

## "Determinantes Sociales de la Salud", "Habitús" y "Embodiment" detrás de un IMC elevado. Un análisis social del actual escenario epidemiológico

Jeffrey Thomas-Lange<sup>1</sup> 

**Resumen:** "Determinantes Sociales de la Salud", "Habitús" y "Embodiment" detrás de un IMC elevado. Un análisis social del actual escenario epidemiológico.

El índice de masa corporal (IMC) elevado marcaría hoy una nueva etapa dentro de la transición epidemiológica, siendo posible develar el origen social del nuevo perfil de morbimortalidad. Esta revisión busca integrar diferentes conceptos teóricos para explicar los mecanismos a través de los cuales lo social se incorpora en el individuo, delimitando su comportamiento en salud y con ello, su estado nutricional. Las estructuras que representan los determinantes sociales de la salud operarían de manera sistemáticamente distinta sobre las personas, generando posiciones más o menos ventajosas dentro del campo de juego sanitario. Este patrón traduce una realidad que se encarna (*embodiment*) de manera inconsciente y duradera a través de un *habitus*, favoreciendo prácticas sociales diferenciadas que terminan por construir clases de cuerpos como expresión biológica de la desigualdad. La toma de decisiones estratégicas en salud dependerá de capacidades y libertades individuales primeramente restringidas por aquellos contextos sociales, entendiéndose estos como las causas estructurales de la salud poblacional. **Arch Latinoam Nutr 2022; 72(2): 125-138.**

**Palabras clave:** IMC elevado, transición epidemiológica, determinantes sociales de la salud, *habitus*, *embodiment*.

**Abstract:** "Social Determinants of Health", "Habitús" and "Embodiment" behind a high BMI. A social analysis of the current epidemiological scenario.

A high body mass index (BMI) would characterize a new stage in the epidemiological transition, making it possible to reveal the social origin of the new morbidity and mortality burden. This review seeks to integrate different theoretical concepts to explain the mechanisms through which the social is incorporated into the individual, delimiting their health behavior and with it, their nutritional status. The structures that represent the social determinants of health would operate systematically differently on different social groups, generating positions that are more or less advantageous in the playing field of health. This pattern translates a reality embodied unconsciously and long-lasting through a *habitus*, favoring differing social practices that result in the construction of bodily classes as a biological expression of social inequality. Strategic decision-making in health will depend on individual capacities and freedoms, which are firstly restricted by those social contexts, being those understood as the structural causes of population health. **Arch Latinoam Nutr 2022; 72(2): 125-138.**

**Keywords:** high-BMI, epidemiological transition, social determinants of health, *habitus*, *embodiment*.

### Introducción

La carga de morbimortalidad predominante ha ido variando según el momento histórico de la humanidad, siendo explicada por las características socioculturales y económicas de cada época (1). Hoy, las enfermedades no transmisibles (ENT) lideran las causas de muerte a nivel mundial (2,3) compartiendo un Índice de

Masa Corporal (IMC) elevado como uno de los principales factores de riesgo (4). Durante los últimos 50 años, la prevalencia de IMC elevado ( $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) ha alcanzado niveles pandémicos (5) y a pesar de los enormes recursos invertidos, no existe nación alguna que haya sido capaz de disminuirla (6). Resulta clave identificar los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales estructuran un nuevo patrón de distribución de muerte y enfermedad, ya que considerarlos simples factores de riesgo individuales vinculados a un estilo de vida moderno, pareciera resultar un análisis simplista que ha entorpecido el logro de intervenciones eficaces en materia de salud pública.

<sup>1</sup>Universidad Andres Bello. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública. Santiago de Chile.  
Autor para la correspondencia: Jeffrey Thomas-Lange, E-mail: [thomaslange.j@gmail.com](mailto:thomaslange.j@gmail.com)



### **Transición epidemiológica y morbilidad**

Existe consenso en que el ambiente, en el amplio sentido de la palabra, impacta inevitablemente en la vida de los seres vivos que allí habitan, tanto a nivel individual como colectivo (7-9). Así, el medio tiene la capacidad de influir para bien o para mal en la salud de la población. A lo largo de la historia y en correlación al desarrollo en los distintos campos (económico, político, social, ambiental, entre otros.) ha sido posible identificar claros patrones temporales y espaciales de salud-enfermedad como etapas delimitadas dentro de una transición epidemiológica continua (10). Las distintas etapas de transición epidemiológica permiten reconocer las causas primarias de una determinada tendencia y, con ello, identificar posibles soluciones.

Omran (11) desarrolló el concepto original de "transición epidemiológica", para describir el cambio desde la mortalidad por enfermedades infecciosas agudas, a la muerte por enfermedades crónicas, no infecciosas y degenerativas. Este cambio se produjo como resultado del mayor nivel de vida y de la introducción de prácticas médicas y de salud pública en las naciones de altos ingresos que se estaban industrializando. Los países con menor nivel de desarrollo fueron experimentando las mismas etapas en el perfil de carga de morbilidad, aunque con varias décadas de diferencia. Mientras que la disminución normal de mortalidad empezó a mediados del siglo XIX en EE. UU, Europa Central y del Este, los países con niveles de desarrollo bajo y medio –como Chile– lo experimentaron recién en la década de 1920 (10).

Actualmente, la transición descrita por Omran se considera la segunda transición, incorporándose una primera transición que abarca desde el periodo neolítico hasta el desarrollo de la agricultura, y una tercera transición marcada por el reciente resurgimiento de mortalidad por enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (1,10,12).

Inicialmente, durante la revolución del Neolítico, los pueblos mostraron un importante desarrollo de la agricultura y con ello un abandono de la vida nómada. Vinculado a los nuevos asentamientos, se observó un aumento de enfermedades de distintos tipos: enfermedades nutricionales asociadas a la auto producción de alimentos (déficit nutricional por escasa diversidad dietaria, anemia, intoxicaciones por almacenamiento, enfermedades por uso de fertilizantes, entre otras.) (13-15); enfermedades infecciosas relacionadas al contacto cercano con animales domésticos (ántrax, tuberculosis, fiebre Q, brucelosis, viruela, sarampión) y peri-domésticos (peste bubónica, hantavirus, el tifus, la salmonella y la histoplasmosis) (1,12,16,17); e infecciones familiares ligadas al compartir espacios cerrados (tifus, malaria, fiebre amarilla y dengue) (1,12).

Más tarde, con la migración del campo a la ciudad, el establecimiento de grandes ciudades aumentó los problemas de suministro de agua limpia y eliminación de desechos humanos, al tiempo que facilitó la propagación de patógenos más virulentos en lugares densamente poblados. Esto generó crisis periódicas de enfermedades infecciosas epidémicas con altas tasas de mortalidad (18,19).

