, pp. 307-320

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73152115012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Estudio de percepciones sobre la salud en usuarios de la bicicleta como medio de transporte

Study of perceptions regarding health in people who use bicycles as a means of transport

Mario Jordi¹

¹Doctor en Antropología Social. Profesor contratado doctor; Departamento de Antropología Social, Psicología Básica y Salud Pública; Universidad Pablo de Olavide, España. 

RESUMEN El desarrollo de políticas de promoción específicas en algunas ciudades de España en los últimos años ha propiciado un mayor uso de la bicicleta como medio de transporte. En el caso de la ciudad de Sevilla, los desplazamientos diarios en este vehículo dentro del área metropolitana han pasado de ser cuantitativamente insignificantes a suponer en solo cinco años más del 6% del reparto modal. A partir del trabajo etnográfico desarrollado en la región andaluza entre 2013 y 2015, centrado en la implementación de entrevistas, grupos de discusión y foros participativos, en los que participaron 320 personas mayores de edad, en este artículo se describen desde un punto de vista sociocultural las percepciones sobre la salud de los usuarios de la bicicleta como medio de desplazamiento, visualizando algunos retos a afrontar en la promoción del transporte ciclista en la ciudad. Entre los efectos referidos por los usuarios, destacan los relativos a la percepción de mejoras sobre su estado de salud físico y en su bienestar emocional. El resultado final apuesta por la problematización en el análisis de la relación entre salud y ejercicio físico en la ciudad desde un enfoque socioantropológico.

PALABRAS CLAVES Ciclismo; Ejercicio; Promoción de la Salud; Planificación de Ciudades; Percepción Social; España.

ABSTRACT In recent years, the development of specific promotion policies in some Spanish cities has led to increased use of bicycles as a means of transport. In the case of the city of Seville, bicycle commuting within the metropolitan area has gone from being quantitatively insignificant to amounting to more than 6% of the modal share. Based in ethnographic research carried out in the region of Andalucía between 2013 and 2015, implementing interviews, focus groups and participatory forums in which 320 adults took part, this article analyzes from a sociocultural point of view perceptions about the health of those who use bicycles as a means of transportation and evidences some challenges that need to be faced in promoting bicycle transportation in the city. Among the effects reported by users, those relating to the perception of improvements in their state of health and emotional well-being can be highlighted. The article concludes by problematizing the analysis of the relationship between health and physical exercise in the city from a socio-anthropological perspective.

KEY WORDS Bicycling; Exercise; Health Promotion; City Planning; Social Perception; Spain.

EL IMPACTO EN LA SALUD DEL USO DE LA BICICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE URBANO

El creciente proceso de privatización y motorización del transporte en las grandes ciudades, ubicado dentro del modelo urbanístico hegemónico, ha tenido una significativa incidencia en los patrones de movilidad de la población, consolidando los hábitos sedentarios y sus nocivas implicaciones, al mismo tiempo que ha generado un modelo de movilidad dominante que presenta un amplio rango de problemáticas relacionadas con el uso del espacio público, el deterioro de la calidad del aire y, en general, la sostenibilidad ambiental y la deshumanización del medio urbano^(1,2,3).

El uso de la bicicleta como medio de transporte en las ciudades plantea una alternativa a este modelo, en la línea de otros impulsos y acciones, como los dirigidos al fortalecimiento del transporte público, a la circulación de vehículos motorizados no contaminantes o a la promoción de los desplazamientos a pie⁽⁴⁾. Los beneficios de la presencia de este vehículo han sido analizados desde diversos enfoques en los últimos años, abarcando aspectos económicos, urbanísticos, sociales, ambientales y paisajísticos, por citar algunos de los más relevantes^(3,5,6).

En relación con la salud, el uso de la bicicleta plantea múltiples beneficios que considerar, si bien estos no han sido suficientemente investigados hasta la fecha de un modo sistemático por, entre otros, su complejidad y dependencia del contexto^(7,8). En primera instancia, se comprueba que desplazarse en bicicleta significa una oportunidad para realizar un ejercicio moderado para personas que habitualmente no desarrollan actividades físicas diarias⁽¹⁾; una oportunidad que es potencialmente aplicable a un elevado porcentaje de la población, dada la presencia de bicicletas en muchos hogares y su relativo bajo costo. Algunos estudios recientes destacan la posibilidad de resolver una paradoja recurrente en los hábitos de un gran número de personas, según la cual, a la vez que se

emplea en término medio más de 30 minutos en los desplazamientos diarios, no se consigue encontrar esa misma media hora en el tiempo libre para poder hacer ejercicio⁽⁸⁾.

El avance del sedentarismo en nuestras sociedades se presenta en la actualidad como un problema de salud que llega a alcanzar, desde algunas instancias, el carácter de *pan-demia global*⁽⁹⁾. En términos cuantitativos, se ha estimado para el presente año una prevalencia de inactividad física (es decir, de actividad física inferior a los estándares fijados por la Organización Mundial de la Salud) del 23% en adultos y del 80% en menores en edad escolar⁽¹⁰⁾. A escala europea, las estadísticas apuntan a un ligero repunte de esta inactividad física en los últimos cinco años, pasando del 39% al 42%⁽¹¹⁾, cifras levemente inferiores a las registradas en el caso español (44%), en el que se observa además un mayor porcentaje de inactividad en mujeres, mayores y en personas con menores recursos económicos⁽¹²⁾. Estas cifras no niegan la existencia de una relevante preocupación social por la salud, tanto a escala española como europea, así como una tendencia generalizada a situar en la necesidad de mejora de la salud el motivo principal para hacer ejercicio físico. Así, a nivel europeo, se ha estimado que para el 62% de las personas la salud se sitúa como la principal razón para realizar actividad física o deporte, siendo este porcentaje del 73% para el caso español⁽¹¹⁾.

En la comunidad científica existe un consenso por el cual se entiende que el ejercicio moderado reporta contrastables beneficios para la salud. Evidencias epidemiológicas concretan las características ideales de este ejercicio en términos de ritmo, cantidad e intensidad. Las propias recomendaciones de la OMS precisan aún más, añadiendo especificaciones por sectores de edad, de manera que, para una persona adulta de entre 18 y 65 años, se establece un mínimo de actividad física moderada de 150 minutos semanales para procurar mejoras y prevenir enfermedades, contemplándose también la posibilidad de combinación de actividades moderadas y vigorosas⁽¹³⁾. Estas pautas de ejercicio reportarían efectos positivos en

la prevención de enfermedades crónicas, además de un impacto favorable sobre antecedentes y factores de riesgo, tales como la elevada presión arterial y la obesidad⁽¹⁴⁾.

