

OBESIDAD, UNA MIRADA DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA.

Obesity, a view from critical epidemiology.

Autoras: : Peresini Virginia^a, Hunziker Carola Isabel^{b,c}

a. *Médica Familiar y General. Prof. Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas; Universidad Nacional de Córdoba.*

b. *Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA). UNC – CONICET. Córdoba, Argentina.*

c. *Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos-Córdoba (ICYTAC) CONICET-UNC. Córdoba, Argentina.*

Autor de correspondencia:
Virginia Peresini.

E-mail:
virperesini81@hotmail.com

Recibido:01/02/2020
Aceptado: 08/03/2020

RESUMEN

Este artículo responde a un trabajo de reflexión crítica basada en el análisis de artículos nacionales e internacionales acerca del proceso salud-enfermedad con un enfoque desde la epidemiología crítica a fin de explicar las nuevas formas del “hambre” que atraviesan el entramado social. Se comprende así al proceso de salud-enfermedad, sus representaciones y las respuestas sociales para enfrentarlos, cómo hechos socio históricos que atañen a los colectivos humanos; desde este enfoque pensamos las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como problemáticas que obedecen a inequidades en la distribución y a la ausencia del Estado como ente regulador, que llevan a que el alimento sea una mercancía y no un derecho. Para ello retomamos el término de sindemia y desarrollamos el concepto de inseguridad alimentaria desde un enfoque de derechos. A partir de allí proponemos transformaciones en la mirada y en el abordaje de problemas de salud desde una perspectiva compleja, a fin de superar el reduccionismo de las soluciones individuales que llevan a la medicalización como consecuencia de una visión individualista, biológica y mecanicista del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados.

Presentamos los datos de fuentes secundarias realizadas durante las últimas décadas, con el objeto de demostrar la necesidad de pensar la problemática de la obesidad desde una perspectiva crítica, analizando las tres dimensiones de determinación social de la salud: dimensión general, particular y singular. Finalmente presentamos datos de diversas fuentes, que muestran las características mundiales y locales de la alimentación y de su relación con las cifras de morbimortalidad.

PALABRAS CLAVE: Determinación social de la salud; Epidemiología crítica; Obesidad .

ABSTRACT

This article responds to a work of critical reflection based on the analysis of national and international articles that go through health-disease process focus on critical epidemiology to explain the new forms of “hunger” that cross the fabric of society. Thus, health-disease process, its representations and social responses to face them, are understood as socio-historical facts that concern human collectives; From this perspective, we think of chronic non-communicable diseases (NCDs) as problems that are due to inequities in distribution and the absence of the State as a regulating entity, which lead to food being a commodity and not a right. To do this, we get back to the term syndemics and develop the concept of food insecurity from a rights perspective. From there, we propose transformations in the outlook and approach to health problems with a complex perspective, in order to overcome the reductionism of individual solutions that lead to medicalization as a consequence of an individualistic, biologist and mechanistic vision of the health-sickness-attention-care process.

We will present data from secondary sources carried out during the last decades, in order to demonstrate the need to think about the obesity problem from a critical perspective, analyzing how it is socially determined by developing the three levels of determination. Finally, we present data from various sources, which show the global and local characteristics of diet and its relationship with the morbidity and mortality figures.

KEYWORDS: Social determination of health; critical epidemiology; Obesity.

INTRODUCCIÓN

La determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada especialmente por autores de la corriente latinoamericana. Esta perspectiva de análisis pone el foco en la relación existente entre el orden social capitalista y la salud. La categoría de determinación social, realiza una crítica al paradigma empírico-funcionalista y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir. Desde esta perspectiva, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado.

Este enfoque muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y prevención individual. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, en cambio, se comprende al proceso de salud-enfermedad, sus representaciones y las respuestas sociales para enfrentarlos, como hechos socio históricos que atañen a los colectivos humanos, analizando dicho proceso en sus tres dimensiones: general, particular y singular.

El objetivo de este trabajo es explicar la determinación y distribución de la salud más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología del individuo, es decir de un sujeto individualizado, descontextualizado de una trayectoria biográfica¹.

Pensar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y en particular la obesidad desde la determinación social, implica, en primera instancia, comprender la magnitud del problema a nivel mundial, donde, en el marco del proceso de “transición epidemiológica”, las ECNT representaron 73% de las muertes en 2017; y más de la mitad de estas muertes (28,8 millones) fueron atribuibles a sólo cuatro factores de riesgo: presión arterial alta, tabaquismo, alto nivel de glucosa en la sangre y alto IMC². Un IMC elevado (≥ 30) es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). Se conoce además que existe una significativa asociación entre las desigualdades socioeconómicas y la mayor carga de enfermedad (CE) por las ECNT y sus factores de riesgo³.