Luego, con el desarrollo industrial y avances médicos del siglo XX, las crisis infecciosas epidémicas transitaron a una forma endémica y las enfermedades infecciosas pasaron a estadíos crónicos. Con la disminución de las oleadas de mortalidad –última asociada a la influenza española 1918-1919– la esperanza de vida aumenta (11) y con ello la carga de enfermedades vinculadas a la edad y al "estilo de vida urbano": cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial (HTA), depresión, entre otras (12). Para facilitar la comprensión del documento, por el momento se empleará el concepto de "estilo de vida", aunque más adelante y a partir de la incorporación de otros conceptos teóricos, éste se entenderá como una expresión de "prácticas sociales incorporadas".

Durante la última década, con agentes patógenos resistentes a los antibióticos y un sistema de transporte que globaliza el proceso de la enfermedad, ha sido posible observar el resurgimiento de enfermedades infecciosas que anteriormente se creían bajo control, así como también el rápido surgimiento de enfermedades "nuevas" (1). Ejemplo claro de esto último es la pandemia por SARS-CoV-2 que vivimos desde finales del año 2019.

Queda de manifiesto, que el tipo de enfermedades más prevalentes y mortales se ha relacionado históricamente a cambios sociales propios de la época, identificando en estos últimos las causas primarias de las distintas tipologías de morbimortalidad. A pesar de que la epidemiología se define como “el estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades en una población específica y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud” (20), los mecanismos de incorporación del ambiente en la salud de la población pueden ser poco claros e incluso, poco considerados. (1,21,22).

Si bien los marcos iniciales de transición epidemiológica reconocen aspectos socioeconómicos como factores determinantes sobre la mortalidad, el uso de naciones enteras como unidad de análisis ha sido criticado por desconocer la experiencia diferencial según características individuales (etnia, género, clase, etc.) dentro de una misma población (23). Al no incorporar factores que influyen sobre el riesgo individual de enfermar, estos modelos han sido descritos como “burgueses” (24).

Con el objetivo de investigar explícitamente los determinantes sociales en la distribución de salud, enfermedad y bienestar de la población –en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos– aparece la “Epidemiología Social” (25); denominada así por primera vez en 1950 (26,27). Dentro de esta disciplina destacan autores como Nancy Krieger, y Link & Pheland. Estos últimos son reconocidos por su “Teoría de las causas fundamentales” (TCF), donde los determinantes sociales representarían precisamente “las causas fundamentales” de los resultados de salud, describiendo la asociación persistente entre el nivel socioeconómico (NSE) y la mortalidad (28). Cabe destacar que, para estos autores, NSE refiere a los diferentes recursos disponibles de un individuo (ingresos, educación, ocupación, prestigio, poder y conexiones sociales) que se utilizan para evitar enfermedades y sus consecuencias negativas (29). No se debe confundir NSE con ingreso; ingreso es uno de tantos indicadores de NSE.

Hoy, la mayor carga de morbimortalidad a nivel mundial está representada por las ENT (2,3), ocasionando el 71 % del total de muertes en 2016 y un 57 % de las muertes prematuras para el mismo año (30), siendo además el principal determinante de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) (4).

Dentro de los principales factores de riesgo asociados a las ENT, está el IMC elevado (31-33), cuya prevalencia alcanzaba el 39 % de la población mundial adulta al año 2016 (32), siendo el factor de riesgo con mayor aumento relativo en su exposición desde 1990 (4). Subsecuentemente, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad y AVISA asociadas a IMC elevado aumentaron en un 28,3 % y 35,8 % respectivamente (34). El riesgo de un IMC elevado radica en una mayor mortalidad total y mayores riesgos de enfermar o morir por enfermedades cardiovasculares, diabetes, algunos cánceres, enfermedad renal crónica y una serie de trastornos músculo esqueléticos (35-40).

La relación entre IMC elevado y las enfermedades que mayor cantidad de muertes causan en el mundo (ENT) es clara. Según una revisión sistemática con meta-análisis realizada el año 2017 (41), al menos el 50 % de las muertes relacionadas con las ENT se evitarían mediante estrategias de prevención centradas en factores de riesgo modificables como IMC elevado, actividad física y nutrición.

A partir del escenario epidemiológico actual, algunos investigadores postulan una nueva etapa de transición, la “era de la obesidad y sedentarismo” (42), donde ya sería posible distinguir patrones demográficos y socioeconómicos del sobrepeso y obesidad según el nivel de desarrollo del país (43). Si bien la población mundial ha aumentado la esperanza de vida al nacer (EVN) y con ello el desarrollo de ENT (34), paradójicamente, se observa que las crecientes tasas de IMC elevado y comorbilidades asociadas, podrían conducir a una disminución de la EVN en los países de altos ingresos durante el siglo XXI (44). Ya que los países de altos ingresos han sido los primeros en vivir las transiciones epidemiológicas a lo largo de la historia (10), identificar las causas primarias del sobrepeso y obesidad resulta clave para evitar que los países de menores ingresos repliquen lo ocurrido en las naciones desarrolladas.

Luego de describir en detalle los fenómenos sociales que explican las distintas cargas de morbimortalidad hasta la primera mitad del

siglo XX, predominantemente infecciosas, resulta intuitivo buscar en el contexto social de hoy, las causas estructurales del perfil actual de morbimortalidad, esta vez marcado por las ENT y su relación con el IMC elevado.

Si bien los “estilos de vida”, como el sedentarismo y la alta ingesta calórica, son comúnmente responsabilizados de la carga de ENT, cabría preguntarse si representan las verdaderas causas. Centrarse en el “estilo de vida” para explicar el origen de las ENT resultaría similar a enfocarse en los agentes patógenos para explicar la prevalencia de enfermedades infecciosas; en ambos casos, el análisis abordaría sólo las causas proximales del problema. Los “estilos de vida” podrían resultar en realidad una expresión conductual, a partir del contexto social donde la vida de estas personas se desarrolla, lo que se conoce como “Determinantes Sociales de la Salud” (DSS), contextos muchas veces subestimados por aquellos “modelos burgueses”.

Se comenzará abordando de manera genérica los DSS, para luego analizar cómo los distintos grupos sociales integran lo social en ellos mismos (*Habitus*) creando cuerpos biológicos característicos (*Embodiment*).

### **Determinantes sociales de la salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los DSS como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, es decir, la distribución del poder, el dinero y los recursos” (45). Posteriormente, los DSS fueron acuñados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (46) como “las causas de las causas”, un simil de “las causas fundamentales” descritas por Link & Phelan (28). A lo largo del texto, términos similares como “causas distales”, “causas de origen” o “causas estructurales”, serán empleados y entendidos con sentidos equivalentes.

