Artículo Original / Original Article

Determinantes sociales como factores contextuales de la obesidad: construcción de significado y valoración del estado nutricional según nivel socioeconómico

Social determinants as contextual factors of obesity: construction of meaning and value of nutritional status according to socioeconomic status

RESUMEN

Jeffrey Thomas-Lange^{1,2*}, Lilian Ferrer³.

El objetivo fue explorar la influencia del nivel socioeconómico (NSE), como determinante estructural de la salud, sobre la construcción de significados y valor atribuidos a la obesidad. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a usuarios de programas de obesidad de dos centros de salud, procurando diferencias en el NSE del público objetivo. A partir del análisis de contenido temático, los resultados se organizaron en cuatro categorías construidas inductivamente: 1) significado atribuido de vivir con obesidad, 2) conciencia manifiesta del impacto de la obesidad sobre la propia salud, 3) búsqueda vivida de alternativas ante la obesidad y 4) origen atribuido de la obesidad. Se observó que la obesidad, entendida como categoría médica, varió según NSE tanto en significado como en la forma en que es problematizada, tomando sentidos incluso contradictorios. El salutismo se incorporó de manera heterogénea entre distintos grupos socioeconómicos, reproduciéndose como estilo de vida. Así, el NSE, entrelazado con otros determinantes sociales estructurales de la salud, pudo influir no sólo en los resultados de salud de manera 'causal', sino también -a través de mecanismos donde participaron contextualmente- en la definición del estado de salud y en el valor atribuido a la salud. Considerar este efecto diferencial de los determinantes sociales de la salud en la obesidad, sería importante para el logro de intervenciones efectivas en salud.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; Gradiente social; Inequidad; Investigación cualitativa; Nivel socioeconómico; Obesidad.

ABSTRACT

The objective of the study was to explore the influence of socio-economic status (SES), as a structural social determinant of health, in the construction of the meaning and value attached to obesity. To do so, we conducted semi-structured interviews with obesity care users from two health centres, targeting socio-economic differences amongst participants. Using thematic content analysis, the findings were organised into four inductively constructed categories, labelled as: 1) the meaning attached to suffering from obesity; 2) awareness of the impact of obesity on one's health; 3) the search for

1. Universidad Andres Bello, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública. Santiago, Chile.
2. Universidad Andres Bello, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Escuela de Kinesiología. Santiago, Chile.
3. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería, Centro Colaborador OPS/OMS. Santiago, Chile.

*Dirigir Correspondencia: Jeffrey H. Thomas Lange.
Instituto de Salud Pública,
Universidad Andres Bello. Santiago, Chile.
Fernández Concha 700, Las Condes. Edificio C1, Piso 1.
E-mail: thomaslange.j@gmail.com

Este trabajo fue recibido el 11 de junio de 2020.
Aceptado con modificaciones: 13 de julio de 2020.
Aceptado para ser publicado: 04 de septiembre de 2020.

alternatives while being obese; 4) attributed origin of obesity. Obesity was understood as a medical category, varied in meaning as well as in the way it was problematized depending on SES, acquiring contradictory meanings. Healthism is incorporated in a heterogeneous way among different socioeconomic groups, reproduced via specific lifestyles. Thus, SES, intertwined with other structural social determinants of health, was not only a 'cause' of the outcome but also contextually in the mechanisms through which health status and the value of health were defined. Considering this differential effect of social determinants of health would be important in designing appropriate health interventions. Keywords: Inequalities; Qualitative research; Obesity; Social determinants of health; Social gradient; Socio-economic status.

INTRODUCCIÓN

Aunque la perspectiva de los determinantes sociales de salud (DSS) se ha instalado como un campo relevante en la investigación epidemiológica, el énfasis hasta ahora ha estado en considerarlos como factores de riesgo sobre los resultados de salud, más que en explorar sus mecanismos de acción. Una explicación desde la mirada del resultado presenta el riesgo de conducir a decisiones deterministas, ignorando la complejidad de interacciones detrás de ese resultado. Por ello, el presente artículo ofrece un enfoque diferente, analizando cómo los DSS—delimitados por el nivel socioeconómico (NSE)—influirían en la conceptualización y valoración de la obesidad y estado nutricional.

Los cambios demográficos experimentados por Chile en las últimas décadas, han posicionado al sobrepeso y obesidad entre las problemáticas más urgentes en materia de Salud Pública¹, convirtiéndose en uno de los principales factores de riesgo tanto de morbilidad como de mortalidad a nivel nacional². La última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017) evidenció que el 74,2% de los chilenos mayores de 15 años presentan malnutrición por exceso³.