En el caso del uso de la bicicleta en desplazamientos cotidianos y de moderada intensidad, los estudios basados en diseños de cohortes longitudinales, han resaltado las evidencias de sus beneficios para la salud^(1,7), destacando la reducción en el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, la relación inversa con la incidencia de diabetes y de diversos tipos de cáncer, así como una evidencia en el bienestar emocional percibido. También se ha estimado la mejora de la función cognitiva, así como la reducción del riesgo y de los síntomas de la depresión aunque, en general, los impactos en términos de salud mental, a falta de estudios concretos aplicados a su uso, se han extraído de forma indirecta, es decir, a través de considerar los beneficios de una actividad física leve o moderada, extrapolándolos al uso de la bicicleta, como es el caso de la disminución de los síntomas de depresión⁽¹⁵⁾. También se expresa en la mejora de lo que algunos autores han denominado “salud social”, en la medida en que este vehículo, a diferencia de otros medios de transporte, facilita el contacto y la relación social, conectando las dimensiones psicofísicas y sociales⁽¹⁶⁾.

En otros órdenes, el impacto del uso de la bicicleta en la salud se ha analizado de un modo indirecto, mediante la mejora de la calidad del aire, el menor uso del transporte motorizado y, en términos de disminución de la contaminación sonora y paisajística, facilitando una *habitabilidad más humana de la ciudad*⁽¹⁾. También de forma indirecta se han valorado beneficios como el impacto positivo en los balances económicos de las administraciones públicas y de las aseguradoras, tanto por los menores costos derivados de la atención sanitaria asociados a la práctica ciclista⁽¹⁷⁾, como por estimaciones en las que se comprueban reducciones en la mortalidad, incluso para pequeños incrementos en el uso de la bicicleta⁽¹⁸⁾.

Finalmente, siempre dentro de un balance que, en general, suele calificarse de

claramente positivo y beneficioso para la salud⁽⁸⁾, se han observado también riesgos y peligros, entre los que se destaca el riesgo de accidentes, cuyas cifras se estiman inferiores en aquellos entornos que presentan tráficos rodados menos agresivos e infraestructuras ciclistas de calidad⁽¹⁹⁾. Es preciso contemplar la importancia de la vertiente subjetiva del riesgo, es decir, el modo en que este es percibido por los usuarios⁽²⁰⁾, cuya presencia es menor en lugares donde la práctica ciclista se muestra más *normalizada*, teniendo en cuenta una serie de factores asociados a las características de la ciudad y al propio perfil social de los usuarios, tales como edad, sexo, experiencia y habilidad ciclista, entre otros⁽²¹⁾. En cuanto a otros riesgos, como la exposición a la contaminación atmosférica procedente del tráfico, si bien se han encontrado algunas incidencias leves a corto plazo en sujetos expuestos a altas tasas de polución, no existen de momento estudios concluyentes que asocien la práctica ciclista con problemas de salud a largo plazo, lo que subraya la necesidad de emprender investigaciones de este rango en el futuro⁽⁸⁾.

El contexto de análisis: la eclosión de la bicicleta como medio de transporte en las ciudades andaluzas

Pese al referido balance positivo en la salud, la bicicleta sigue ocupando, salvo contadas excepciones, un lugar marginal de forma generalizada en las planificaciones del transporte y en los diseños urbanos, así como en las políticas de promoción de la salud⁽²²⁾. La realidad es que, a excepción de experiencias ya asentadas en ciudades del norte y del centro de Europa, y de otros entornos emergentes donde se abre paso el uso de la bicicleta, esta práctica suele ser minoritaria y excepcional⁽²³⁾. A nivel social, las decisiones para optar por el uso de este vehículo pasan por un complejo abanico de razones y variables localmente referibles a escala individual y colectiva. Razones que se apoyan en factores que parten de la posibilidad de acceso a este vehículo (cuyo costo sigue siendo prohibitivo para los

estratos socioeconómicos inferiores) y se amplían a las condiciones orográficas, el clima, las políticas públicas de promoción, el diseño de las infraestructuras viarias y las políticas de movilidad y, por supuesto, a los hábitos, costumbres y percepciones referidas a la propia población ciclista real o potencial, entre otros^(3,5,23). Todo ello en el escenario urbano, pensado y concebido en los últimos decenios para la circulación de los vehículos a motor, los cuales han ejercido su hegemonía continuada sobre otras formas de desplazamiento, imponiendo una poderosa barrera cultural⁽²⁴⁾.

En el caso español, algunas ciudades han experimentado en los últimos años una significativa emergencia del transporte ciclista. Sevilla, junto a Barcelona y Valencia, ha sido uno de los casos más llamativos, por un crecimiento exponencial de usuarios entre los años 2006 y 2011, que ha supuesto alcanzar una cuota de reparto modal del 6% (uno de los más altos del país) caso que ha sido objeto de estudio internacional^(25,26). Un crecimiento que se ha fundamentado básicamente en una intervención pública decidida, centrada en el desarrollo de infraestructuras ciclistas de calidad, incluida la construcción de una articulada red de más de 180 kilómetros de carril-bici y en la puesta en marcha de un servicio de bicicleta pública. Posteriormente, este impulso ha tenido continuidad también, a escala regional, con el llamado Plan Andaluz de la Bicicleta, iniciado en 2014. Pero al peso de las iniciativas públicas se han sumado también otros factores, como la creciente preocupación social por la salud y la imagen física, la pérdida de poder adquisitivo de la población como producto de la crisis económica, la creciente concepción de la bicicleta como objeto de consumo atractivo, el dinamismo de algunos movimientos y colectivos prociclistas y una mayor conciencia y preocupación por el deterioro ambiental de la ciudad⁽²⁷⁾. Entre los retos a afrontar en los últimos años, que han hecho que el crecimiento experimentado se haya visto ralentizado, suelen referirse el escaso desarrollo de la intermodalidad, abandonando la necesaria conexión del transporte ciclista con otros modos de transporte público, la escasez

de aparcamientos adecuados para bicicletas en origen y destino, el deficiente cuidado de algunas vías ciclistas y, en general, la tímida contemplación de medidas de concienciación y promoción social más allá del empuje inicial a las infraestructuras^(25,27).