A partir del modelo elaborado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (47), los DSS se

pueden organizar y distinguir como estructurales e intermedios. Los DSS estructurales corresponden a aquellos atributos que estratifican la sociedad: contexto socioeconómico y político (políticas de bienestar, mercado de trabajo, sistema educativo, otros.) y estructura social (clase social, género, edad, etnia y territorio). Todos estos atributos configuran la salud de la población a partir de la ubicación que se tenga dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso recursos (48). Las inequidades en salud pueden aparecer cuando los sistemas socioeconómico, político y cultural –DSS estructurales– dan lugar a “una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad” (48). Los DSS estructurales antes descritos operarán a través los DSS intermedios, los que determinan mayor o menor exposición y vulnerabilidad a condiciones perjudiciales para la salud: circunstancias materiales y psicosociales, servicios de salud, y factores conductuales (46).

En cuanto a las ENT, la exposición a muchos factores de riesgo (IMC elevado, sedentarismo, HTA, hiperglicemia, consumo de carnes rojas, bebidas azucaradas, cigarrillos y alcohol) aumenta con el desarrollo socioeconómico (4), siendo su prevalencia también mayor en países de ingresos altos. Sin embargo, quienes mostraron los mayores riesgos de morir por ENT fueron los países de ingresos bajos y medios (30), siendo afectados de manera desproporcionada, cargando con casi tres cuartas partes de todas las muertes por ENT y el 82% de las muertes prematuras por ENT el año 2016 (49). Se observa aquí un claro ejemplo de inequidad en salud. La distribución de recursos (de todo tipo) es desigual (e injusta), concentrándose en aquellos países de mayores ingresos. Esto permite a las naciones más desarrolladas mitigar las consecuencias negativas en salud, incluso, a pesar de tener una mayor exposición a factores de riesgo. El término “gradiente social en salud” refiere precisamente a que cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona o grupo de personas, peor es su salud (50).

La inequidad en salud, esta vez asociada a ENT, no sólo es visible entre países, sino también, dentro de cada uno. Como se mencionó en el apartado sobre transición epidemiológica, el uso de naciones enteras como unidad de análisis desconoce la experiencia particular de distintos grupos dentro de una misma población, por lo que se hace necesario analizar el patrón de distribución interno. Tanto las ENT como



factores de riesgo comúnmente atribuidos –alta ingesta calórica y sedentarismo– muestran una distribución paradójica; su prevalencia aumenta con el desarrollo económico de los países, al tiempo que se concentra cada vez más en los sectores de menos recursos (3, 51-53). Dentro de los países de ingresos medios y bajos, la distribución de ENT no es concluyente (3), así como tampoco lo es la relación IMC elevado y NSE (51). Esto se debería a que son lugares donde aún no se experimenta la nueva etapa epidemiológica; “obesidad y sedentarismo” (42).

A partir del objetivo de este artículo, el análisis de los DSS se enfocará particularmente en su relación con el IMC elevado. En la última revisión de la literatura al respecto, McLaren (51) analiza la asociación entre IMC elevado y NSE (entendido como conjunto de recursos), corroborando la distribución paradójica ya expuesta. Sin embargo, esto enmascara matices según sexo e indicador de NSE (ingreso, educación, ocupación, área, entre otros.), evidenciando que los DSS no son factores de riesgo sumativos, sino que interactúan de manera compleja entre sí. Según la autora, en países de bajo nivel de desarrollo, la asociación (IMC elevado / NSE) es siempre positiva para ambos sexos. Luego, en sociedades en desarrollo, las mujeres comienzan a mostrar asociaciones negativas según educación y ocupación, lo que sugiere una transición, aunque predominando aún una relación general positiva marcada por el ingreso. En estas sociedades, los alimentos son bienes menos omnipresentes, por lo que la dimensión de clase social todavía estaría fuertemente marcada por lo económico y material. Así, el poder adquisitivo y ciertos valores culturales favorecerían los cuerpos voluminosos. Finalmente, en países de alto nivel de desarrollo, las diferencias por sexo se hacen evidentes. En mujeres, la asociación se vuelve negativa según distintos indicadores de NSE (educación, área y ocupación), mientras que en hombres la asociación aún no es concluyente.

Un IMC elevado mostró una interacción compleja con distintos DSS, particularmente “nivel de desarrollo”, “NSE”, “clase social” y “género”. Es necesario ser cauto en el análisis, ya que asociaciones aisladas entre ellos llevarían a entendimientos causales que no son tal.

A partir de lo expuesto, se observa que las conductas o “estilos de vida” son una resultante del contexto social de cada individuo o población y que, si bien pueden ser la causa de un resultado de salud como el IMC elevado, son la expresión final de causas más distales: DSS.

Así, los determinantes (sociales, económicos y políticos) que explican la distribución de salud/enfermedad en una sociedad y entre diferentes sociedades, representan las barreras estructurales para que las personas vivan de forma sana (*producción social de la enfermedad y/o economía política de la salud*) (54–57).

Ya que las ENT y el IMC elevado en países de ingresos medios y bajos muestran un patrón de distribución interno no concluyente (3,51), los siguientes apartados (*Habitus y Embodiment*) se centrarán en naciones de ingresos altos, donde estos resultados de salud ya muestran un patrón de distribución claro, caracterizando un nuevo escenario epidemiológico (43) que en un futuro se replicaría en naciones menos desarrolladas.

Los DSS explican los resultados de salud diferenciados a lo largo de la gradiente social, pero ¿Cómo se incorpora este contexto social (DSS) para luego traducirlo y expresarlo en un “estilo de vida” particular? Pierre Bourdieu (58) desarrolló un concepto que lo explicaría: El *habitus*.

### **Habitus**

La realidad social es también un objeto de percepción y la Ciencia Social debe tomar por objeto de análisis, a la vez, la realidad y la percepción de esa realidad (59). Pierre Bourdieu (1930-2002) señala que existen estructuras sociales que son externas y objetivas, que denominó “*campo*”, y estructuras sociales que son internalizadas y por lo tanto subjetivas, que llamó “*habitus*” (60).

Con respecto a las estructuras sociales externas y objetivas, un *campo* representa un campo de juego donde existe un conjunto de relaciones entre individuos. Cada *campo* es definido a partir del *capital* en juego (económico, social, cultural, religioso, simbólico, etc.) que ha sido acumulado a partir de juegos o luchas anteriores (61). Los DSS podrían funcionar como homólogo de *campo* de la salud, mientras que el estado

de salud (bueno o malo) podría considerarse un *capital*, ya que representa interés suficiente para que se genere un mercado – característica necesaria de todo *capital* (59)– y donde distintos individuos o agentes buscan aumentar o reproducir este *capital* dentro del *campo*. Existen *agentes* consumidores (pacientes), productores (personal médico) e intermediarios (centros de salud). Una buena salud traduciría un cuantioso *capital* sanitario, mientras que gozar de un cuerpo “bello” o “sano” podría considerarse un *capital* simbólico a partir del mismo *capital* sanitario.

