



# Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico

Melina Montero-López\*  
Carolina Santamaría-Ulloa\*\*  
Traci Bekelman\*\*\*  
Joselyn Arias-Quesada\*\*\*\*  
Josette Corrales-Calderón\*\*\*\*\*  
Michelle Jackson-Gómez\*\*\*\*\*  
Ginna Granados-Obando\*\*\*\*\*

Recibido en mayo 22 de 2020, aceptado en abril 30 de 2021

---

## Citar este artículo así:

Montero-López M, Santamaría-Ulloa C, Bekelman T, Arias-Quesada J, Corrales-Calderón J, Jackson-Gómez M, Granados-Obando G. Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. *Hacia. Promoc. Salud.* 2021; 26 (2): 192-207. DOI: 10.17151/hpsal.2021.26.2.14

---

## Resumen

La obesidad es un factor de riesgo para diferentes enfermedades crónicas y está asociada a factores genéticos, ambientales y sociales. **Objetivo:** analizar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. **Métodos:** este estudio de corte transversal se realizó un enfoque mixto. Para el componente cuantitativo se realizan entrevistas estructuradas a una muestra de mujeres de 25 a 45 años (n=137), representativa de dos cantones urbanos en Costa Rica. Para el componente cualitativo se realizan entrevistas semiestructuradas a una muestra de 13 actores institucionales de los

---

\* Licenciatura, Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Autora para correspondencia.

Correo electrónico: melina.montero@ucr.ac.cr.  [orcid.org/0000-0003-1604-0691](https://orcid.org/0000-0003-1604-0691). 

\*\* PhD., Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Correo electrónico: carolina.santamaria@ucr.ac.cr.  [orcid.org/0000-0001-9323-7653](https://orcid.org/0000-0001-9323-7653). 

\*\*\* PhD., Colorado School of Public Health, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Denver, Estados Unidos.

Correo electrónico: Traci.bekelman@cuanschutz.edu.  [orcid.org/0000-0003-0840-1186](https://orcid.org/0000-0003-0840-1186). 

\*\*\*\* Licenciatura, Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Correo electrónico: josyaag@gmail.com.

 [orcid.org/0000-0001-6447-8474](https://orcid.org/0000-0001-6447-8474). 

\*\*\*\*\* Licenciatura, Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Correo electrónico: josette.corrales@ucr.ac.cr.

 [orcid.org/0000-0003-2105-8669](https://orcid.org/0000-0003-2105-8669). 

\*\*\*\*\* Licenciatura, Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. michellejajco@gmail.com.

 [orcid.org/0000-0002-9882-2082](https://orcid.org/0000-0002-9882-2082). 

\*\*\*\*\* Licenciatura, Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Correo electrónico: xioma3195@gmail.com

 [orcid.org/0000-0002-5942-0005](https://orcid.org/0000-0002-5942-0005). 



mismos cantones. **Resultados:** existen desigualdades en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, con una mayor afectación en la población de bajo nivel socioeconómico. La inseguridad ciudadana, el nivel socioeconómico y la sobrepoblación son obstáculos para el desarrollo de prácticas saludables. Existe una asociación significativa inversa entre la actividad física regular y el sobrepeso y obesidad ( $OR=0,35$ ,  $p=0,03$ ). **Conclusiones:** estos resultados son un insumo para realizar acciones que promuevan equidad, especialmente en poblaciones que no cuenten con los recursos para llevar una vida saludable.

### Palabras clave

Obesidad, determinantes sociales de la salud social, clase social, promoción de la salud, disparidades en el estado de salud (*Fuente: DeCS, Bireme*).

## Social determinants of health and prevalence of overweight-obesity in urban women according to their socioeconomic level

### Abstract

Obesity is a risk factor for different chronic diseases and is associated with genetic, environmental and social factors. **Objective:** To analyze the association between the social determinants of health and the prevalence of overweight and obesity in urban women, according to their socioeconomic status. **Methods:** This cross-sectional study used a mixed approach. For the quantitative component, structured interviews were conducted with a sample of women aged 25-45 years ( $n=137$ ), representative of two urban cantons in Costa Rica. For the qualitative component, semi-structured interviews were conducted with a sample of 13 institutional actors of the same cantons. **Results:** There are inequalities in the prevalence of overweight and obesity, with a greater impact on the population with a low socioeconomic status. Citizen insecurity, socioeconomic status and overpopulation are obstacles to the development of healthy practices. There is a significant inverse association between regular physical activity and overweight and obesity ( $OR = 0.35$ ,  $p = 0.03$ ). **Conclusions:** These results are an input to carry out actions that promote equity, especially in populations that do not have resources for a healthy lifestyle.