La urgencia de abordar esta problemática sanitaria radica en que la obesidad, en sí misma una enfermedad crónica no transmisible, representa el principal factor de riesgo para una serie de comorbilidades: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, entre otras^{4,5,6}. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas comorbilidades asociadas a la obesidad ocasionarían dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe⁷.

Los patrones alimentarios poco saludables y el sedentarismo suelen ser causales atribuidas a la obesidad, sin considerar que bien podrían ser expresiones conductuales a partir del contexto social donde la vida de las personas se desenvuelve, lo que la literatura internacional ha denominado “determinantes sociales de la salud”^{8,9}. Los DSS son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial y local. A su vez, dependen de las políticas adoptadas y explican la mayor parte de las inequidades del sistema sanitario⁹, entendiéndose estas, como diferencias injustas y evitables. A partir de lo expuesto, postulamos que los DSS pueden ayudar a comprender (y tratar) las causas distales de las enfermedades.

Estos atributos del entorno físico y social se encuentran relacionados directamente a la prevalencia de sobrepeso y obesidad^{10,11}. A nivel local, esto se evidencia en las últimas versiones de dos estudios de prevalencia: La Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes¹² y la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario¹³.

El primero de ellos muestra que la práctica de actividad física y deporte (AFD) se relaciona directamente con el NSE, develando que el porcentaje de personas que mayoritariamente practican AFD se ubica en el segmento socioeconómico más alto (ABC1) y que la práctica va disminuyendo a medida que baja el NSE. El segundo estudio, muestra que el consumo de alimentos considerados como saludables —frutas, verduras,

lácteos y pescado— es directamente proporcional al NSE. Al igual que la ENS 2016-2017³, este segundo estudio explicita que la prevalencia de obesidad en Chile es mayor en los sectores de menor NSE.

Se observa así, que los dos factores protectores más comúnmente identificados frente a la obesidad se ven disminuidos en la población más vulnerable. Esto viene a reafirmar los datos que indican, que cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud¹⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que sólo se alcanzaría una intervención eficaz si las políticas públicas son direccionadas por los diferentes actores o partes interesadas, y siendo diseñadas de manera pertinente a las circunstancias locales¹⁵. Esto cobra especial relevancia en Chile, país con el mayor nivel de inequidad entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)¹⁶.

El NSE representa un DSS estructural; aquellos que fortalecen la estratificación de la sociedad configurando la salud de la población según la ubicación que se ocupe dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la producción de inequidades en materia de salud⁹, representando así causas sociales de las enfermedades. Dicho de otro modo, los DSS representan el origen fundamental de una problemática de salud, en este caso, la obesidad. Debido a la inmensa variabilidad dentro de los DSS entre individuos, este estudio exploró los mecanismos a través de los cuales los DSS—particularmente el NSE—actúan de manera contextual en la construcción de significados y del valor que se atribuyen al estado de salud nutricional y obesidad.

Tras este objetivo subyace un interés por ampliar la literatura sobre los DSS más allá del punto de vista de la causalidad. Se postula que, incluyendo en el diseño de políticas públicas el efecto indirecto de los DSS en la singularidad local, se podrán diseñar intervenciones más eficaces.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología del presente estudio fue cualitativa exploratoria, desde un enfoque interpretativo que permitió estudiar los mecanismos de los determinantes sociales en el contexto de la experiencia vivida¹⁷.

El criterio de selección de la muestra fue intencional, utilizando la saturación teórica para definir el tamaño de la muestra, es decir, el proceso de reclutamiento y selección de participantes concluye al momento de repetirse en los relatos los principales conceptos en las entrevistas, y cuando no aparecen otros contenidos relacionados con las categorías emergentes.