Los estudios sobre inequidad y salud poblacional, a menudo utilizan medidas discretas destinadas a objetivar un NSE, como los ingresos, el nivel educativo y la red social. Esto sugiere que cada recurso se acumula de manera aditiva, de menos a más, con una explicación limitada de cómo la acumulación de recursos o *capitales* está interrelacionada y es interdependiente (62). Bourdieu aporta complejidad a esta relación entre recursos y salud, postulando que las distintas formas de *capital* están interrelacionadas y que la adquisición y uso de cada *capital* está condicionado por los demás *capitales* (aunque el *capital* económico tiende a presentar un mayor peso relativo imponiendo su estructura sobre los otros *campos*) (63). Así, los distintos recursos que la TCF considera como NSE (ingreso, educación, ocupación, prestigio, poder y conexiones sociales que ayudan a evitar enfermedades), serían para Bourdieu *capitales* con volúmenes similares entre sí. El *capital* sanitario, claramente interconectado con otros tipos de *capitales* (económico, cultural, social), definirá el resultado del juego: enfermedad, recuperación, discapacidad, sufrimiento, vida o muerte.

La lucha dentro del campo de juego no se dará entre individuos, sino entre clases sociales que ocupan distintas posiciones definidas a partir de su *capital* (59), por lo que la distribución desigual de *capitales* sería la causa fundamental de las desigualdades en salud (inequidad en salud), permitiendo a las distintas clases sociales ocupar

posiciones mejores o peores dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. Si bien ningún *capital* por sí solo puede explicar completamente las desigualdades en salud, ya que están interrelacionados (62), las clases sociales más altas suelen contar con mayor volumen de todo tipo de recursos.

Dentro del apartado anterior, se mencionó que habría estructuras sociales (objetivas) que representan barreras para que las personas vivan de una forma sana. Como ejemplo de aquellas barreras se puede identificar: la seguridad social en salud que tenga el país, asegurando en mayor o menor medida un acceso oportuno y continuo a esta; el mercado de trabajo, delimitando el grado de precarización laboral con efecto sobre el ingreso y acceso a bienes; el sistema educacional, cuyas brechas condicionarán la literacidad en salud y el uso de los recursos sanitarios; entre otras. Para el sector menos acomodado de la sociedad, aumentar su *capital* salud sería algo transversalmente muy difícil de lograr, siendo así más prevalentes los peores niveles de salud, traducidos en resultados sanitarios como por ejemplo, mayor prevalencia de sobrepeso/obesidad y sus comorbilidades asociadas.

El *habitus* representa la incorporación de las relaciones sociales presentes en cada *campo*, históricamente definidas, a los individuos. De este modo, el *habitus* funciona como una bisagra que incorpora lo social (externo y objetivo) y lo individual (interno y subjetivo) (64); traduce cómo cada sujeto interpreta la realidad social objetiva en sí mismo a partir de sus experiencias y percepciones. *Habitus* trata de aquellas disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una cierta manera más que de otra (59) ¿Qué es esto sino la definición de “estilo de vida”?

Luego de analizar cómo los DSS –que en palabras de Bordieu sería lo social/objetivo/externo– estructuran el *campo* sanitario y predisponen un mayor o menor *capital* sanitario, podemos comprender que los “estilos de vida” son más bien prácticas sociales definidas por aquel *capital* sanitario y por un *habitus* incorporado que se ha encarnado de manera duradera en el cuerpo. *Habitus* es conceptualmente útil en este análisis porque explica cómo la acumulación de *capital* contribuye a la agencia individual y por qué las personas con mayor *capital* tienen mayor libertad para tomar decisiones más estratégicas relacionadas con la salud (62).

Los individuos de una misma clase social tienen

mayor probabilidad de verse enfrentados a las mismas situaciones y a las mismas condiciones entre sí –especialmente objetivas– pudiéndose identificar un *habitus de clase*. No se trata de acuerdos explícitos que moldean el comportamiento, sino una tendencia tácita a comportarse de la manera que los grupos esperan de “personas como nosotros” (65). Buscando responder la pregunta que invitó a desarrollar este apartado –¿Cómo se incorpora este contexto social (DSS y/o campo sanitario) para luego traducirlo y expresarlo en un “estilo de vida” particular? – se analizará cómo el *habitus de clase* explica prácticas sociales marcadas por signos de distinción entre clases, expresados mediante comportamientos particulares como pueden ser la alimentación y/o práctica de actividad física.

Como se mencionó, la prevalencia de IMC elevado muestra una distribución paradójica, aumentando con el crecimiento económico de los países y la consiguiente urbanización e industrialización, al tiempo que se concentra cada vez más en los sectores de menos recursos (41,51). En otras palabras, el IMC elevado es un problema de salud más prevalente en países ricos, pero dentro de sus sectores pobres. En países de mayores ingresos, donde el cuerpo voluminoso ya no es signo de riqueza, la gordura se asocia cada vez más a la pobreza (66, 67). En su libro “Distinción” (58) Bourdieu demuestra cómo las actividades particulares difieren de manera material y simbólicamente significativa para grupos de clase particulares. Allí, declara que el acto de comer obedece a un código simbólico que se puede observar a través del acceso y la apreciación de ciertos tipos de alimentos. La selección de alimentos no solo estaría relacionada con el *capital* económico de los consumidores, sino que el *capital* cultural también tendría efectos independientes sobre varios alimentos (68,69).

Si el sobrepeso y obesidad conllevan *capital* cultural incorporado en un grupo de bajo NSE, puede ser una de las pocas formas de *capital* que pueda tener ese grupo (70). En estudios anteriores hemos observado que en los sectores menos acomodados también existirían signos de diferenciación entre pares (distintos al los del NSE más alto), esta vez marcados por la abundante comida (71). Si el *capital* incorporado es lo que más tienen las clases sociales, y en aquellas más bajas es el tamaño corporal grande (o contar con abundante comida) lo que se valora, las implicaciones del IMC elevado sobre la salud pueden

resultar insignificantes frente a la lucha por una posición social que puedan obtener. En un grupo de NSE bajo, es poco lo disponible para marcar el estatus o el *capital* simbólico (70).

Algunos autores consideran que el análisis de clases de Bourdieu pudiese resultar determinista (72,73), aludiendo un sesgo reproductivo incapaz de explicar que existen personas que se desvían de las trayectorias de clase asignadas durante sus años formativos (74). Sin embargo, para Bourdieu, el *habitus* constituye un sistema de disposiciones duraderas, más no inmutables. Sólo cuestiona la real capacidad que en la práctica tendría un individuo para modificarlo. La mayor parte de los agentes sociales se encuentran estadísticamente expuestos a encontrar circunstancias semejantes u homólogas a aquellas en las cuales se formaron sus disposiciones, y por ello, a vivir experiencias que tienden a reforzar esas disposiciones (59). Si bien se pueden introducir cambios en los *habitus* a través de un proceso de autosocioanálisis, esto resulta difícil, ya que se realiza en el contexto de ciertas condiciones objetivas, a partir del mismo sistema de disposiciones que se pretende modificar (59).