Se han identificado complejos impulsores de la epidemia de obesidad, la cual tiene alcance global y afecta fundamentalmente a los países de ingresos bajos y medios. La inadecuada nutrición debida

a condiciones sociales adversas, bajos niveles de educación, discriminaciones raciales, étnicas, conflictos, y fundamentalmente la ausencia del Estado en la atención de cuestiones sociales, son algunas de las razones que explican este fenómeno. La política sanitaria que adopta el Estado actúa como determinante al definir aspectos macro que inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones⁴. A ellas se agrega el impacto de la globalización sobre las costumbres alimentarias, con la difusión, a escala casi planetaria, de los alimentos procesados y ultra procesados, que a menudo son densos en calorías con un alto contenido en grasas y azúcares; contribuyendo todos estos elementos a generar los crecientes niveles de obesidad existentes⁵. Para identificar esta problemática recurrimos al término de *sindemia* y desarrollamos el concepto de *inseguridad alimentaria* desde un enfoque de derecho. A partir de esta perspectiva proponemos transformaciones en la mirada y el abordaje de los problemas de salud complejos que nos atraviesan, a fin de superar el reduccionismo de las soluciones individuales que llevan a la medicalización.

La obesidad desde la determinación social de la salud

La noción de determinación social de la salud se comprende como herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir. Así los procesos salud-enfermedad-atención se analizan en tres dimensiones a citar: “dimensión general”, “dimensión particular” y “dimensión singular”; estas dimensiones además se corresponden con diferentes “espacios” de determinación y condicionamiento⁶. Los procesos correspondientes a espacios superiores o “generales” tienen una relación de determinación sobre los procesos que corresponden a espacios de menor jerarquía. Esta relación no debe ser asumida como “causal”, sino como la capacidad de delimitar el “espacio de variabilidad posible” de los procesos y fenómenos.

Cuando un problema es definido en el espacio particular, como perfil epidemiológico de un grupo de población, permite poner en evidencia la potencia explicativa de las acumulaciones, leyes y principios que explican el proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de diferentes grupos de población, condicionados por la denominada matriz de la triple inequidad en la determinación de la salud: género, clase y etnia⁷. Finalmente, en el espacio singular, se incorporará todo el arsenal que posibilita la modificación de dichas condiciones objetivas de existencia. La forma como se desarrollan los hechos en un determinado nivel, se traduce en organización, acumulaciones biológicas y sociales, que afectan los niveles superiores de determinación⁸.

Dimensión general

En el nivel general de determinación social, se

analiza entonces la relación entre los procesos de salud-enfermedad-atención en consonancia con el momento histórico, los modelos económicos, los procesos políticos, el impacto de grandes catástrofes bélicas o naturales⁹.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. Al hablar de desigualdades sociales en salud, es necesario recalcar que estas diferencias en salud no son solo el resultado de factores biológicos o de las elecciones individuales de cada persona, sino que dependen de factores que se acumulan en razón del grupo socioeconómico al que pertenecen cada individuo y son susceptibles de modificarse con políticas públicas efectivas¹⁰. La equidad en salud, por lo tanto, es un valor ligado al concepto derechos humanos y la justicia social.

En la actualidad, pocos factores ejercen tanta influencia sobre la salud y, en consecuencia, sobre la vida, como lo hace la alimentación. El Reporte Mundial de Salud publicado por la organización Mundial de la Salud (OMS) año 2007 expuso que nada menos que seis de los veinte principales factores de riesgo para la morbilidad a nivel global, eran factores nutricionales¹¹.

En las sociedades del pasado donde predominaba la restricción calórica, los pobres eran flacos y los ricos gordos, la cantidad de alimentos modelaba los cuerpos de las clases sociales. Este fenómeno ha presentado una aceleración en las últimas décadas -proceso neoliberal mediante- pero es la génesis y el locus del capital desde sus orígenes. Las hambrunas como fenómeno ajeno a cuestiones climáticas o desastres naturales eran una excepción y, desde hace cinco siglos, son estructurales, e intrínsecos de las relaciones sociales capitalistas, que deben entenderse como relaciones globales, como parte del sistema-mundo.