En este y en otros muchos casos, el estudio de las percepciones sociales sobre el uso de la bicicleta, incluido dentro del paraguas de lo que localmente se entiende como *cultura ciclista*, resulta fundamental para explicar y valorar el rumbo presente y futuro de este transporte⁽²⁸⁾. De modo más concreto, dada la referida importancia concedida a la salud en los discursos de los agentes sociales, se entiende que las percepciones socioculturales referidas a la salud, en su asociación con la práctica ciclista en la ciudad, inciden en el modo en que se contempla la posibilidad de iniciar, mantener o abandonar el uso de este vehículo. Tales percepciones no solo abarcan el universo de la autopercepción⁽²⁹⁾ sino que se extienden también a la valoración y a los imaginarios sobre la salud en la sociedad y suponen situar en el análisis de los discursos una parte significativa de las interpretaciones sobre el fenómeno estudiado.

METODOLOGÍA

Este trabajo se enmarca en el proyecto de investigación “Movilidad Sostenible en Andalucía: prácticas y discursos en el uso de la bicicleta”, desarrollado entre noviembre de 2013 y septiembre de 2015, fruto del cual se han publicado recientemente una serie de artículos, libros e informes de investigación^(30,31,32). El objetivo general de dicho proyecto se centró en el estudio de los procesos de sostenibilidad urbana vinculados al uso social de la bicicleta como medio de transporte, siendo la salud un destacado eje de análisis interpretativo. El carácter multidisciplinar de esta investigación –en la que participaron un total de 15 investigadores, en su mayor parte antropólogos y, el resto, de otras disciplinas como la sociología, la arquitectura o las ciencias ambientales– ha permitido

aplicar una combinación de técnicas de investigación social encaminadas a analizar tanto los discursos como las prácticas de la población en materia del transporte ciclista. Dentro de esta combinación de técnicas, ha cobrado un especial protagonismo el enfoque etnográfico, a través de la realización de trabajos de campo presenciales, emplazados en cinco grandes ciudades andaluzas: Cádiz, Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla. Bajo el paraguas del trabajo de campo, las técnicas implementadas con mayor profusión han sido la observación participante y, sobre todo, las entrevistas en profundidad, las cuales tuvieron un carácter abierto y semidirigido, enmarcado en un guión que abarcaba un conjunto de variables y temas de interés seleccionados previamente. Los guiones fueron elaborados de modo específico para cada uno de los siguientes colectivos relacionados con el uso de la bicicleta, considerados como grupos de agentes representativos en este ámbito que, lógicamente, albergaban solapamientos en sus tipologías:

- Usuarios de la bicicleta
- Técnicos y representantes de asociaciones, empresas y movimientos sociales
- Técnicos y responsables de la administración
- Usuarios de medios de transporte motorizados de carácter privado y público
- Peatones
- Usuarios de otros transportes minoritarios y personas discapacitadas

Las entrevistas y conversaciones fueron precedidas de una revisión y análisis de fuentes documentales vinculadas con cada área de estudio (fundamentalmente normativas y ordenanzas de circulación, planes de movilidad y planeamientos urbanísticos) y tuvieron un carácter tanto formal como informal. En total participaron 320 personas mayores de edad, convocadas de forma proporcional por sexo (en porcentajes aproximados del 60% de hombres y 40% de mujeres, habida cuenta de que se trata aún de un modo de transporte masculinizado) y repartidos territorialmente del siguiente modo:

70 en Cádiz, 47 en Córdoba, 66 en Granada, 49 en Málaga y 88 en Sevilla.

Otras técnicas empleadas, centradas en este caso en los testimonios recogidos en pequeños agregados de individuos, fueron los grupos de discusión y los foros participativos. Los primeros, 12 en total, se realizaron entre enero y junio de 2014 en las diferentes áreas de estudio, participando un total de 105 individuos (52% hombres, 48% mujeres) definiéndose el perfil de los participantes, además del sexo, en función de una serie de variables: perfil socioeconómico, edad, profesión y forma prioritaria de locomoción en la ciudad. El resultado fue la conformación de grupos de composición heterogénea, tales como: grupos de población desempleada y subempleada, estudiantes universitarios, mujeres de clase trabajadora, conductores de taxi, funcionarios públicos, etc. La dinámica planteada en los grupos de discusión partía del lanzamiento inicial de la cuestión de la movilidad en la ciudad, canalizándose las intervenciones durante la sesión bajo el principio de la mínima injerencia por parte de los moderadores. En cuanto a los foros participativos, estos se concibieron como espacios vinculados a la participación de los principales agentes sociales relacionados con el transporte ciclista, realizándose a finales de 2014 diez en total, dos por cada una de las cinco grandes ciudades antes referidas. En este caso, los grupos no se formaron por criterios socioestructurales, sino por una selección de dichos agentes en el trabajo de campo previo, siguiendo criterios bajo un triple nivel: representativo, posicional y reputacional⁽³³⁾, incluyendo así un amplio abanico del entramado institucional y asociativo (ciudadano, empresarial y social). En las sesiones participaron más de cien personas, y los testimonios ofrecidos fueron encauzados por los moderadores de un modo más específico que en los grupos de discusión, en este caso hacia el doble frente de diagnóstico y formulación de propuestas bajo el lema de la movilidad sostenible en la ciudad, con el apoyo en herramientas de comunicación que favoreciesen el diálogo democrático y la expresión equitativa del discurso.

Todas las sesiones de entrevistas y grupos fueron grabadas en audio y transcritas e incorporadas al diario de campo, para su posterior análisis y agregación por ítems predefinidos, no empleándose programas informáticos específicos de apoyo a la investigación cualitativa. En todo momento se tuvo consentimiento informado de los sujetos entrevistados acerca del objeto de la investigación, que participaron voluntariamente en el estudio y a los cuales se preservó su privacidad y anonimato. Bajo el compromiso de devolución de la información a los agentes participantes se realizaron, además, sesiones de presentación pública de los resultados de la investigación en las diferentes áreas, una vez que el estudio se consideró concluido, y también se publicaron en acceso abierto en internet algunos informes parciales, como los correspondientes a los resultados de los foros participativos.