Se reconoce en la actualidad un ambiente transversalmente obesogénico, por lo que la relación entre clase social y la forma de alimentarse pudiese no ser tan clara como la identificada por Bourdieu en la Francia de los 70`s, 80`s y 90`s. Sin embargo, el IMC elevado que hoy caracteriza una nueva etapa en la transición epidemiológica, sí se presenta con un patrón muy marcado según NSE, siendo concluyente precisamente en países de altos ingresos (51) (como Francia), donde las comparaciones de estatus son más destacadas. Se ha visto que en naciones ricas y con gradiente social amplia, el significado y valoración del estado nutricional difiere entre clases sociales pudiendo incluso ser contradictorio, lo que impacta directamente en las conductas como la alimentación o actividad física de su población (71). Las divisiones de clases se han transformado en algo relacionado más con una sensación de identidad construida y expresada a través

de las elecciones del consumidor (75,76). Por ello, las bases sociológicas de Pierre Bourdieu siguen siendo muy pertinentes para estudiar la transición epidemiológica actual asociada al sobrepeso y obesidad.

En lo que a actividad física respecta, Bourdieu demuestra cómo las actividades particulares difieren de manera material y simbólicamente significativa para grupos de clase particulares (58). Ha sido posible observar que las diferencias entre clases sociales se expresan tanto en el tipo de actividad física realizada, como en la manera de hacerlo. Estas diferencias estarían basadas, al menos parcialmente, en disposiciones incorporadas que son evidentes ya a la edad de 13-14 años (77). Así como el éxito educativo resulta problemático para algunos alumnos de clase trabajadora debido a que pudiera verse como un abandono del origen (78), la aplicación obediente del esfuerzo físico personal hacia la actividad física, podría ser valorada como igualmente problemática (77).

Como regla general, el deporte es más probable de ser incorporado en una clase social donde no se contradiga la relación que aquella clase tenga con el cuerpo, ya sea de manera consciente o subconsciente (58). Esto explicaría en gran medida, por qué es tan complejo modificar el comportamiento y “estilo de vida” mediante campañas de prevención de enfermedad y promoción de salud. En la “paradoja del gusto de la necesidad”, Bourdieu (58) 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”). A medida que “estilos de vida” más o menos saludables resultan más o menos “para personas como nosotros”, se generaría una relación diferencial con el cuerpo y el salutismo –sistema de creencias culturales donde la buena salud es un objetivo (más que un medio) altamente valorado, donde se enfatizan las acciones y recursos individuales (esfuerzo, tiempo, dinero, entre otros.) para lograrlo (79). Los DSS o *campo* de la salud

–siendo estructuras sociales objetivas– moldean la valoración de lo saludable/no saludable para “personas como nosotros”, expresándose en un “estilo de vida” particular.

Las campañas de promoción de la salud suelen ser criticadas precisamente por promover un discurso del salutismo e imaginarios neoliberales que consolidan la idea (errada) de que los individuos tienen la responsabilidad moral de resolver problemas sociales adoptando “estilos de vida” saludables (80). Esto resulta ser un análisis simplista de la sociología médica, ignorando que la carga negativa atribuida al sobrepeso/obesidad, tanto social como emocional, estaría modelada contextualmente por determinantes estructurales, siendo (sólo) evidentes en el sector más acomodado de la gradiente social (71).

Si bien existe la posibilidad de modificar el *habitus*, las primeras experiencias tendrían un peso fundamental asegurando una “defensa contra el cambio”. Las incorporaciones asociadas durante la infancia, tanto al comportamiento alimenticio como a la práctica de actividad física, se reproducen en la adultez siendo difícil de modificar (81,82). El *habitus* tiende a rechazar aquellas informaciones susceptibles de cuestionar la información acumulada y, sobre todo, tiende a desfavorecer la exposición a tales informaciones (59). Pensar en el *habitus* como un sistema duradero de disposiciones implica una preocupación por las futuras trayectorias de los jóvenes, dadas las grandes diferencias en las oportunidades que estarán disponibles para ellos. Bourdieu sostuvo que esta durabilidad es una forma de explicar los sistemas sociales como reproductivos, regulados y relativamente estables (77).

Como se mencionó en el apartado anterior, el IMC elevado muestra detrás una interacción compleja entre distintos DSS, particularmente “nivel de desarrollo nacional”, “NSE”, “clase social” y “género”. El género, por ejemplo, representa una variable sociocultural que condiciona la relación –ya diferenciada– entre clases y el salutismo. No se puede olvidar que el género es un DSS estructural que influirá en la posición que se tenga en el campo de juego. Las mujeres son discriminadas por una corporalidad grande en diversos ámbitos de la vida: empleo, educación, relaciones afectivas, cuidado médico, medios de comunicación; discriminación específica de la que no son objeto sus congéneres delgadas o los hombres gordos (83). Esto explica por qué la reversión de la gradiente del sobrepeso



y obesidad –observada a medida que los países se desarrollan económicamente– ocurre primero en la población femenina (84-87).

Los análisis de la obesidad basados en el género y clase social podrían usarse para estudiar los “entornos obesogénicos” desde un nuevo punto de entrada al investigar las formas en que los significados y las prácticas sociales se incorporan y reproducen (67,88).

Al identificar clases sociales y comportamientos esperados de cada una según la incorporación de las estructuras sociales objetivas en ellos mismos, no bastaría entonces con decir que *habitus* es lo social incorporado, sino que habría que precisar que es lo social de clase hecho cuerpo (59). En otras palabras, existirían clases de cuerpos y cuerpos con clase (58,89,90).

### **Embodiment: expresión biológica del Habitus**

Así como *habitus* es un concepto masivamente ligado a Pierre Bourdieu, *Embodiment* lo es a Nancy Krieger. El *embodiment* o encarnación refiere a cómo incorporamos biológicamente el mundo material y social en el que vivimos, desde la vía intrauterina hasta la muerte; el corolario es que no hay aspecto de nuestra biología que se pueda comprender sin conocer la historia y las formas de vida individual y sociales (25). Es importante detenernos en este planteamiento, ya que una investigación epidemiológica centrada en “estilos de vida” –solo como causas inmediatas y no como prácticas sociales resultado de los DSS y del *habitus*– resulta incorpóreo y descontextualizado. Los cuerpos cuentan historias sobre las condiciones de nuestra existencia, y no pueden estudiarse divorciadas de ellas (91).

Krieger es reconocida por su teoría ecosocial (92,93), un sistema epidemiológico de múltiples niveles que, siendo compatible con la TCF, se diferencia por integrar los conceptos biológicos al explicar la modelación social en salud (93,94). La gradiente social en salud –resultado de posiciones sistemáticamente desventajosas en el *campo* sanitario– representarían “expresiones biológicas de la desigualdad” (95). La relación inversa entre IMC elevado y NSE en países ricos funciona como uno de tantos ejemplos.