Actualmente, en un contexto en el cuál los mecanismos de mercado estimulan la producción hasta poner en peligro la sustentabilidad, hay alimento suficiente para que todos los habitantes del planeta coman lo suficiente. Sin embargo, el problema radica en que los alimentos se vuelven mercancías y no un derecho y el mercado no busca equidad sino ganancia, lo que genera que los alimentos se distribuyan según la capacidad de compra. Esta situación condena a los grupos en situación de pobreza a consumir alimentos ricos en energía, que son la oferta más barata, ello y trae como consecuencia que este sector sume a sus déficits nutricionales el sobrepeso. De este modo, se genera el fenómeno de la obesidad en la escasez, fenómeno que es invisibilizado y resulta funcional al sistema que lo produce¹².

La organización Mundial de la Salud caracterizó por

primera vez a “la obesidad” cómo una enfermedad no transmisible de carácter “epidémico”, y le agregó el calificativo de global, a fin de transformarla entonces en una pandemia¹³. Un término más adecuado para hacer referencia a la problemática de la obesidad a nivel mundial, es el de sindemia. El término sindemia (un neologismo que combina sinergia y pandemia). Este término fue acuñado por el antropólogo médico estadounidense Merrill Singer en los años 90 para explicar una situación en la que “dos o más enfermedades interactúan de forma tal que causan un daño mayor que la mera suma de estas dos enfermedades”¹⁴. Entonces, cuando dos o más enfermedades que coexisten, interactúan entre sí y tienen impulsores sociales comunes se propone el uso del término sindemia. Desde una perspectiva de salud integral, un grupo de científicos hablan de una “sindemia global” para referir a los problemas correlativos y sinérgicos entre “obesidad, desnutrición y cambio climático” como efectos de este modelo de capitalismo neoliberal¹⁵. Los investigadores sostienen que, si bien en la actualidad se los observa como problemas sociales, políticos, económicos desconectados, no son más que la sintomatología del Capitaloceno¹⁶. La noción de Capitaloceno alude, justamente, a la idea de una crisis sistémica multidimensional; un evento límite que marca la crisis terminal de un modelo civilizatorio. La pandemia, como síntoma del Capitaloceno, está marcando la crisis terminal de la salud, tanto de los cuerpos biológicos como del propio cuerpo político, lo que, a su vez, remite a la crisis más general de la salud de la Tierra, como resultado del cambio climático. Este último afecta los sistemas alimentarios de muchas formas, entre otras el aumento en los precios de los alimentos básicos que se espera que conduzca a aumentos en deficiencias de nutrientes y desnutrición crónica entre los grupos de población con mayor inseguridad alimentaria.

La obesidad en el mundo y en Argentina, un recorrido histórico.

A mediados de la década de 1970 se comienza a hablar de seguridad alimentaria, con énfasis en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global. En la década de 1980 se agrega la idea de acceso al alimento, tanto económico como físico, y en la de 1990 se llega al concepto de seguridad alimentaria actual que incorpora las nociones de la inocuidad y las preferencias culturales, reafirmando el concepto como un derecho humano¹⁷. Estos diferentes enfoques fueron dirimidos dentro del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial fundamentalmente por iniciativa del movimiento Vía Campesina, ampliándose el concepto de “seguridad alimentaria” al de “soberanía alimentaria”. Se entiende por soberanía alimentaria al derecho de los países y los pueblos a definir sus propias políticas agrarias, de empleo, pesqueras, alimentarias y de tierra, de forma que sean ecológica, social, económica y culturalmente apropiadas para ellos y sus circunstancias únicas. Esto incluye

el verdadero derecho a la alimentación y a producir los alimentos, lo que significa que todos los pueblos tienen el derecho a una alimentación sana, nutritiva, culturalmente apropiada, y a la capacidad para mantenerse a sí mismos y a sus sociedades¹⁸.

Desde esta perspectiva multidimensional e interdisciplinaria que acabamos de plantear es que consideramos debe analizarse el problema de la obesidad. Considerando que la desnutrición y el sobrepeso son dos caras de la misma moneda que ponen en evidencia la desigualdad e injusticia existente en el acceso a los alimentos. Resulta así claro que en este tipo de problemáticas las responsabilidades nunca son individuales, son sino sociales y políticas.

Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo y es la causa de 4 millones de muertes al año. Actualmente, muchos países de ingresos medios y bajos están afrontando una «doble carga» de morbilidad, por una parte, se presentan las enfermedades infecciosas, la desnutrición, y en simultáneo, un rápido aumento en los factores que predisponen a las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, sobre todo en los entornos urbanos. Nos encontramos así con desnutrición y obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar¹⁹.