RESULTADOS: BICICLETA Y PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD

A la hora de analizar las percepciones sociales sobre la salud, desde un punto de vista sociocultural, la incidencia de múltiples factores implicados nos lleva a la necesidad de considerar la salud en su acepción ampliada, incorporando dimensiones relativas al bienestar físico, mental y social⁽³⁴⁾. Corbin, por ejemplo, precisa la vivencia diferenciada de la salud frente a la enfermedad en aspectos vivenciales relativos a tiempo, espacio, moralidad, estética, información, tecnología y relaciones interpersonales⁽³⁵⁾. En términos socioculturales, la percepción de la salud se plantea como una experiencia de monitorización del cuerpo, haciendo que la enfermedad, la lesión o el dolor se muestren como experiencias de *descontrol corporal*, esto es, como situaciones en las que “el cuerpo no se da por sentado”, en una suerte de reaparición simbólica que implicaemerger la autopercepción corporal^(29,36).

En este sentido, la propia relación de la salud, no solo con la enfermedad sino también

con procesos como la atención y la prevención, requiere contemplar su inclusión en un todo estructurado, como refiere Menéndez, constituyendo el complejo “salud enfermedad, atención y prevención”⁽³⁷⁾, el cual presenta poderosas raíces socioculturales. De allí que se asuma que las percepciones sobre la salud sean poderosamente dependientes del contexto en el que tienen cabida⁽³⁸⁾. En nuestro ámbito de estudio, según se desprende del análisis de los discursos de los usuarios de la bicicleta, las percepciones sobre la salud están vinculadas a diferentes factores, conectados con el contexto social, económico y político de referencia, como desarrollamos a continuación, no tanto con pretensiones de exhaustividad sino de representatividad con respecto al contexto de estudio.

En primer término, encontramos que en las grandes y medianas ciudades, por lo general, las vinculaciones discursivas entre uso de la bicicleta y salud están fuertemente atravesadas por la *variable edad*, de modo que la mayor parte de alusiones a la salud provienen de sujetos, tanto hombres como mujeres, que superan la frontera de los 40 años, estando dichas apelaciones tanto más presentes cuanto más se supera dicha edad, a medida que los signos de envejecimiento comienzan a percibirse más claramente. En general, la menor aceptación social de tales signos combina, según se desprende de los discursos, la intensificación de una angustia, no siempre explicitada, por la cercanía relativa de la muerte, con el alejamiento del ideal del cuerpo joven.

Por otra parte, respecto de los motivos para iniciarse en la práctica ciclista, resalta el relevante protagonismo entre los usuarios de las recomendaciones provenientes del personal sanitario, ya sea con carácter preventivo, sintomático o terapéutico; sugerencias que, viniendo de los representantes de la medicina oficial, cimientan por lo general su poder de persuasión en cuanto a la modificación y reforzamiento de hábitos, como se expresa en el siguiente testimonio de un varón de 32 de años: “Tenía una lesión de rodilla, me fui al médico y me dijo que me comprara una bicicleta. Al principio no me

gustaba demasiado y no la utilizaba [...] pero con el tiempo me he ido aficionando...". En su valoración cotidiana de los efectos físicos del uso de la bicicleta, los testimonios de los usuarios refieren así experiencias variadas, siendo las más recurrentes la recuperación de anteriores lesiones articulares o musculares, el fortalecimiento o recuperación del vigor físico y el reequilibrio de los límites en indicadores básicos como el colesterol, la glucemia y los triglicéridos. En un extremo se encuentran aquellos beneficios declarados, referidos en forma de auténticos "milagros", como los relativos a la mejora del estado de ánimo, al reforzamiento del sistema inmunitario y a la superación de algunas adicciones, como el tabaquismo, cuya práctica se entiende para algunos incompatible con el pedaleo: "*Llevo 10 años, no me he resfriado y en un mes que he estado cogiendo la moto [en lugar de la bicicleta] he caído malo*" (varón de 30 años).

En general, practicado en condiciones de moderada a débil intensidad, y en ausencia de pendientes empinadas, los usuarios suelen ponderar la bondad de este transporte, "*para no exigir demasiado al corazón [...] porque estás haciendo ejercicio, si tienes problemas de piernas, de rodilla, circulación y tal, yendo a un ritmo tranquilo es bueno*" (varón de 50 años), así como la facilidad para progresar en el estado de forma autopercibido. La medida de los resultados positivos presenta concreciones diversas en los distintos sujetos, que pueden asociarse con el cumplimiento de expectativas individuales, el logro de objetivos concretos o la medida de las capacidades y sensaciones adquiridas, entre otros factores.

Otro aspecto relevante a considerar es el modo en que se plantea la continuidad o ruptura de *hábitos consolidados* con el tiempo, sedentarios o activos, en su relación con la percepción de la salud, lo que da lugar a implicaciones de diverso rango. Por una parte, se da el caso recurrente de personas mayores de 40 años que rompen rutinas sedentarias, asentadas durante muchos años, con prácticas ciclistas dirigidas, según relatan, "*a mejorar la salud*". Por otra parte, existe también un grupo significativo de usuarios

que presentan hábitos ciclistas mantenidos desde la infancia y en los que no aparece la referencia a la salud como justificación prioritaria en sus discursos. Encontramos este tipo de sujetos, fundamentalmente, en pequeños pueblos, tratándose por lo común de personas mayores que suelen presentar una autopercepción global de su salud en términos positivos y que no suelen asociar directamente su práctica ciclista con la necesidad de mejora o mantenimiento de la salud, sino que se justifica simplemente "*porque siempre se ha hecho así*". Suele tratarse de varones de edad avanzada, que vienen practicando desplazamientos cotidianos en bicicleta desde su juventud, en sus trayectos diarios hacia el huerto, hacia el lugar de ocio o compras, y cuyas actividades profesionales han estado por lo general relacionadas con oficios manuales o vinculados al ejercicio físico. Hábitos por tanto comúnmente alejados de cualquier fiebre o moda pasajera, que no suelen provenir de recomendaciones médicas y que sitúan su raíz en una cultura ciclista adquirida en las décadas de 1950 o 1960, cuando el uso de la bicicleta como medio de transporte no revestía el carácter excepcional que hoy presenta.