Bourdieu complejizó el análisis de los “estilos de vida” al entenderlos como prácticas sociales producto de la incorporación de los DSS (social/externo/objetivo) y de

la valoración que se tenga de ellos (individual/interno/subjetivo) a través del *habitus*. Nancy Krieger resalta la expresión biológica de aquellas prácticas sociales. *Embodiment* funcionaría como la expresión biológica del *habitus*: lo social hecho cuerpo biológico, como resultado de una “discriminación” sumativa a lo largo de la vida.

Krieger (25) define “discriminación”, concepto clave en la teoría ecosocial, como el “proceso mediante el cual uno o varios miembros de un grupo socialmente definido son tratados de forma diferente, y especialmente de forma injusta, debido a su pertenencia a ese grupo” (96). Para la autora, este tratamiento injusto nace de “creencias de origen social que cada grupo tiene acerca del otro” y de “estructuras de dominación y opresión, vistas como expresiones de una lucha por el poder y los privilegios” (97). Es posible observar similitudes retóricas entre Krieger y Bourdieu, donde “lucha de poder y privilegios entre grupos” resultan un símil de “disputas por el *capital* dentro del campo de juego entre clases sociales”. La diferencia está en que Krieger se enfoca tácitamente en el *campo* sanitario y el resultado de aquel juego: salud/enfermedad.

Las personas gordas son construidas como seres con bajo aprecio por sí mismas, lo que se traduce en una ausencia de disciplina en el cuidado del cuerpo. Se puede interpretar que la repulsión que provoca la gordura es consecuencia de una falta moral que se marca en el cuerpo (98), lo que permitiría juzgar y por tanto discriminar por el tamaño corporal (99). Como afirma Krieger (93,95), las expresiones biológicas de la desigualdad social se interpretan como expresión de características innatas o impuestas, individuales o sociales, a partir de las mismas desigualdades sociales que modelan la salud de la población. El cuerpo se convierte en un “marcador de clase social” cuando ciertas propiedades incorporadas son el producto de prácticas relacionadas con la clase y se otorga un valor simbólico a las características físicas (58,70). Esto es posible de observar en grupos sociales en ascenso, quienes presentan menor prevalencia de obesidad que su grupo de origen, en tanto se identifican e

internalizan (encarnan) los valores de la clase social a la que se aspira (100).

Según Bourdieu (58), el interés que tienen las diferentes clases en la autopresentación es proporcional a las posibilidades de beneficio material o simbólico que razonablemente pueden esperar de ella. El problema es que las posibilidades que tienen las clases bajas de obtener beneficios a partir de su *capital* corporal o de transformarlo en *capital* social o cultural, son pocas, ya que existen desigualdades sustanciales en los valores simbólicos concedidos a formas corporales particulares. Si bien los cuerpos típicos de la clase trabajadora no carecen de valor simbólico, su acento, postura, porte y vestimenta, generalmente no reciben una alta valoración [...] siendo discriminados por distintos sectores de la sociedad, como profesores (101,102), policías o jueces (74). Así, cambiar la posición dentro del campo de juego resulta poco probable, las relaciones sociales se reproducen en el tiempo y la valoración de las estructuras objetivas sobre uno mismo no favorecen la adopción de prácticas sociales saludables al no parecer propias de “personas como nosotros”. Como plantea Krieger (25), “las instituciones económicas y políticas, y las decisiones que crean, imponen y perpetúan los privilegios y desigualdades económicas y sociales, las cuales se conceptualizan como las raíces o causas fundamentales de las desigualdades sociales en el *campo* de la salud”.

Habiendo expuesto ampliamente sobre los conceptos de DSS, *campo*, *capital*, *habitus* y *embodiment*, podemos afirmar que el cuerpo es una forma encarnada de capital (58,70,103,104) resultado de la incorporación de estructuras sociales (DSS y/o *campo* sanitario) a través del *habitus* y expresado de manera biológica (*embodiment*). El riesgo está en que una forma corpórea de *capital* implica que las estructuras de desigualdad –y discriminación– pueden reproducirse y legitimarse a través del cuerpo en el sentido de que ciertos rasgos físicos, cuando se consideran una forma de *capital*, resultan en una acumulación desigual de *capital* económico (58,74). La apariencia física y

el tamaño corporal no serían entonces sólo formas encarnadas de *capital*, sino también de desigualdad de clases (105). De este modo, no todas las clases tienen la misma posibilidad de obtener un cuerpo sano. El *capital* en juego es dispar, así como la posición dentro del *campo*, por lo que no podría pasar otra cosa que el juego termine siempre con el mismo resultado. En naciones desarrolladas, el sobrepeso y obesidad se presentan más en los más pobres, pero no (únicamente) por ser pobres, sino por ser los discriminados de siempre.

### Conclusiones

“DSS”, “*Habitus*” y “*Embodiment*” son conceptos teóricos que permiten dimensionar el impacto de lo social sobre la salud de la población. Integrarlos de manera secuencial y dentro de un contexto histórico representó un importante desafío. Se espera haber esclarecido los mecanismos de acción a través de los cuales lo social condicionaría ciertos resultados de salud, particularmente un IMC elevado, explicando en parte el nuevo escenario epidemiológico.

Los DSS operan de manera distinta sobre los individuos, favoreciendo sistemáticamente a los mismos, generando con ello posiciones más o menos ventajosas dentro del campo de juego sanitario. El patrón resulta tan fuerte que la realidad social se encarnaría (*embodiment*) de manera inconsciente y duradera a través de un *habitus*, otorgando valores simbólicos diferenciados a las distintas prácticas sociales que terminan por construir clases de cuerpos como expresión biológica de la desigualdad: cuerpos sanos, cuerpos enfermos, cuerpos vivos o cuerpos muertos.

Explicar esta inequidad en salud mediante barreras económicas individuales que definen “estilos de vida” particulares, resulta insuficiente. Se deben considerar las muchas formas arraigadas de desigualdad y no solo las evidentes. Los “estilos de vida” podrían resultar factores de riesgo menos individuales y menos modificables de lo que comúnmente se cree. El comportamiento en salud estaría modelado primeramente por un contexto social que construye disposiciones mantenidas en el tiempo, explicando en parte lo difícil que resulta modificarlo.

Las verdaderas barreras para una buena salud son aquellos obstáculos que impiden construir entornos donde el discurso del salutismo y promoción de salud

no contradiga lo que a muchos –incluso sin palabras– se les ha permitido comprender desde niños. Un entorno saludable es aquel que autoriza a vivir sanamente y se alcanzará cuando la autopercepción de capacidades no de espacio a entendimientos tan dispares de lo que es o no saludable.

Se considera imprescindible entender que la salud es implícitamente poblacional, y que la inequidad en salud representa la causa fundamental de la gradiente social sanitaria. En lo inmediato, detener la reproducción social injusta requiere de un agenciamiento estatal, donde la seguridad social neutralice el impacto que lo individual aún ejerce sobre los resultados de salud. A largo plazo, se requieren intervenciones multisectoriales, que se ajusten al contexto local y reconozcan los DSS como las causas estructurales de la salud pública.