Los datos de la carga mundial de enfermedades sugieren que, para 2025, casi 268 millones de niños y adolescentes en 200 países tendrán sobrepeso, 124 millones tendrán obesidad, y casi tres cuartas partes (72 ± 3%) de las ECNT que producirán enfermedades y muertes relacionadas con la obesidad, se generarán en los países de medianos y bajos ingresos (PIBM)²⁰.

En las sociedades latinoamericanas los sectores más pobres enfrentan simultáneamente los problemas generados por la desnutrición y, al mismo tiempo, todos los problemas derivados del sobrepeso. Pudiendo coincidir ambos en la misma familia y en el mismo individuo en el ciclo de vida. Frente a los intentos de reducir esta cuestión al ámbito individual (y medicalizarla), resulta imperioso considerar que la obesidad es una problemática social que tiene en gran medida su origen en la modificación de las relaciones sociales que se han generado bajo el imperio del mercado globalizado, que afectan principalmente a los pobres y que continúan creciendo porque resultan funcionales al sistema socioeconómico actual. Al respecto, Patricia Aguirre (2011) aludiendo a la situación del sector, remarca que "Hay un gigantesco mercado para ellos, además de servir como muestra del lugar social de los fracasados. Reduciendo el problema social a un problema individual (su indolencia, adicción a la comida o un metabolismo anómalo) se des-responsabiliza a la sociedad y se los asiste, médica y controla"²¹.

Respecto de la evolución de la problemática en nuestro país, cabe consignar como antecedente que a principios del siglo XX, Argentina entró en las primeras etapas de la transición epidemiológica, proceso en el cual las tasas de mortalidad general tendieron a descender de manera constante. Alrededor de 1960, surge un patrón de comportamiento moderno de la mortalidad, en el que las enfermedades infectocontagiosas disminuyen de manera considerable y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, junto a las neoplasias, pasan a ser las principales causas de defunción²². La transición epidemiológica que atravesó mundialmente el proceso de salud-enfermedad también impactó y produjo cambios en los patrones alimentarios, dichos patrones alimentarios incrementaron la incidencia de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.

Los cambios producidos en la mortalidad en Argentina responden a múltiples factores, entre otros en la formulación de políticas sanitarias, en la atención de la salud y cambios en los factores que implican riesgo de muerte, entre otros²³. En este sentido Adrián Carboneti (2007) remarca que coexisten un sinfín de elementos que contribuyeron a conformar un nuevo régimen epidemiológico, que van desde lo político a lo económico, lo social y lo cultural, y que se resumen bajo el concepto de transición sanitaria. Este concepto alude a una transición tanto en lo concerniente a la atención sanitaria como en lo relativo a los riesgos²⁴. Otro de los factores que permiten explicar el cambio hacia un predominio de causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles es el relativo al envejecimiento de la población, producto de una disminución de la fecundidad y un aumento de la esperanza de vida²⁵. Argentina se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, ya que la población de adultos mayores alcanza al 14,27% de la población total, siendo la esperanza de vida al nacer de 72,45 años para varones y de 79,95 años para mujeres. El envejecimiento de la población permite también explicar el cambio hacia un predominio de causas de muerte por ECNT²⁶.

En el país, las ECNT constituyen no sólo la principal causa de mortalidad, sino también la principal causa de años potenciales de vida perdidos. Asimismo, como señalamos la evolución de las ECNT ha sido más desfavorable en sectores económicamente vulnerables. En tal sentido en nuestro país se han descrito inequidades sociales en relación con la prevalencia y evolución de actividad física, obesidad, consumo de tabaco y diabetes, ya que su distribución responde a las condiciones de vida y trabajo, así como a las oportunidades de acceso a los cuidados de la salud presentes en cada contexto²⁷.

Así, por ejemplo, según lo informa la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, la prevalencia de obesidad obtenida por medición fue de 32,4%,

la frecuencia de obesidad presentó asimismo un gradiente descendente a medida que aumentó el nivel de instrucción. Lo mismo sucedió respecto de los quintiles de ingresos, donde el quintil más bajo presentó una prevalencia 10 puntos porcentuales más que el quintil más alto (35,2% vs 25,5%)²⁸.