Se incluyeron participantes de dos centros de salud de la ciudad de Santiago de Chile, uno privado y otro público, intentando así acercarse a dos grupos con amplias diferencias en relación a su NSE. En cada centro de salud,

el reclutamiento inicial de participantes se realizó a través de una profesional nutricionista. Ellas identificaron usuarios que, respetando los criterios de inclusión y exclusión, pudiesen interesarse en participar de manera voluntaria en el proyecto. A los usuarios se les solicitó autorización para ser contactados por el investigador principal, quien agendó con cada participante una reunión a realizarse en el mismo centro de salud. En esta aproximación, se les comunicó con claridad los objetivos de la investigación, garantizando confidencialidad de los resultados. Quienes aceptaron participar voluntariamente, firmaron un consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: ser chileno/a; hispanohablante; mayor de 18 años; estar en condición de obesidad (IMC > 30); ser usuario en tratamiento por obesidad de uno de los centros clínicos asociados al estudio; y no tener ninguna afección cognitiva que le dificulte firmar un consentimiento informado, responder un cuestionario y/o llevar a cabo una entrevista. El único criterio de exclusión contemplado fue el haberse sometido a una cirugía bariátrica.

El primer grupo de participantes estuvo constituido por usuarios habituales de un centro de salud familiar (CESFAM) emplazado en la comuna de Puente Alto, donde todos ellos residen. Dentro de las comunas de la Región Metropolitana, ésta presenta uno de los mayores porcentajes (27,1%) de pobreza multidimensional¹⁸. Todos los usuarios de este centro son beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA), especialmente del subgrupo de mayor pobreza (FONASA A y B).

Por otro lado, el segundo grupo de participantes estuvo conformado por usuarios atendidos en un centro médico (CM) de referencia a nivel nacional, emplazado en la comuna de Las Condes, una comuna donde sólo el 4,8% de su población vive en condición de pobreza¹⁸. La población aquí atendida no requiere de residir en la misma comuna, sin embargo, cuentan mayoritariamente con una cobertura de salud privada y/o con la capacidad de pago particular. Cabe mencionar que sólo el 18% de la población nacional cuenta con cobertura privada en salud¹⁹.

Se diseñó y aplicó una pauta de entrevista flexible basada en el modelo “McGill Illnes Narrative Interview” (MINI), destinada a producir narrativas que pueden analizarse con múltiples fines (significados personales de la enfermedad, contextos socioculturales, secuencias históricas, modos de razonamiento, etc.), permitiendo a partir de ella, análisis tanto cualitativos como cuantitativos²⁰. En esta adaptación, se priorizaron temáticas relacionadas con la historia individual de cada participante con su peso: ¿Cómo fue subiendo de peso a lo largo de la vida? ¿Cómo definiría su peso actual? ¿Qué significa para usted tener el peso que tiene hoy en día? ¿Recuerda cuándo y cómo se dio cuenta de que tenía obesidad? ¿Cómo impacta esto en su día a día?, entre otras preguntas.

Se realizó un total de 10 entrevistas individuales. Los participantes fueron entrevistados por el investigador principal en un encuentro único y dentro del mismo centro

clínico asociado al estudio. Estas entrevistas fueron grabadas, transcritas palabra por palabra y posteriormente organizadas y analizadas usando análisis de contenido temático; se crearon códigos concordantes con la pregunta de investigación para luego subdividir temas según la necesidad de dar sentido a las ideas surgidas (códigos inductivos). Para garantizar el rigor metodológico en esta investigación, se resguardaron los criterios de rigor descritos por Guba y Lincoln²¹: Credibilidad, Neutralidad y Transferibilidad.

Esta investigación contó con la autorización del Comité Ético Científico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, así como del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

RESULTADOS

Como se muestra en la tabla 1, de las 10 entrevistas realizadas, seis de ellas corresponden a usuarios atendidos en el centro de salud privado (CM), mientras que las cuatro restantes corresponden a usuarios atendidos en el centro de salud estatal (CESFAM). Dentro de la muestra hubo 8 participantes de sexo femenino y 2 de sexo masculino; las edades fluctuaron entre 23 y 63 años, con un promedio de 43 años de edad.

Al analizar las diferencias entre los dos grupos participantes, además de contar con diferentes tipos de aseguramiento en salud, se observan otros determinantes sociales estructurales e intermedios diferenciales entrelazados, como la educación (capital cultural institucionalizado) y el empleo. Estas características diferenciales entre ambos grupos, permitirían presumir indirectamente que sus integrantes pertenecen a NSE diferentes. Sin embargo, y como excepción al marco muestral, hubo una participante que teniendo cobertura pública de salud, menor nivel educacional, trabajo menos calificado y residencia en una comuna de mayor vulnerabilidad –perfil característico del grupo de participantes atendido en CESFAM– realizó su tratamiento en el centro médico particular asociado a este estudio. Esto, mediante un mayor endeudamiento, debiendo trabajar doble jornada, desempeñándose como auxiliar de aseo fuera de su horario regular de técnico en enfermería. Sin haberlo anticipado, se contó con una participante que pudo entregar simultáneamente información sobre ambos extremos del criterio muestral principal (NSE).