El tamaño de la ciudad y, en general, su configuración urbanística influyen también en la práctica ciclista y en los discursos sobre la salud asociados. Las ciudades de mayor tamaño, en las que el tráfico motorizado se hace más omnipresente, no suelen ser atractivas para el transporte en bicicleta y menos aún si existen pocas medidas de disminución del tráfico o bien no se dispone de un trazado de vías ciclistas vertebrado y de calidad. En algunos casos, la propia configuración urbanística lleva a prescindir de la bicicleta al ser esta sustituida por otra práctica habitualmente considerada saludable como es el caminar. Ocurre así en ciudades como Almería, Huelva o Cádiz, en las que los desplazamientos diarios no suponen gran distancia, o en aquellas zonas de otras ciudades, como Sevilla, Málaga y Córdoba, cuyos centros históricos, protegidos del tráfico rodado, cubren una gran extensión. En dichos centros, donde se encuentran amplias zonas de interés

(comercial, de trabajo o estudios), peatonalizadas o de tráfico restringido, el cubrir los trayectos a pie aparece en los testimonios como “*la mejor posibilidad para mantenerse sano*” muy por encima de andar en bicicleta. Miembros de una asociación de peatones de Málaga comparten esa percepción de que se ha producido un cambio en la manera de relacionarse con el medio ambiente y la salud:

Uno de los lemas de nuestra asociación es justamente “andar es vida” y creo que cada vez hay más conciencia de eso y el tema de la salud está cada vez más presente. Creo que se ha vuelto cada vez más a la calle, hay necesidad de espacio, de estar al aire libre, de hacer un poco de ejercicio. Creo que va cambiando la mentalidad.

Sin embargo, en muchos casos, el desplazamiento a pie es complementario con los desplazamientos motorizados, por problemas de acceso o aparcamiento en las zonas citadas, por lo que el primero (trayecto largo) se hace en vehículo motorizado y ya en el centro se camina. Cada caso presenta peculiaridades especiales, en las que intervienen una pluralidad de factores confluientes: en Granada, por ejemplo, la empinada orografía de sus calles del centro histórico desalienta el tránsito ciclista por motivos de transporte. En general, el peso de las infraestructuras viarias cobra un protagonismo central, por lo que aquellas ciudades con mejores vías adaptadas para la circulación de bicicletas son las que más facilitan la incorporación de colectivos que presentan por lo general menores aptitudes o hábitos para el pedaleo, como personas mayores, mujeres y niños. La tradicional menor presencia de las mujeres en el uso de la bicicleta se explica por muchas razones, entre las que destaca la percepción del riesgo asociado, aminorada por la existencia de carriles-bici o de tráfico reducido⁽³⁰⁾. De este modo, el discurso femenino sobre la salud en bicicleta está más afectado por tal percepción del riesgo, una percepción que también se ve aminorada por el efecto multiplicador de la presencia de mujeres ciclistas

en las calles: a mayor concurrencia de estas ciclistas en la urbe, el porcentaje total de mujeres crece⁽³⁹⁾.

El factor *clase* atraviesa de forma continua las enunciaciones sobre la salud en bicicleta. Como refiere Bourdieu⁽⁴⁰⁾, si en el cuerpo y en sus manifestaciones se inscriben las prácticas culturales de las distintas clases sociales, el cuerpo puede evidenciarse como portador de *disposiciones de clase*. Así, las alusiones a la salud, como motivo principal para usar la bicicleta, se encuentran por lo general menos presentes en el discurso de personas que presentan una situación económica más precaria: trabajadores manuales o no calificados, inmigrantes con escasos recursos, personas con trabajos inestables o desempleadas y, en general, personas en situación de exclusión social. En algunos casos, persiste aún la vinculación ideológica de la bicicleta con un estatus socioeconómico bajo, de modo que su uso aún se evita en muchos entornos por aquellas personas que se hallan en situación de exclusión o vulnerabilidad, en la medida en que tal uso se convierte en factor de clase, sobre todo si se concreta en desplazamientos cotidianos y la bicicleta empleada es visiblemente de bajo costo. Con respecto al caso de los trabajadores que usan la bicicleta como medio habitual de trabajo, hay que diferenciar varios subgrupos. Por una parte, se encuentran aquellos que desempeñan oficios y ocupaciones tradicionales, en los que los discursos de ahorro de costos o la imposibilidad de disponer de un vehículo motorizado eclipsan las alusiones a la salud. Por otra parte, en nuevos oficios resignificados, en los que se ha incorporado la bicicleta recientemente (personal de limpieza, publicidad, seguridad, etc.) aparecen más recurrencias a la salud, comúnmente referidas al sufrimiento de los rigores de la intemperie, a los riesgos asumidos por la circulación viaria y a los rigores de la contaminación rodada.

Capítulo aparte merecen las alusiones a la salud en términos de impacto en el *bienestar emocional* percibido. Un impacto que, aunque se asocia comúnmente con el ciclismo recreativo, es uno de los elementos discursivos que tienen mayor presencia en

los relatos de la bicicleta como medio de transporte⁽¹⁾. Encontramos este tipo de referencias entre usuarios adultos, hombres y mujeres, de un amplio rango de edad, entre los que el uso de la bicicleta se presenta, a veces, como *remedio* y, a veces, como *antídoto* contra las tensiones y riesgos emocionales, ya sean ordinarios o extraordinarios. Entre estos últimos, se buscan respuestas a los sucesos traumáticos o a las experiencias negativas que sitúan el uso de la bicicleta en casos de rupturas sentimentales, ausencias de seres queridos, pérdidas del empleo y otros sucesos traumáticos. Las tensiones cotidianas (entre las que destacan las laborales y familiares) son afrontadas también de este modo, siendo los más referidos los desequilibrios y sobrecargas en el trabajo o las situaciones de desempleo en el actual contexto de crisis y para los que se argumenta que el uso de la bicicleta permite "*despejarse*", "*desahogarse*" o "*llenar el tiempo libre*", mejorando en general la autoestima, como en el siguiente usuario:

Cuando me quedé en paro pasé por distintas fases, una primera de intentar buscar rápido otro trabajo. De esa pasé a un pozo depresivo que me hacía quedarme en casa [...] Y, finalmente, fue mi mujer la que me dijo que por qué no cogía la bici, abandonada en el trastero y salía a darme paseos para despejarme la cabeza. A partir de entonces volví a retomar la pasión por la bici, que había abandonado hacía al menos diez años por falta de tiempo, y porque para el trabajo me desplazaba siempre en coche. (Varón, 45 años)