En este análisis resulta necesario tener en cuenta que en nuestro país las profundas inequidades en la salud tienen sus raíces en complejos legados históricos²⁹. La dificultad de los hogares de contar con seguridad alimentaria radica fundamentalmente en la accesibilidad a los alimentos, al respecto en general las iniciativas del Estado han estado orientadas a paliar situaciones críticas de accesibilidad a alimentos³⁰.

En este sentido y desde un paradigma crítico, se considera que resulta imprescindible una revisión general de los programas alimentarios desde su concepción, contenido y alcance para que dejen de ser meras ayudas sociales y se transforman en portadores del derecho a una adecuada alimentación y nutrición, teniendo en cuenta las problemáticas actuales que atraviesan el proceso salud-enfermedad: donde coexisten desnutrición, obesidad, y las ENT aparecen como la primera causa de muerte.

Las políticas sociales en general, deben contribuir a la plena realización de esos derechos económicos y sociales y no tan solo a satisfacer necesidades. Los programas alimentarios no deben ser ajenos a esta lógica de derechos de los ciudadanos, pues los "beneficiarios de los programas" son actores sociales titulares de derechos, desde este paradigma "la alimentación debe considerarse un derecho y no una mercancía". En ese marco, Argentina ha generado varias políticas relevantes para el sector agrícola y de alimentos, orientadas a la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ej.: Estudio Pérdidas y desperdicios de alimentos para garantizar producción y consumo responsable, buenas prácticas agrícolas, con énfasis en la Agricultura Familiar y participación comunitaria, gestión del agua para la agricultura y de riesgos agroclimáticos para contribuir a la seguridad alimentaria, entre otros.). Nuestro país cuenta con un conjunto de programas tendientes a proteger el derecho a la alimentación (ej.: Programa Nacional De Nutrición y Alimentación; Programa de fomento de bioinsumos; Programa de fomento de investigación y experimentación aplicada para desarrollar tecnología apropiada adaptada a la producción agroecológica, etc.³¹), no obstante, en un sinnúmero de casos estas iniciativas parecen no corresponderse en la práctica con las realidades que se observan en el terreno. Específicamente, hay una falta de apoyo a los pequeños productores y una falta de incentivos financieros para diversificar la economía agrícola, base fundamental para asegurar la adecuada alimentación de la población.

Conforme al planteo del derecho a una alimentación adecuada, todos deberían poder obtener suficientes alimentos de buena calidad, ya sea a través de sistemas de mercado, o produciendo sus propios alimentos, aprovechando la tierra y otros recursos naturales.

El Estado, en cuanto expresión social de organización de la comunidad, debería promover y facilitar los procesos para que la propia alimentación de la población sea la culminación de los derechos económicos y sociales con sentido de equidad y no tan solo un mero proceso para aquietar el hambre³².

Dimensión particular

En el espacio de lo particular los "problemas" aparecen definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos de población. Abordar los problemas de salud a este nivel permite identificar la acumulación que produce el perfil de salud-enfermedad de cada grupo e identificar las acciones que a nivel de la reproducción biológica (gestación, crecimiento, desarrollo, genética, inmunología, etc.) son técnicamente factibles de realizar para modificarlas. Igualmente permite identificar las acumulaciones a nivel de lo ecológico (condiciones naturales, exposición a ciclos epidemiológicos de enfermedades, saneamiento ambiental, condiciones ambientales de trabajo, etc.); a nivel de las formas de conciencia y conducta (organización, participación, educación, movilización, etc.) y finalmente a nivel de las relaciones económicas (proceso de trabajo, participación en la distribución, en el consumo, acceso a servicios asistenciales, etc.). Todas ellas constituyen procesos que pueden ser modificados identificando el tipo de hechos que es necesario producir para acumular posibilidades de transformación³³.

Esta perspectiva permite así mismo plantearse la posibilidad de definir un conjunto de indicadores sobre periodos más precoces del proceso de determinación y también redefinir el pensamiento preventivo y de promoción de salud, estableciendo nexos con las conceptualizaciones más avanzadas de "estrategia de atención primaria", entendida ésta no como "un programa marginal para poblaciones marginalizadas", sino como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población.

Se define en este nivel además el perfil epidemiológico de un grupo, comprendiendo a este cómo un movimiento entre los procesos protectores y destructivos que operan en el modo de vida característico de cada grupo social y que, a la vez, ponen límites posibles a los estilos de vida individuales de las personas que lo integran³⁴. Se proponen entonces elementos para pensar la problemática de la obesidad a partir de la matriz de triple inequidad en la determinación de la salud: género, clase y etnia.