Luego de ser analizados los textos, inductivamente se crearon 4 meta-categorías principales en que se organizaron los relatos: 1. significado atribuido de vivir con obesidad, 2. conciencia manifiesta del impacto de la obesidad sobre la propia salud, 3. búsqueda vivida de alternativas ante la obesidad y 4. origen atribuido de la obesidad.

A partir del significado personal atribuido a la obesidad, se distingue por parte del sector más acomodado, una carga negativa sobre la vivencia de ésta, mientras que en el subgrupo opuesto no se explicita una carga particular en relación al vivir siendo obeso, sino hasta que lo asocia a una “afección de salud”. Ejemplo de esto último es el relato de una participante atendida en el centro de salud

estatal, quien manifestó: *El peso no es un tema que me quite el sueño [...] no me preocupa que digan “oye, estás gorda, estás guatona, estás desarmada”. Yo digo, “ya fui mercedes Benz en mi tiempo” (CESFAM2).* De igual modo, una segunda participante del mismo centro expresó: *Es que nunca me ha afectado en verdad [...] nunca me afectó en un 100%. Ahora lo veo más por un tema de salud. Nunca fue por un tema estético o algo así, sino que es más por mi salud (CESFAM1).* Por otro lado, quienes pertenecen a un NSE más acomodado explicitan la vivencia de la obesidad como un “problema” y “preocupación permanente” a lo largo de la vida, como en el siguiente pasaje: *Para mi el tema de comer ha sido siempre así jes que es un tema! Si como más de la cuenta o como mucho ... (pienso) “que voy a engordar, que voy a engordar”, el run run constante digamos (CM2).*

A pesar de existir una carga diferencial sobre la vivencia de la obesidad según NSE, el reconocimiento de las consecuencias de salud asociadas a la obesidad, en ambos

grupos, fueron concientizadas recién cuando el equipo médico así lo definió, generalmente mediante exámenes de laboratorio: *Entonces, uno se empieza a preguntar ¿por qué dejaste pasar tanto tiempo y no hiciste algo antes? Uno de verdad no se da cuenta [...] Yo llegué acá sin saber que tenía una serie de enfermedades, vine sólo por estética [...] después, con los exámenes, empiezas a ver que estás súper mal ¿cachay? Y ahí recién tomas conciencia (CM3).* Cabe destacar que el propio peso, sin importar qué tan alto sea, no se condijo con los términos empleados para referirse al él, utilizándose términos como “obeso”, “gordito” o “sobrepeso” de manera indiferenciada al grado de obesidad, a la manera de vivirla o al grado de conciencia sobre la misma. Junto con ello, llama la atención que el grado de obesidad tampoco se relaciona con una mayor o menor percepción de las consecuencias que tiene esta sobre la propia salud: *(Estoy) con sobrepeso, 115 kgs. ahora [...] Me hicieron todos los chequeos y estaba más o menos bien, hasta este año que se me agregaron 6 patologías (CM5).*

Tabla 1. Caracterización de la muestra.

Participante	Cobertura de Salud	Sexo	Edad	Nivel Educacional	Actividad	Situación Laboral
CM1	ISAPRE	F	25	Superior Completa (Técnico)	Chef	Inactivo
CM2	ISAPRE	F	49	Superior Completa (Universitaria)	Educadora de párvulo	Desempleada
CM3	ISAPRE	F	31	Superior Completa (Universitaria)	Ing. Adm. Empresas	Empleado
CM4	FONASA	F	36	Superior Completa (Técnico)	Auxiliar de Aseo y TENS	Empleado
CM5	ISAPRE	M	43	Superior Completa (Universitaria)	Ing. Civil Industrial	Empleado
CM6	ISAPRE	F	40	Superior Completa (Universitaria)	Psicóloga	Empleada
CESFAM1	FONASA	F	23	Secundaria Completa	Vendedora	Inactivo
CESFAM2	FONASA	F	63	Secundaria Completa	Personal Administrativo	Empleado
CESFAM3	FONASA	M	61	Secundaria Incompleta	Operario de maquinaria	Desempleado
CESFAM4	FONASA	F	59	Básica Incompleta	Dueña de casa	Inactivo

CM: Centro Médico CESFAM: Centro de Salud Familiar FONASA: Fondo Nacional de Salud ISAPRE: Institución de Salud Previsional.