Es preciso aclarar que los relatos de los usuarios no solo sitúan las sensaciones de placer y bienestar emocional en el ejercicio físico, por las endorfinas segregadas o por la satisfacción de gozar de un mejor estado físico, sino en otros aspectos íntimamente relacionados con el uso de la bicicleta, como la vivencia de una mayor libertad de movimientos, una destacada sensación de independencia y una mayor intensidad en

el contacto sensorial con el medio. La posibilidad de poder cambiar de paisaje (dando un "pequeño rodeo" para llegar al destino, evitando zonas motorizadas, ruidosas o contaminadas, etc.) resulta crucial a la hora de procurar esas sensaciones que se entienden sanadoras. En este punto, los cambios de paisaje ideales para los usuarios son aquellos que les procuran una mayor desconexión de la rutina urbana del hormigón y del asfalto, en su monotonía gris de ruido y contaminación. No es casual que, para procurar esa desconexión relativa, se prefieran los caminos cercanos a referentes naturales dentro de la ciudad: arboledas, parques y veredas de ríos. Las emociones asociadas al entorno conectan al individuo con la naturaleza (o con lo que quede de esta en la ciudad), al tiempo que lo conectan "con uno mismo", en un ejercicio de sanadora introyección favorecida por el "medio natural", en un mundo reducido a la condición de paisaje⁽⁴⁰⁾. En otros casos, se eligen zonas peatonales concurridas, plazas e incluso aceras, en las que el contacto social aporta las experiencias placenteras.

En los discursos relativos al uso de la bicicleta vemos como, aunque los problemas y las tensiones pueden ser de compleja e intrincada raigambre (económica, sociofamiliar, cultural, ideológica, etc.), suele ser denominador común el localizar en el cuerpo la solución o salida a tales problemas y tensiones vitales. Es decir, el impulso por controlar los avatares de la vida pasa en primer término por intentar controlar el cuerpo, en sus posibles reinvenciones y resignificaciones⁽⁴¹⁾. Pero ocurre, como ya señalamos, que tales acciones con base en el cuerpo se plantean como intervenciones muy vinculadas a la imagen física, en la medida en que socialmente "estar sano" tiende a equipararse a "parecer bello". Curarse y cuidarse, como cuestiones sociales, se proponen entonces como acciones dirigidas a procurarse respetabilidad⁽⁴²⁾. Para ello se fomenta adoptar una actitud proactiva en el cuidado de uno mismo, cuestionando los límites corporales, dentro de una ética predominantemente narcisista⁽⁴³⁾. Se trata, en suma, de "retomar el control de la vida", de retrasar

el envejecimiento, eliminando sus señales, transformando la apariencia corporal según el canon estético vigente. Siguiendo la categorización que propone Featherstone, las intervenciones sobre el “cuerpo interno”, que se relacionan a las preocupaciones sobre el óptimo funcionamiento del cuerpo, más directamente vinculado con evitar enfermedades, se combinan con las relativas al “cuerpo externo”, al cuerpo vinculado a las preocupaciones estéticas, de manera que la concepción de cuerpo saludable desembocaría en un compendio de ambas dimensiones, sin que se pueda fácilmente dirimir dónde empieza o acaba cada una⁽⁴⁴⁾. En nuestras sociedades, tales procesos de intervención corporal pasan frecuentemente por el tamiz del consumo, en su lógica cortoplacista de seguimiento de modas y tendencias. En nuestro caso, esto se apoya en la importancia de un objeto como la bicicleta que, no pocas veces, tras pasar la moda o el ardid consumista, vuelve de nuevo al desván, siendo reemplazado por otro objeto o elemento de consumo elegido como locus de “sanación” y, a la vez, como elemento de ostentación dentro de la nueva tendencia vigente. El corolario de este razonamiento lleva a retomar la senda de interpretación según la cual los cuerpos, antes disciplinados por instituciones de poder en sus diversas manifestaciones a lo largo de la historia⁽⁴⁵⁾, ahora lo son por la dieta y el ejercicio físico autoimpuestos y por el consumo asociado a ambos.

Finalmente, en cuanto a la vivencia de los perjuicios percibidos para la salud, en términos de *riesgos* y *lesiones físicas*, junto a las referidas alusiones al riesgo de caídas y percances vividos con el tráfico rodado, más presentes en trabajadores en bicicleta y en colectivos menos habituados a este vehículo, aparecen en primer lugar aquellas prácticas más cercanas a la lógica deportiva, en la que los excesos y descontroles de intensidad suelen estar más presentes. Se sitúa aquí un rango de usuarios que han venido pedaleando durante años a un nivel deportivo medio-alto y que de repente reciben el consejo médico de abandonar la bicicleta, normalmente por la amenaza o el

padecimiento directo de accidentes cardiovasculares o lesiones articulares, como las más referidas. En otros casos, se reportan lesiones producidas como consecuencia de malos hábitos posturales adquiridos encima de la bicicleta o por el uso de materiales deficientes o inadecuados. Encontramos también un grupo significativo de usuarios que, sin hábitos deportivos previos ni forma física adecuada, emprenden su práctica ciclista, teniendo que abandonarla al poco tiempo por lesiones y sobrecargas sobrevenidas. Son también frecuentes los casos de ciclistas que, habiendo cumplido el “deber” de su paseo diario, se ven en la posibilidad de concederse “premios” en forma de excesos que entienden como “compensatorios” al ejercicio realizado, tanto en la alimentación como en la bebida. A todo lo anterior es preciso sumar un hecho crucial, que radica en que la medida exacta del *ejercicio moderado*, claramente ponderado y acotado por las instituciones que promueven la actividad física, no solo es difícilmente aprehensible para los usuarios, sino que puede estar muy afectada por factores y circunstancias personales, sociales, de contexto o ambientales de difícil control y alta variabilidad. En ello no solo intervienen el nivel de autoconocimiento de los límites físicos (que es menor en individuos con escasas trayectorias deportivas) sino en la continua observación de que el desempeño ciclista se ve afectado por un sinfín de situaciones que implican cambio de circunstancias o de contexto: prisas por llegar al destino, giros climáticos repentinos, cambios de itinerario, cargas imprevistas, averías y accidentes, entre otros. De este modo, se comprende que lo que en principio se plantea como un saludable y aconsejable paseo, desde un punto de vista médico puede terminar convirtiéndose en una práctica de riesgo o incluso potencialmente peligrosa para algunos segmentos y edades.