En nuestro país se han descrito inequidades sociales en relación con la prevalencia y evolución de actividad física, obesidad, consumo de tabaco y diabetes, ya que su distribución responde a las condiciones de vida y trabajo, así como a las oportunidades de acceso a los cuidados de la salud presentes en cada contexto³⁵.

Las condiciones sociales y económicas dan como resultado gradientes sociales que contribuyen a las desigualdades en salud. La fuente de nutrientes es la principal diferencia en el régimen alimenticio entre las clases sociales, así los grupos más desfavorecidos sustituyen los alimentos frescos por alimentos procesados más baratos, asimismo el consumo de grandes cantidades de grasas, fenómeno que ocurre en todos los grupos sociales. En líneas generales es posible afirmar que las personas con bajos ingresos, como las familias jóvenes, los ancianos y los desempleados, son menos capaces de comer bien. Los objetivos dietéticos para prevenir enfermedades crónicas hacen hincapié en la importancia de comer más verduras frescas, frutas, legumbres y cereales mínimamente procesados, y menos grasas animales, azúcares refinados y sal³⁶.

Analizando desde la dimensión particular, por ejemplo, la provincia de Córdoba, los estudios muestran que la prevalencia de obesidad en el estrato socioeconómico (ES) alto fue de 9%, duplicándose en el ES medio y alcanzando un 22% en el ES bajo³⁷. En Córdoba la malnutrición por exceso de peso en la edad adulta afecta al 60% de población asistida por efectores de salud del subsector público, presentando la obesidad niveles diferenciados por género: un 24,6% en varones y 27,7% en mujeres³⁸.

Respecto al género, en el marco de un análisis de matriz de triple inequidad, las desigualdades basadas en el género atraviesan todo el entramado social y se articulan con las de nivel socioeconómico, nivel educativo y la etnia; todos ellos influyen en las condiciones de vida material y la posibilidad de adoptar estilos de vida saludable. La literatura científica documenta una estrecha relación entre el género, el sobrepeso y obesidad. Las tareas domésticas y de cuidado desarrolladas al interior del hogar, los patrones de socialización, el tipo y las condiciones de trabajo asalariado que presentan las mujeres, generan en ellas situaciones de sobrecarga física y emocional, con una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificaría su mayor morbilidad por trastornos crónicos. (Silvia, 2018). Resulta necesario entonces analizar el complejo entramado que constituyen los diversos ejes de la desigualdad. Desigualdad socio-económica -o de clase- y desigualdad de género, en salud están interrelacionadas y por tanto deben ser analizadas conjuntamente³⁹. La CEPAL sostiene al respecto que el género y la clase, así como la raza y la etnia impactan de manera más contundente en las mujeres colocándolas en una

situación de mayor exposición y vulnerabilidad en las posibilidades de obtención de recursos y de acceso a la protección de la salud⁴⁰.

Los ejes de las relaciones sociales de poder están interrelacionados, no como aditivos sino como procesos sinérgicos, cada uno construyendo y siendo construido por el otro. Entre los elementos sociales, se habla de normas y sanciones en relación a la discriminación por género, raza o edad u otras características sociales. Un nivel específico lo ocupan los roles de género en cuanto a los trabajos de reproducción al interior del hogar y de producción para el mercado. Finalmente, se identifican como elementos “mediadores” factores relacionados con el apoyo social, los comportamientos relacionados con la salud o la accesibilidad a los servicios sanitarios⁴¹.

En Córdoba, sólo muy recientemente comenzaron a publicarse algunos estudios que intentan integrar los dos ejes de desigualdad (nivel socioeconómico y género). Se trata fundamentalmente estudios que analizan la salud de mujeres y hombres según la clase social, teniendo en cuenta distintos grupos de análisis en función de la situación laboral, el estado civil o la carga en las tareas de cuidado.

Dimensión singular

El espacio de lo singular hace referencia las formas de organización, las acumulaciones que producen estos hechos en las formas de vida y conductas individuales, es decir aquello que se denomina “estilos de vida”, entendido como la exposición individual a factores o procesos de riesgo que en su expresión organizativa constituyen los llamados “grupos de riesgo”. Asumir los problemas a este nivel es en definitiva reconocer la forma en que los procesos sociales y biológicos de determinación y condicionamiento se articulan para producir las manifestaciones singulares de los fenómenos de salud-enfermedad y no tan sólo asumir la expresión biológica individual de los procesos sociales⁴².