En relación a la búsqueda vivida de alternativas ante la obesidad, encontramos la “búsqueda de alternativas no quirúrgicas” como primera herramienta utilizada. Estas fueron practicadas típicamente por quienes provienen de un NSE más acomodado, refiriendo dos estrategias particulares. En primer lugar, se documentó la práctica de tratamientos, dietas y ejercicios auto-prescritos y, al no obtenerse los resultados esperados, una posterior búsqueda de tratamiento médico profesional: *En la adolescencia uno empieza ponerse más pretenciosa y ahí hice todas las dietas: la de la manzana, la dieta de la luna, etc. Siempre estuve haciendo dieta, hice mil y una dieta para bajar y no podía bajar, y por eso vine, porque ya con dieta no podía* (CM3).

Se observa que el sector más acomodado identificaría su condición de sobrepeso u obesidad de manera temprana, experimentando activamente estrategias de solución frente a una vivencia problemática de su peso. Esta búsqueda no estaría necesariamente motivada por una preocupación sobre las consecuencias de salud, pero el acceso oportuno a atención profesional –luego de experimentar estrategias individuales previas– facilitaría la problematización de los efectos del estado nutricional sobre la propia salud, así como también un tratamiento médico formal como solución.

El sector más vulnerable muestra una menor preocupación por dar solución a la obesidad, al no vivirla con pesar ni considerarla como un problema. Así, las estrategias individuales no son una herramienta utilizada frecuentemente. En cuanto a la búsqueda de tratamiento médico profesional, en caso de buscarlo como alternativa de solución, el sector más vulnerable enfrentaría una barrera de acceso que se materializa en una menor y más tardía consulta con especialista. Dentro del sector público de salud, donde se atiende el grupo de participantes de menor NSE, el tratamiento médico asociado a la obesidad tiene un abordaje típicamente pasivo, a través de una derivación por decisión profesional. Ejemplo de ello es la vivencia relatada por aquella participante obesa perteneciente a un sector socioeconómico vulnerable que de manera excepcional y mediante endeudamiento, pudo acceder a un tratamiento particular. Ella explicitó las diferencias del proceso vivido entre el sector público y el privado, contándonos: *Busqué la ayuda. Hablé con la matrona (en el CESFAM), porque tiene que verte la matrona o un médico general y dependiendo de cómo estés, te mandan donde la nutricionista. Le comenté a la matrona que me sentía muy gorda y me dijo que no estaba en el rango para que me vea la nutricionista ¡poco mas me dice que estaba flaca!, pero a la vez, cuando te pesaba decía “mira como estás de gorda.”* (CM4). Estas singularidades del sector socioeconómicamente menos acomodado explicarían la menor probabilidad de experimentar estrategias activas y/o tempranas para abordar la obesidad.

Relacionado a la última meta categoría, origen atribuido a la obesidad, existió un correlato entre ambos grupos en cuanto a las causales más comúnmente identificadas. Los usuarios, una vez en tratamiento para bajar de peso, suelen juzgar muy duramente su propio actuar en el pasado e

incluso culpabilizarse. Así, la “responsabilidad propia”, suele ser la primera causal verbalizada y a la que se le atribuyó mayor grado de importancia, por ejemplo: *Uno se lo buscó ¿me explico? Nadie te obliga a ser sedentario o a estar en la casa comiendo* (CM1).

Una segunda causa referida como responsable de la obesidad fueron los aspectos biológicos, destacando dentro de ellos, el “embarazo”. Así, se identifica una causal de la condición de obesidad a partir de las mujeres madres, quienes en su totalidad, le atribuyen al embarazo un impacto negativo en el peso actual, incluso, sin importar cuántos años hayan pasado desde el último parto: *Después, a los 20 yo tuve a mi primera hija y ahí subí 15 kg, pero nunca pude bajar esos 15 kg.* (CM3).