### Referencias

1. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(2):675–697.
2. The Global Health Data Exchange. Global Burden Diseases. 2019. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
3. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. *J Glob Health*. 2018;8(2):020409.
4. GBD Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345–1422.
5. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(5):288–298.
6. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, *et al*. Patchy progress on obesity prevention: Emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet*. 2015;385(9985):2400–2409.
7. Travert AS, Annerstedt K, Daivadanam M. Built environment and health behaviors: Deconstructing the black box of interactions—a review of reviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8):2-19.
8. Feng J, Glass TA, Curriero FC, Stewart WF, Schwartz BS. The built environment and obesity: A systematic review of the epidemiologic evidence. *Heal Place*. 2010;16(2):175–190.
9. Orton LC, Pennington A, Nayak S, Sowden A, Petticrew M, White M, *et al*. What is the evidence that differences in 'control over destiny' lead to socioeconomic inequalities in health? A theory-led systematic review of high-quality longitudinal studies on pathways in the living environment. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(10):929–934.
10. Zuckerman MK, Harper KN, Barrett R, Armelagos GJ. The evolution of disease: Anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Glob Health Action*. 2014;7(1):23303.
11. Omran A. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Mem Fund Q*. 1971;49(1):509–538.
12. Barrett R, Kuzawa CW, McDade T, Armelagos GJ. Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiologic Transition. *Annu Rev Anthropol*. 1998; 27(1):247–271.
13. Cohen MN, Armelagos G. *Paleopathology at the Origins of Agriculture*. Orlando: Academic Press; 1984. p. 235–269.
14. Brothwell D. The question of pollution in earlier and less developed societies. In: *Population and Pollution*. London: Academic Press; 1972. p. 15–27.
15. Harrison G, Waterlow J. *Diet and Disease in Transitional and Developing Societies*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
16. Cockburn TA. Infectious diseases in ancient populations. *Curr Anthropol*. 1971;12(1):45–62.
17. Polgar S. Evolution and the ills of mankind. In: *Horizons of Anthropology*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1964. p. 200–11.
18. Flinn M. The stabilization of mortality in preindustrial Western Europe. *J Eur Econ Hist*. 1974;3(2):285–318.
19. McNeill WH. Disease in history. *Soc Sci Med Part B Med Anthropol*. 1978;12(C):79–81.
20. Last JM. *Dictionary of epidemiology*. 4ta ed. Vol. 47, *Journal of Epidemiology and Community Health*. New York: Oxford University Press; 2001. 62 p.
21. Fleischer NL, Mckeown RE. The Second Epidemiologic Transition from an Epidemiologist's Perspective. In: *Modern Environments and Human Health: Revisiting the Second Epidemiologic Transition*. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2014. p. 353–369.
22. Mackenbach JP. The epidemiologic transition theory. *J Epidemiol Community Health*. 1994;48(4):329–331.
23. Gaylin DS, Kates J. Refocusing the lens: Epidemiologic transition theory, mortality differentials, and the AIDs pandemic. *Soc Sci Med*. 1997;44(5):609–621.
24. Turshen M. The Political Ecology of Disease. *Rev Radic Polit Econ*. 1977;9(1):45–60.
25. Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11:480–490.
26. Krieger N. *Epidemiology and Social Sciences: Towards a Critical Reengagement in the 21st Century*. *Epidemiologic Rev*. 2000;22(1):155–63.
27. Yankauer A. The Relationship of Fetal and Infant Mortality to Residential Segregation: An Inquiry Into Social Epidemiology. *Am Sociol*

- Rev. 1950;15(5):644–648.
28. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *J Health Soc Behav.* 2010;51(1-suppl):S28–40.
  29. Link BG, Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *J Health Soc Behav.* 1995;(Extra Issue):80–94.
  30. Bennett JE, Stevens GA, Mathers CD, Bonita R, Rehm J, Kruk ME, *et al.* NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet.* 2018;392(10152):1072–1088.
  31. Williams EP, Mesidor M, Winters K, Dubbert PM, Wyatt SB. Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *Curr Obes Rep.* 2015;4(3):363–370.
  32. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism.* 2019;92:6–10.
  33. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990–2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med.* 2020;17(7):1–19.
  34. The GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017;377(1):13–27.
  35. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, *et al.* Association of body mass index with lifetime risk of cardiovascular disease and compression of morbidity. *JAMA Cardiol.* 2018;3(4):280–287.
  36. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet.* 2009;373(9669):1083–1096.
  37. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* 2008;371(9612):569–578.
  38. Kuwabara M, Kuwabara R, Niwa K, Hisatome I, Smits G, Roncal-Jimenez CA, *et al.* Different risk for hypertension, diabetes, dyslipidemia, and hyperuricemia according to level of body mass index in Japanese and American subjects. *Nutrients.* 2018;10(8):1011.
  39. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, Bergmann M, Schulze MB, Overvad K, *et al.* General and Abdominal Adiposity and Risk of Death in Europe. *N Engl J Med.* 2008;359(20):2105–2120.
  40. The Emerging Risk Factors Collaboration. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: Collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet.* 2011;377(9771):1085–95.
  41. Newton S, Braithwaite D, Akinyemiju TF. Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(5):1–15.
  42. Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: The age of obesity and inactivity. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2010;303(3):275–276.
  43. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, McGowan CJ, Wallace C, Imamura F, *et al.* The obesity transition: stages of the global epidemic. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(3):231–240.
  44. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, *et al.* A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med.* 2005;352(11):1138–45.
  45. WHO. Closing the gap in a generation. Geneva; 2008.
  46. PAHO. Determinantes e inequidades en salud. In: *Salud en las Américas.* Washington DC; 2012. p. 12–59.
  47. MSCBS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Igualdades Sociales en salud en España [Internet]. Madrid; 2015. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Políticas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf)
  48. WHO. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva; 2010.
  49. WHO. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. Geneva; 2014.
  50. WHO. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Geneva; 2011.
  51. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiol Rev.* 2007;29(1):29–48.
  52. Nikitara K, Odani S, Demenagas N, Rachiotis G, Symvoulakis E, Vardavas C. Prevalence and correlates of physical inactivity in adults across 28 European countries. *Eur J Public Health.* 2021;31(4):840–5.
  53. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med.* 2022;56(2):101–6.
  54. Doyal L. The political economy of health. London: Pluto Press; 1979.
  55. Conrad P, Kern R. The sociology of health and illness: critical perspectives. New York: St Martin´s Press; 1981.
  56. Navarro V. Crisis, health, and medicine: a social critique. New York: Tavistock; 1986.
  57. Breilh J. Epidemiología, economía, medicina y política. México D.F: Distribuciones Fontamara; 1988.
  58. Bourdieu P. La distinción, criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus; 1984.
  59. Gutiérrez A. Las prácticas sociales. Una introducción a Pierre Bourdieu. Villa María: Edivim; 2012.
  60. Bourdieu P. Espacio social y poder simbólico. In: *Cosas dichas.* Buenos Aires: Gedisa; 1988. p. 127.
  61. Bourdieu P. El interés del sociólogo. In: *Cosas dichas.* Buenos Aires: Gedisa; 1988. p. 108.
  62. Hammad Mrig E. Integrating fundamental cause theory and Bourdieu to explain pathways between