En el caso de la obesidad, alimentación y hábitos, en esta dimensión no podemos reducir el problema social a un problema individual, ello implica reconocer que una elección genuina de ciertos estilos de vida y de consumo se encuentra anclada en determinaciones más amplias. Esta situación condena a grupos de menores recursos socioeconómicos a consumir alimentos ricos en energía, que son la oferta más barata, ello genera que este sector sume a su déficit nutricional el sobrepeso, apareciendo la obesidad en la escasez, invisible y funcional al sistema que la produce⁴³.

Conclusiones y discusión

La obesidad es sin duda la problemática de mayor relevancia que atraviesa mundialmente al proceso

salud-enfermedad, con consecuencias irreversibles en la vida del ser humano. Lejos de considerarse una problemática de la abundancia, ya que coexiste con déficits nutricionales, esta "patología" es totalmente prevenible. Los cambios en los patrones alimentarios han contribuido al incremento de la obesidad distribuyéndose diferencialmente de acuerdo con el grupo socioeconómico de pertenencia. Los grupos con menores activos sociales son los más afectados, ya que el mercado capitalista ofrece alimentos baratos, ricos en energía, grasas e hidratos de carbono y pobres en proteínas y micronutrientes. Por el contrario, la posibilidad de acceder a los alimentos más nutritivos requiere de un mayor poder adquisitivo. En este sentido el mercado es quien regula las formas de alimentarse de los colectivos sociales, considerándose al alimento una mercancía y no un derecho como lo establece la Constitución. Revertir esta pandemia, requiere de políticas que superen enfoques individuales, asistencialistas y fragmentados. Resulta necesario entonces, para abordarla, un abordaje interdisciplinario y un trabajo intersectorial, desde un paradigma crítico basado en un enfoque de derechos. Desde un paradigma crítico y una mirada interseccional, resulta posible mapear las inequidades en salud con más precisión y luego trazar direcciones más efectivas en desarrollo de políticas y programas.

Conforme a los avances teóricos desarrollados en el marco del estudio de la determinación social de la salud, consideramos que se debe fomentar la investigación en el primer nivel de atención teniendo en cuenta fundamentalmente los escenarios locales, a fin de desarrollar dispositivos específicos que atiendan estas demandas. En un contexto de pandemia por COVID-19, resulta necesario además analizar las consecuencias sociales y sanitarias que el mismo trae aparejadas y los posibles impactos en la alimentación, la incidencia de obesidad y las políticas de cuidado en torno a las ECNT.

Partiendo de la consideración que la pandemia profundiza y reconfigura las desigualdades sociales, será necesario poner atención en los escenarios socio-sanitarios más desfavorecidos, a fin de enfocar los esfuerzos en las áreas que presentaron escenarios pre-pandemia más complejos en cuanto a las políticas de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1):13-27.

2. Cooper, C. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALY) for 359 diseases and injuries and health life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for

the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. [Internet]. 2018 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32335-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32335-3/fulltext)

3. Sommer I, Griebler U, Mahlkecht P, Thaler K, Bouskill K, Gartlehner G. y Mendis S. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health* [Internet] 2015 [citado 1 de Febrero 2021]; 15:914 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575459/>

4. Granda E. A qué llamamos salud colectiva hoy. *Rev Cub Salud Pública*. 2004; 30:2.

5. Marmot M Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: Time for integrated action. *BMJ* 2019; 364:l251.

6. Castellanos, P. L. Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. *Epidemiológico OPS*. 1990; 10:4.

7. Breilh, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(4):937-951.

8. Idem 6.

9. Idem 7.

10. Belmartino S. Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. En: Susana Torrado (comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2007: un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Ginebra: OMS; 2007. 258 p.

12. Aguirre, P. (2011). Reflexiones sobre las nuevas formas del hambre en el siglo XXI: la obesidad y la escasez. En: *Boletín Científico Sapiens Research*. 2011; 1(2): 60-64.

13. World Health Organization Ministerial Conference on Counteracting Obesity. European charter on counteracting obesity. 2006. Istanbul, Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe.

14. Swinburn, B. A. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: *The Lancet*. [Internet]. 2019. [citado 1 de Febrero 2021]; (393): 791-846. Disponible en:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/fulltext#section-7c530872-](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/fulltext#section-7c530872-)

6235-4433-899c-b3f276970189

15. Idem 14.

16. Machado Aráoz H. Rossi L. Pistas para una salida más humanizada del Capitaloceno. La Tinta. [Internet]. 2020 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: <https://latinta.com.ar/2020/04/pistas-salida-humanizada-capitaloceno/>.