La tercera causal atribuida como origen de la obesidad se relaciona explícitamente al NSE, donde un “menor NSE” contribuiría a tener mayor probabilidad de desarrollar obesidad. Así, ambos grupos de participantes del estudio señalaron que al tener un menor NSE se tiene también menor acceso a alimentos de calidad, destacando el mayor costo de los alimentos más saludables y bajos en calorías. A su vez, concordaron en que existiría una conducta alimentaria diferenciada según NSE, donde la población más vulnerable mostraría un comer más cuantioso asociado a una idiosincrasia estratificada, junto con una menor educación alimentaria. Como último punto en común, los participantes de ambos grupos identificaron desventajas propias del NSE más vulnerable en cuanto a acceso a actividad física y a otras actividades de autocuidado. Esto estaría principalmente marcado por largas horas de transporte entre el hogar y el trabajo, la imposibilidad de contar con ayuda en tareas domésticas, y la menor red de apoyo para el cuidado de niños, siendo todos estos ejemplos de realidades más frecuentes dentro de un contexto socioeconómico más bajo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El significado atribuido a la obesidad está distribuido heterogéneamente según NSE, tomando sentidos variados, incluso contradictorios. Esto permite apreciar que la carga negativa atribuida a la obesidad, tanto social como emocional, estaría modelada contextualmente por determinantes estructurales, siendo evidentes en el sector más acomodado de la gradiente social. Cabe recordar que, dentro de la realidad local, la prevalencia de obesidad es precisamente inversamente proporcional al NSE³. Esta mayor prevalencia de obesidad en la clase social baja se puede atribuir a la menor internalización de valores de delgadez en comparación a las clases alta y media, pudiéndose incluso observar que grupos sociales en ascenso presentan menor prevalencia de obesidad que su grupo de origen, en tanto se identifican e internalizan los valores de la clase social a la que se aspira²².

Un NSE más acomodado reconocería lo saludable como un logro, incluso como signo distintivo e indicador de status, demostrando así un estilo de vida que se sabe exclusivo entre sus pares y un acceso a un servicio sanitario

que resulta de elite²³. Por el contrario, para el sector menos acomodado la delgadez o salud en general sería algo transversalmente muy difícil de lograr, por lo que no actuaría como signo diferencial entre pares. Esto se relaciona con la noción de Bourdieu²⁴ sobre la “paradoja del gusto de la necesidad”, la cual sostiene que, a medida que las personas descienden en el orden socioeconómico, tienden a atribuirse a sí mismas lo que la distribución les atribuye, rechazando lo que se les niega (“Eso no es para personas como nosotros”). Reflejando esto, una usuaria atendida en el sector público intenta explicar la mayor prevalencia de obesidad presente en el sector socioeconómico más bajo, declarando: *¿sabe por qué es? Porque la que tiene mayor ingreso, se va a cuidar por la silueta o por las apariencias. La que tiene menos no se va a cuidar por nada, porque no le interesa po [...] la que es pobre, no tiene ese estima de sobresalir. Ella sobresale, porque es buena para el baile, porque es buena para las actividades manuales, esas cosas. El pobre es así* (CESFAM2). Otra participante añade: *Usted se debe cuidar, debe tomar harta agua, caminar mucho, comer comida sana [...] Es difícil que usted vaya al Mc Donald's a comer comida chatarra. En cambio nosotros no. [...] Mi hija trabaja en un colegio como manipuladora de alimentos. Allá cocina todo por porción. De eso, en mi casa no se come nada, porque no nos gustan esas comidas. Si usted se va a comer un bistec en mi casa, usted se come el bistec, no el churrasco, el bistec de ¼. ¡Eso es lo que se come en mi casa!* (CESFAM4).

Se puede observar que en el sector menos acomodado también existirían signos de diferenciación entre pares, distintos al los del NSE más alto. En este caso, marcados por la abundante comida. En relación a ello, una joven atendida en el centro de salud público, realiza espontáneamente una comparación entre familiares de distinto NSE, identificando una conducta alimentaria particular del segmento social más bajo: *Y no sé si irá por un tema de que comiendo más se sienten menos pobres o no sé [...] no hay plata pero sí hay mucha comida y es como “coma, sí hay”. Entonces, quizás lo hagan por ese lado también* (CESFAM1). Así, al existir una relación con el cuerpo diferenciada entre estratos sociales, marcada por un significado y valoración heterogéneo de lo saludable^{23,24,25}, el NSE moldearía DSS intermedios típicamente asociados a causales de la obesidad como lo son la conducta alimentaria y práctica de actividad física. Sin embargo, esta influencia no sería el resultado de la escasez o abundancia monetaria directamente, sino de la probabilidad de practicar una conducta saludable según la relación que la clase social tenga con el cuerpo y el salutismo^{26,27}.