En cuanto a los riesgos y perjuicios para la salud asociados a la contaminación urbana, si bien no suele referirse con frecuencia en los discursos del usuario medio, su vivencia se acrecienta a medida que dicho usuario se sitúa en entornos más contaminados, o en

los que se convive más de cerca con vehículos motorizados, siendo en general el caso de las ciudades más grandes y pobladas. Las personas con mayor sensibilidad a estos problemas son aquellas que los viven cotidianamente más de cerca, como los trabajadores que hacen uso diario y continuado de la bicicleta. Junto a estos, se encuentran aquellos usuarios que, por lo general, presentan mayores preocupaciones ambientalistas o pertenecen a colectivos probici, si bien estos suelen centrar sus aspiraciones de salud en un entorno más socializado, abarcando límites más colectivos en su concepción de la salud. Es decir, más allá de las experiencias personales, en sus discursos se habla de “una ciudad sana”, “la salud del planeta” o de la “salud colectiva” como eje central para problematizar la contaminación urbana. Por ello, sus relatos suelen expresar que las medidas de promoción ciclista no se dirijan exclusivamente a los ciudadanos como individuos, ni se agoten en la promoción de hábitos ciclistas, normalmente de ocio y deporte. Se propugna que dicha promoción se extienda también a medidas referidas a la potenciación de la bicicleta como medio de transporte, encaminados a la ciudad en su conjunto. Es decir, acciones dirigidas a la mejora de la calidad ambiental, y concretadas en la mejora de las infraestructuras ciclistas, el fortalecimiento del transporte público y, en general, la limitación del tráfico rodado. No pocos de estos sujetos expresan la circunstancia de sentirse en cierta medida *mártires de la causa ambientalista*: pedalear en aquellas ciudades donde el tráfico motorizado se expande sin freno arroja interrogantes sobre si, apostando por la salud colectiva, se está perjudicando la salud individual⁽³¹⁾.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

El uso de la bicicleta como medio de transporte urbano presenta múltiples beneficios para la salud, más patentes en la medida en que se plantean como alternativa

al sedentarismo y a los perjuicios que ocasiona el transporte urbano motorizado. Una parte de estos beneficios son indirectos, mejorando la calidad del medio ambiente de la ciudad, haciéndola más humana y habitable. Otros beneficios son directos y provienen tanto de las connotaciones de este vehículo en cuanto a la libertad de movimientos, autonomía y ampliación del contacto sensorial con el entorno, como de su vinculación con el ejercicio físico. En este punto, es necesario desligar tal ejercicio físico de su habitual indulgencia frívola, por la cual “el deporte es bueno para todos en cualquier circunstancia y lugar”⁽⁴⁶⁾ y, más aún, cuando hablamos de su relación con la salud⁽³²⁾. Por una parte, es necesario contextualizarlo en el marco de una sociedad que persigue la salud a través del ejercicio físico, pero llega a ambos a través de la primacía de la estética y el consumo. Por otra parte, se hace patente el difícil seguimiento por parte de los usuarios de los rígidos límites que sitúan al ejercicio dentro de los cánones saludables, es decir, dentro de lo que desde las instituciones se concibe como “ejercicio moderado” en términos de intensidad, duración y continuidad para cada circunstancia, edad y condición física. Las percepciones de salud de los usuarios evidencian estos y otros aspectos, como los relacionados con la salud emocional, que confirman la tendencia a corporeizar los problemas y a buscar reequilibrios a las tensiones cotidianas en otros ambientes menos deshumanizados y en otros medios de transporte más corporeizados. También evidencian que, al ser la ciudad el escenario de la promoción del uso de la bicicleta como práctica saludable, afronta en la actualidad difíciles retos ambientales, lo cual también afecta al sentido de dicha promoción, en la medida en que pedalear en la ciudad puede ser un ejercicio no siempre aconsejable desde el punto de vista de la salud. En este punto, más que una confrontación, el desafío fundamental consiste en procurar una armonización entre la salud colectiva y la individual, combinando medidas de promoción entre los individuos de hábitos sanos y saludables con reformas más ambiciosas, que pasan en

el ámbito de la movilidad por una verdadera transformación de la ciudad desde sus basamentos estructurales, en la medida en que esta se encuentra hoy pensada, construida y vivida en beneficio del transporte privado motorizado. Todo ello ante la necesidad de superar un *statu quo* por el cual el imaginario hegemónico de la bicicleta se corresponde con el de un objeto de transporte accesorio

y sustitutorio. También la bicicleta debe despojarse de su carácter frívolo que la relaciona exclusivamente con el ocio o con el juego, para poder plantearse como alternativa seria al modo de transporte hegemónico, lo cual también plantea un necesario giro en las percepciones sociales dominantes que sobre ella se mantienen.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo es uno de los resultados del proyecto de investigación titulado “Movilidad sostenible en Andalucía: Prácticas y discursos en el uso de la bicicleta”, financiado por la Consejería de Fomento y Vivienda de la Agencia de Obra Pública de la Junta de Andalucía, en su convocatoria de proyectos de I+D+i 2013/14. Agradezco los sugerentes comentarios y valiosas aportaciones a este texto de María R. Cabillas Romero y de Francisco Aix Gracia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrard J, Rissel C, Bauman A. Health benefits of cycling. In: Pucher J, Buehler R. City cycling. Cambridge: MIT Press; 2012.
2. Urry J. The ‘system’ of automobility. *Theory, Culture & Society*. 2004;21(4-5):25-39.
3. Horton D, Cox P, Rosen P, (ed.). *Cycling and society*. Aldershot: Ashgate; 2007.
4. Cervero R, Duncan M. Walking, bicycling, and urban landscapes: evidence from the San Francisco Bay Area. *American Journal of Public Health*. 2003;93(9):1478-1483.
5. Parkin J, (org). *Transport and sustainability: Cycling and Sustainability*. Bradford: Emerald Insight; 2012.
6. Rachel A. ‘On the outside’: constructing cycling citizenship. *Social & Cultural Geography*. 2010;11(1):35-52.
7. Pucher J, Dijkstra L. Promoting safe walking and cycling to improve public health: Lessons from the Netherlands and Germany. *American Journal of Public Health*. 2003;93(9):1509-1516.
8. Götschi T, Garrard J, Giles-Corti B. Cycling as a part of daily life: A review of health perspectives. *Transport Reviews*. 2015;36(1):45-71.
9. Andersen LB, Mota J, Di Pietro L. Update on the global pandemic of physical inactivity. *The Lancet*. 2016;388:1255-1256.
10. Sallis JF, Bull F, Guthold R, Heath GW, Inoue S, Kelly P, Oyeyemi AL, Perez LG, Richards J, Hallal PC. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *The Lancet*. 2016;388:1325-1336.
11. European Union. Eurobarómetro especial 412: Deporte y actividad física [Internet]. 2015 [citado 26 jul 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/kzeho7r>.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12: Serie informes monográficos 4, Actividad física, descanso y ocio [Internet]. Madrid: MSSSI; 2014 [citado 26 jul 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/k99c337>.
13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud [Internet]. Ginebra: Ediciones de la OMS, 2010 [citado 13 jul 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/o38b4z5>.
14. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on