17. Foro de las ONG/OSC para la Soberanía Alimentaria. Soberanía alimentaria, un derecho para todos: Declaración política del Foro de las ONG/ OSC para la Soberanía Alimentaria. Roma: Foro de las ONG/OSC para la Soberanía Alimentaria; 2002. Disponible en: http://www.biodiversidadla.org/Noticias/Foro_ONG_OSC_de_Roma_sobre_Soberania_Alimentaria

18. Naciones Unidas. Asamblea General Informe de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c65e2c84.pdf>.

19. Organización Mundial de la Salud (OMS) Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras. [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

20. Swinburn B. cool. La sindemia mundial de obesidad, desnutrición y cambio climático: informe de la Comisión Lancet. 2019 ; 393.

21. Aguirre, P. Reflexiones sobre las nuevas formas del hambre en el siglo XXI: la obesidad y la escasez. En: Boletín Científico Sapiens Research, 2011, 1 (2):60-64.

22. Carbonetti A, Celton D. La transición epidemiológica. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

23. Robles González B, Mestre J, Benavides E. La transición sanitaria: una revisión conceptual. En: Boletín de la Asociación de Demografía Histórica. 1996;1(14)

24. Carbonetti A, Celton D. La transición epidemiológica. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

25. Mestre JB, Robles E. Demografía y problemas de salud: unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. Política y

Sociedad. 2000.

26. Carbonetti A, Celton D. La transición epidemiológica. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

27. Tercera Encuesta Nacional de Factores de riesgo para Enfermedades No transmisibles. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. 2013 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

28. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de riesgo para Enfermedades No transmisibles. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Informe definitivo. [Internet]. 2019 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

29. Belmartino S. Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. En: Susana Torrado (comp.) Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA; 2007.

30. Abeyá Gilardon E. Una evaluación crítica de los programas alimentarios en Argentina. Salud Colectiva. 2016; 12(4):589-604.

31. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Planes, programas y proyectos orientados a las metas de los 17 Objetivos del Desarrollo sostenible Informe país 2018. [citado 1 de Marzo 2021]; Disponible en: <http://www.odsargentina.gob.ar/Nacion>.

32. Herkovits D. La construcción de la malnutrición infantil: una etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires. 2008. Buenos Aires: CEDES-FLACSO; 2008.

32. Idem 6.

33. Idem 7.

34. Idem 27.

35. Wilkinson R. y Marmot M. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables Política de Salud para Todos en Europa: Objetivo 14 Entornos para la promoción de la salud. 1998 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: <https://escpromotorasdesalud>.

weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes_sociales_de_la_salud._los_hechos_irrefutables.pdf

36. Aballay LR, Osella AR, De La Quintana AG, Diaz M. Nutritional profile and obesity: results from a randomsam plepopulation- based study in Córdoba, Argentina. Eur J Nutr. 2016;55: 675–685.

37. Situación epidemiológica de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en la Provincia de Córdoba. Boletín de vigilancia de ECNT y factores de riesgo en la Provincia de Córdoba Situación epidemiológica de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en la Provincia de Córdoba. 2019 [citado 1 de Febrero 2021]; Disponible en: https://www.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2019/06/Informe_Vigilancia_SP-OB_Mayo-web-gob.pdf

38. Silvia M. Servicios de salud: cobertura, acceso y utilización de servicios. En Piovani J I, Salvia A. La Argentina en el siglo XXI. Como somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta nacional sobre la estructura social. Argentina: Siglo veintiuno Editores. 2018. p. 265-289.

39. CEPAL. La matriz de la desigualdad social en América Latina. I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. Santo Domingo. 2016. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf

40. García Calvente. Género y Salud: Un marco de análisis e intervención. Diálogo Filosófico. 2004. 59: 212-228.

41. Idem 6.


42. Aguirre, P. (2011). Reflexiones sobre las nuevas formas del hambre en el siglo XXI: la obesidad y la escasez. En: Boletín Científico Sapiens Research, 2011; 1(2): 60-64.




Trabajamos día a día en la promoción y el desarrollo de la atención primaria de la salud y la medicina familiar mediante actividades de capacitación y gestión académica.

Seguinos en nuestras redes sociales:

 www.facebook.com/aequusmf

 [aequusmf](https://www.instagram.com/aequusmf)

 [@fundaequus](https://twitter.com/fundaequus)

 fundacionaequus.wordpress.com