A partir de esta vivencia diferencial, se explicaría en parte cómo actúan los distintos DSS en cada contexto, existiendo DSS intermedios o causas proximales y DSS estructurales o causas fundamentales²⁸. A pesar de que los sujetos obesos de distinto NSE relatan una vivencia diferencial de la enfermedad, comúnmente a través de DSS intermedios, se recalca la importancia vital de entender que

la causa fundamental, como son las condiciones estructurales de una sociedad, operan de manera diferente, moldeando significados, representaciones y, finalmente, expectativas.

En relación a lo ya expuesto, se levanta un importante cuestionamiento. Pareciera que a la vivencia de la obesidad no se le asigna, necesariamente, un significado problemático y que el término “obesidad”, al estar excluido del proceso de asignación de sentido, podría no ser más que una etiqueta médica lejana a la red semántica en que el individuo se sitúa a sí mismo(a) y a su cuerpo. Pareciera ser que el término “obesidad” no es manejado por toda la población de la misma forma, lo que daría cuenta de una dimensión cultural de los DSS, donde los mismos sujetos obesos utilizan términos indiferenciados para referirse a su propio peso (“sobrepeso” “gordura” “obesidad” y “morbicidad”), muchas veces sin matices de gravedad o riesgo. La obesidad rápidamente se transformaría en un estilo de vida, que no se problematiza hasta que el equipo biomédico la conceptualiza en sus categorías como factor de riesgo.

Por último, en lo que respecta al género, considerado como un DSS asociado a desventajas sobre la población femenina, la mujer es objeto de condicionantes que la hacen más propensa a la ganancia de peso. Si bien entre los procesos fisiológicos se encuentra el embarazo, en las inequidades sociales se encuentran los cuidados familiares, más comúnmente asignados a la mujer. Esto se ve mayormente en el NSE vulnerable, que registra mayor número de hijos por mujer y mayor prevalencia del rol de dueña de casa como ocupación principal²⁹, lo que acentúa aún más la gradiente de NSE por sexo. La obesidad es menor en mujeres profesionales que entre las dueñas de casa, ya que junto con presiones sociales por guardar una imagen (valor comercial de la delgadez), tienen menos hijos y más tardíamente, y mantienen un doble rol: madre y profesional. Además, el contar con apoyo a través de servicio doméstico mermaría la desexualización del rol materno^{22,29}.

El cuerpo es un elemento central en las sociedades modernas, con énfasis en el individuo, una expresión y empleo de libertad, identidad, belleza, salud, prestigio, etc. El físico pasa a ser una materia manipulable para la persona, sometido a diversos mecanismos de control biopolítico³⁰. Las diferencias de NSE podrían también interactuar contextualmente con el desarrollo de esta capacidad individual de manipulación, donde el logro se asociaría con la autointerpretación de capacidades y con la valoración que el cuerpo y la salud tengan en el ideario.

Los autores del presente estudio reconocen en el mismo limitaciones asociadas al muestreo realizado por conveniencia y que resultó en una disparidad entre el número de participantes de cada género. Esto podría dificultar el reconocimiento de relaciones específicas del género masculino con la construcción de significado y valoración del estado nutricional. Además, como se explicitó, la aproximación a diferentes NSE fue indirecta, pudiendo haber espacio para imprecisiones.

CONCLUSIONES

Se postula que las políticas sanitarias públicas suelen abordar causales próximas de las distintas condiciones de salud, como son el sedentarismo y la alimentación desbalanceada, sin considerar que estas bien pueden ser expresiones conductuales a partir del contexto social donde la vida de estas personas se desenvuelve.

Respondiendo a la pregunta de investigación que gestó este estudio, la construcción de significado atribuido a la obesidad estaría distribuido heterogéneamente según NSE, tomando sentidos variados, incluso contradictorios. Mismo fenómeno se observaría sobre el valor asignado a la salud y enfermedad, influido por el efecto contextual de los DSS: NSE, dimensión cultural, empleo, acceso a salud, roles sociales, entre otros.

Se plantea que, considerar el efecto indirecto de los determinantes estructurales sobre una población, ayudaría a comprender las causas distales de enfermedades, pudiéndose diseñar intervenciones más eficaces y acordes a la singularidad local.

La normalización y una valoración no necesariamente negativa atribuida a la vivencia como obeso u obesa, sumado a la sobredemanda del sistema público, conllevan a que la intervención profesional en este sector mayoritario en Chile, sea mucho más tardía. Esta sumatoria de factores pueden explicar en gran medida la prevalencia dispar de obesidad a lo largo de la gradiente social en salud.