- major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of diseases and life expectancy. *The Lancet*. 2012;380(9838):219-229.
15. Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;(9):CD004366. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
 16. Whitaker ED. The bicycle makes the eyes smile: Exercise, aging, and psychophysical well-being in older Italian cyclists. *Medical Anthropology*. 2005;24(1):1-43.
 17. Hilman M. Cycling and the promotion of health. *Policy Studies*. 1993;14(2):49-58.
 18. Cavill N, Kahlmeier S, Rutter H, Racioppi F, Oja P. Economic analyses of transport infrastructure and policies including health effects related to cycling and walking: a systematic review. *Transport Policy*. 2008;15(5):291-304.
 19. Reynolds C, Harris MA, Teschke K, Cripton PA, Winters, M. The impact of transportation infrastructure on bicycling injuries and crashes: A review of the literature. *Environmental Health*. 2009;8(1). doi: 10.1186/1476-069X-8-47.
 20. Horton D. Fear of cycling. In: Horton D, Rosen P, Cox P, (ed.). *Cycling and society*. Aldershot: Ashgate; 2007.
 21. Quintero V, Moreno E. Vivencias de la bicicleta y percepción del riesgo en las ciudades andaluzas. En: Hernández M, (coord.). *Bicitopías: Hacia una antropología de la movilidad urbana*. Barcelona: Icaria; 2016.
 22. Horton D, Jones T. Rhetoric and reality: Understanding the English cycling situation. In: Cox P, (ed.). *Cycling cultures*. Chester: University of Chester; 2015.
 23. Pucher J, Buehler R. Promoting cycling for daily travel: Conclusions and lessons from across the globe. In: Pucher J, Buehler R. *City Cycling*. Cambridge: MIT Press; 2012.
 24. Horton D, Parkin J. Conclusion: Toward a revolution in Cycling. In: Parkin J. *Transport and Sustainability: Cycling and Sustainability*. Bradford: Emerald Insight; 2012.
 25. Marqués R, Hernandez-Herrador V, Calvo-Salazar M, García-Cebrián JA. How infrastructure can promote cycling in cities: Lessons from Seville. *Research in Transportation Economics*. 2015;53:31-44.
 26. Castillo-Manzano JI, Sánchez-Braza A. Can anyone hate the bicycle?: The hunt for an optimal local transportation policy to encourage bicycle usage. *Environmental Politics*. 2013;22:1010-1028.
 27. Hernández M, (coord.). *Bicitopías: Hacia una antropología de la movilidad urbana*. Barcelona: Icaria; 2016.
 28. Cox P. *Cycling Cultures*. Chester: University of Chester; 2015.
 29. Nuviala A, Grao A, Fernández A, Alda O, Burges JA, Jaume A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2009;9(36):414-430.
 30. Huerta E, Gálvez C. Mujeres en bicicleta: Imaginarios, prácticas y construcción social del entorno en la ciudad de Sevilla. *Antropología Experimental*. 2016;16(7):111-128.
 31. Jordi M. Pobres, deportistas y ecologistas: Paradojas, estereotipos y afectos en el ciclismo urbano, un análisis desde las corporeidades. *Antropología Experimental*. 2016;16(8):129-146.
 32. Jordi M. Bicicleta, deporte y naturaleza. En: Hernández M, (coord.). *Bicitopías: Hacia una antropología de la movilidad urbana*. Barcelona: Icaria; 2016.
 33. Del Río A, Coca A. El Plan Andaluz de la Bicicleta y los foros de participación. En: Hernández M, (coord.). *Bicitopías: Hacia una antropología de la movilidad urbana*. Barcelona: Icaria; 2016.
 34. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS, 2006 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/kkhthyn>.
 35. Corbin JM. The body in health and illness. *Qualitative Health Research*. 2003;13(2):256-267.
 36. Leder D. *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press; 1990.
 37. Menéndez E. La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 1994;4(7):71-83.
 38. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18(3):459-466.

39. Garrard J, Handy S, Dill J. *Cycling and women*. En: Pucher J, Buehler R. *City cycling*. Cambridge: MIT Press; 2012.
40. Bourdieu P. *La distinción: Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus; 1998.
41. Jordi M. *Bicicleta y corporalidades*. En: Hernández M, (coord.). *Bicitopías: Hacia una antropología de la movilidad urbana*. Barcelona: Icaria; 2016.
42. Baudrillard J. *La sociedad de consumo: sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Siglo XXI Editores; 1970.
43. Lipovetsky G. *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama; 2000.
44. Featherstone M. *Body, image and affect in consumer culture*. *Body & Society*. 2010;16(1): 193-221.
45. Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores; 1983.
46. Waddington I. *Sport, health and drugs: A critical sociological perspective*. Londres: Taylor and Francis; 2000.

FORMA DE CITAR

Jordi M. Estudio de percepciones sobre la salud en usuarios de la bicicleta como medio de transporte. *Salud Colectiva*. 2017;13(2):307-320. doi: 10.18294/sc.2017.1164.

Recibido: 30 de septiembre de 2016 | Aprobado: 26 de enero de 2017



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.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1164>