- socioeconomic status and health: the case of health insurance denials for genetic testing. *Sociol Heal Illn.* 2020;43(1):133-148.
63. Bourdieu P. The forms of capital. In: *Handbook of theory and research for the sociology of education.* New York: Greenwood; 1986.
64. Accardo A, Corcuff P. *La Sociologie de Bourdieu.* Bordeaux: Le Mascaret; 1986.
65. Bourdieu P. La codificación. In: *Cosas dichas.* Buenos Aires: Gedisa; 1988. p. 83.
66. Regnier F, Massullo A. Obésité, Goûts et Consommation. *R franç sociol.* 2009;50(4):744-73.
67. Warin M, Turner K, Moore V, Davies M. Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. *Sociol Heal Illn.* 2008;30(1):97-111.
68. Oygard L. Studying food tastes among young adults using Bourdieu's theory. *J Consum Stud Home Econ.* 2000;24(3):160-169.
69. Mellor J, Blake M, Crane L. "When I'm doing a dinner party I don't go for the Tesco cheeses": Gendered class distinctions, friendship and home entertaining. *Food, Cult Soc.* 2010;13(1):115-134.
70. Ulijaszek SJ. Socio-economic status, forms of capital and obesity. *J Gastrointest Cancer.* 2012;43(1):3-7.
71. Thomas-Lange J, Ferrer L. Social determinants as contextual factors of obesity: construction of meaning and value of nutritional status according to socioeconomic status. *Rev Chil Nutr.* 2020;47(6):983-90.
72. Stringfellow L, MacLaren A, Maclean M, O'Gorman K. Conceptualizing taste: Food, culture and celebrities. *Tour Manag.* 2013;37(2013):77-85.
73. Bava CM, Jaeger SR, Park J. Constraints upon food provisioning practices in "busy" women's lives: Trade-offs which demand convenience. *Appetite.* 2008;50(2-3):486-98.
74. Shilling C. Physical capital and situated action: A new direction for corporeal sociology. *Br J Sociol Educ.* 2004;25(4):473-87.
75. Crompton R. Consumption and Class Analysis. *Sociol Rev.* 1997;44(1\_suppl):113-32.
76. Deutsch NL, Theodorou E. Aspiring, consuming, becoming: Youth identity in a culture of consumption. *Youth Soc.* 2010;42(2):229-54.
77. 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(3):226-40.
78. Ingram N. Within school and beyond the gate: The complexities of being educationally successful and working class. *Sociology.* 2011;45(2):287-302.
79. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Heal Serv.* 1980;10(3):365-388.
80. Evans J, Davies B. Neoliberal freedoms, privatisation and the future of physical education. *Sport Educ Soc.* 2015;20(1):10-26.
81. Ono M, Kennedy E, Reeves S, Cronin L. Nutrition and culture in professional football. A mixed method approach. *Appetite.* 2012;58(1):98-104.
82. Ferzacca S. Lived food and judgments of taste at a time of disease. *Med Anthropol* 2004;23(1):41-67.
83. Fikkan JL, Rothblum ED. Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles.* 2012;66(9-10):575-592.
84. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: A review. *Bull World Health Organ.* 2004;82(12):940-946.
85. Dinsa GD, Goryakin Y, Fumagalli E, Suhrcke M. Obesity and socioeconomic status in developing countries: A systematic review. *Obes Rev.* 2012;13(11):1067-1079.
86. Kanter R, Caballero B. Global gender disparities in obesity: A review. *Adv Nutr.* 2012;3(4):491-498.
87. McLaren L, Kuh D. Women's body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Soc Sci Med.* 2004;58(9):1575-1584.
88. Sato PM, Gittelsohn J, Unsain RF, Roble OJ, Scagliusi FB. The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles studying food and eating: A narrative review. *Appetite.* 2016;96:174-186.
89. Krieger N, Davey Smith G. "Bodies count," and body counts: Social epidemiology and embodying inequality. *Epidemiol Rev.* 2004; 26:92-103.
90. Fuentes SG. *Cuerpos con clase: producir juventudes en contextos educativos de sectores medios altos y altos del Gran Buenos Aires.* FLACSO; 2011.
91. Krieger N. *Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology.* *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(5):350-355.
92. Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach. *Am J Public Health.* 2012;102(5):936-945.
93. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30(4):668-677.
94. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med.* 1994;39(7):887-903.
95. Krieger N. Discrimination and health. In: *Social epidemiology.* Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 36-75.
96. Jary D, Jary J. *Collins dictionary of sociology.* Glasgow: Harper Collins Publishers; 1995. p. 169.
97. Marshall G. *The concise Oxford dictionary of sociology.* Oxford: Oxford University Press; 1994. p. 125-126.
98. Energici MA, Acosta E, Huaiquimilla M, Bórquez F. Feminización de la gordura: estudio cualitativo en Santiago de Chile. *Rev Psicol.* 2017;25(2):1-17.
99. Alberga AS, McLaren L, Russell-Mayhew S, Von Ranson KM. Canadian Senate Report on Obesity: Focusing on Individual Behaviours versus Social Determinants of Health May Promote Weight Stigma. *J Obes.* 2018, ID 8645694, <https://doi.org/10.1155/2018/8645694>

100. Sobal J. Obesity and socioeconomic status: a framework for examining relationships between physical and social variables. *Med Anthropol Cross Cult Stud Heal Illn.* 1991;13(3):231-247.
101. Bourdieu P, Passeron J. *Reproduction in education, society & culture.* 2nd ed. London: SAGE; 1990.
102. Cooper B. Using Bernstein and Bourdieu to understand children's difficulties with "realistic" mathematics testing: An exploratory study. *Int J Qual Stud Educ.* 1998;11(4):511-532.
103. Vandebroek D. *Distinctions in the Flesh.* New York: Routledge; 2017.
104. Oude Groeniger J, de Koster W, van der Waal J, Mackenbach JP, Kamphuis CBM, van Lenthe FJ. How does cultural capital keep you thin? Exploring unique aspects of cultural class that link social advantage to lower body mass index. *Sociol Heal Illn.* 2020;42(7):1497-1515.
105. Robinovich J, Ossa X, Baeza B, Krumeich A, van der Borne B. Embodiment of social roles and thinness as a form of capital: A qualitative approach towards understanding female obesity disparities in Chile. *Soc Sci Med.* 2018;201:80-86.

Recibido: 06/12/2021  
Aceptado: 25/02/2022