Es de suma importancia comprender que el bienestar no se alcanzaría sin considerar las causas sociales subyacentes que socavan la salud, siendo necesario abordar la obesidad en el contexto social, tanto como los mecanismos con que los DSS definen, moldean y estratifican el estado de salud, su valor y significado. Al ser Chile uno de los países con mayor índice de inequidad del mundo, investigar los mecanismos de los DSS cobra una doble importancia.

Este estudio es una contribución a la literatura sobre los DSS. Más allá de la causalidad, tanto en nutrición como en otros aspectos, comprender la forma en que los DSS influyen de manera contextual puede favorecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Agradecimientos. Agradecemos al Dr. Ricardo Ayala, investigador en Ghent University, por su valioso aporte al presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azar A, Franetovic G, Martínez M, Santos H. Individual, social and environmental determinants of overweight and obesity among Chilean adolescents. *Rev Med Chil.* 2015; 143: 598-605.
2. Petermann F, Durán E, Labraña AM, Martínez MA, Leiva AM, Garrido-Méndez A, et al. Risk factors for obesity: analysis of the 2009-2010 Chilean health survey. *Rev Med Chil.* 2017; 145: 716-722.
3. Chilean National Ministry of Health. National Health Survey Report (ENS) 2016-2017. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile, 2018.

4. Salas C, Cristi-Montero C, Fan Y, Durán E, Labraña AM, Martínez MA, et al. Being physically active modifies the detrimental effect of sedentary behavior on obesity and cardiometabolic markers in adults. *Rev Med Chil.* 2016; 144: 1400-1409.
5. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2009; 9: 1-20.
6. Antonio AL. Overweight and obesity as a health problem. *Rev Med Clínica Las Condes.* 2012; 23: 145-153.
7. Pan American Health Organization. Non-communicable disease. Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=213
8. Chilean National Ministry of Health. Social determinants of health. Available from: <https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
9. Pan American Health Organization. Health in the Americas. Washington D.C. PAHO. 2012; 14-24.
10. World Health Organization. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen. WHO. 2014; 1-4.
11. Wellesley Institute. Reducing Childhood Obesity in Ontario through a Health Equity Lens. Toronto, Wellesley Institute, 2012; 5-9.
12. Chilean National Ministry of Sport. National Survey of Physical Activity and Sports 2018. Ministerio del Deporte (MINDEP), Gobierno de Chile, 2018.
13. Chilean National Ministry of Health. National Survey of Eating Habits 2010. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile, 2011.
14. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Río de Janeiro. WHO. 2011; 45.
15. World Health Organization. Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity. Geneva. WHO. 2016; 20.
16. Organization for Economic Co-operation and Development. Income inequality remains high in the face of weak recovery. OECD. Paris. 2016; 1.
17. Burns N, Grove SK. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. Elsevier Health Sciences, Ney York, 2011.
18. Chilean National Ministry of Social Development and Family. National Socioeconomic Characterization Survey (CASEN) 2015. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile, 2016.
19. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. The Chilean health system. *Salud Pública Mex.* 2011; 53: 132-146.
20. Groleau D, Young A, Kirmayer L. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry.* 2006; 43: 671-691.
21. Guba EG., Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. Jossey-Bass, San Francisco, 1981.
22. Sobal J. Obesity and socioeconomic status: A framework for examining relationships between physical and social variables. *Med Anthropol* 1991; 13: 231-247.
23. Wiltshire G, Lee J, Williams O. Understanding the reproduction of health inequalities: physical activity, social class and Bourdieu's habitus. *Sport Educ Soc.* 2019; 24: 226-240.
24. Bordieu P. Distinction: A social critique of the judgement of

- taste. Harvard University Press, Cambridge, 1984.
25. Shilling C. *The body and social theory*. SAGE, London, 2003.
 26. Bordieu P. *The logic of practice*. Polity Press, Cambridge, 1989.
 27. Kirk D, Colquhoun D. Healthism and physical education. *Br J Sociol Educ*. 1989; 10: 417-434.
 28. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995; Extra Issue: 80-94
 29. Sossa Rojas A. Analyzing the body, physical beauty and consumption in light of Michel Foucault. *Polis Rev Latinoam*. 2011; 10: 559-581.
 30. Barrera Ó. The idea of body in Marx, Bordieu and Foucault. *Iberóforum. Rev Cienc Soc Univ Iberoamericana*. 2011; 6: 121-137.