### Key words

Obesity, social determinants of social health, social class, health promotion, disparities in health status (*Source: MeSH, NCBI*).

## Determinantes sociais da saúde e prevalência de sobrepeso-obesidade em mulheres urbanas, segundo nível socioeconômico

### Resumo

A obesidade é um fator de risco para diferentes doenças crônicas e está associada a fatores genéticos, ambientais e sociais. **Objetivo:** analisar a associação entre os determinantes sociais da saúde e a prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres urbanas, segundo nível socioeconômico. **Métodos:** este estudo de corte transversal foi feito com um enfoque misto. Para o componente quantitativo foram feitas entrevistas estruturadas a uma amostra de mulheres de 25 a 45 anos ( $n=137$ ), representativa de dois municípios urbanos em Costa Rica. Para o componente qualitativo se fizeram entrevistas semiestruturadas a uma amostra de 13 atores institucionais dos mesmos municípios. **Resultados:** existem desigualdades na prevalência de sobrepeso e obesidade, com uma maior afetação na população de baixo nível socioeconômico. A insegurança cidadã, o nível socioeconômico e a

sobre população são obstáculos para o desenvolvimento de práticas saudáveis. Existe uma associação significativa inversa entre a atividade física regular e o sobrepeso e obesidade (OR=0,35, p=0,03). **Conclusões:** estes resultados são um insumo para realizar ações que promovem equidade, especialmente em populações que não contam com os recursos para levar uma vida saudável.

### Palavras chave

Obesidade, determinantes sociais da saúde social, classe social, promoção da saúde, disparidades no estado de saúde (Fonte: DeCS, Bireme).

## Introducción

La obesidad es considerada como una problemática en salud alrededor del mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). En el 2016 según datos de la OMS más de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían exceso de peso, de los cuales alrededor de 600 millones tenían obesidad (2).

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), afirman que América Latina y el Caribe se encuentran en una etapa de transición nutricional, ya que han avanzado en la prevención y control de las deficiencias nutricionales, y a la vez se observa un rápido incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad que afecta a toda la población, con un impacto mayor en las mujeres (3).

El exceso de peso es una enfermedad crónica provocada por el desbalance entre la ingesta energética y el gasto (4). En Latinoamérica, el exceso de peso es causa de gran preocupación debido a su alta prevalencia, y a la evidencia de que este es un factor de riesgo para algunas enfermedades crónicas no transmisibles, tales como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y algunos tipos de cáncer (6, 7). Nacionalmente, según datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

Cardiovasculares del 2014, el 70,6% de las mujeres costarricenses mayores de 20 años tienen sobrepeso u obesidad (7).

Esta investigación se realiza en dos cantones urbanos que comparten frontera pero que cuentan con diferente nivel socioeconómico. Escazú, el cantón con mayor nivel socioeconómico, se ubica en la posición número dos del *ranking* de cantones de Costa Rica con mejor índice de desarrollo humano para el 2017 (IDH) (8). Alajuelita, el cantón con menor nivel socioeconómico, ha sido un cantón marcado por los procesos de migración, el 36,1% de sus habitantes nacieron en otro cantón de Costa Rica y un 12,9% de ellos nacieron fuera del país, en el año 2016 este cantón se ubicaba en el puesto 73 de 82 en IDH, es decir entre los puestos más bajos de desarrollo humano.

Como resultado de la investigación realizada por Bekelman, Santamaría-Ulloa, Dufour, Marín-Arias y Dengo (9), la cual se realizó en el mismo contexto de esta investigación, se obtuvo que en los cantones de Alajuelita y Escazú las mujeres de bajo nivel socioeconómico (NSE) tienen mayor prevalencia de obesidad que las de alto NSE (39% vs. 18%), lo cual se relaciona, entre otros factores, con las limitaciones en el acceso a alimentos saludables que se adaptan a sus condiciones de vida, provocando dietas con un alto consumo de carbohidratos y un bajo consumo de proteína.

Aun siendo el NSE un determinante en el acceso a los alimentos, tanto las mujeres de bajo como las de alto NSE, presentan una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (9), por lo que el exceso de peso no es atribuible únicamente al NSE, según el Instituto de Nutrición de Centroamérica y República Dominicana (INCAP) entre los determinantes de la obesidad se incluyen factores del entorno, individuales y energéticos. El entorno hace referencia a lo social, político, alimentario y al sistema de salud. Lo individual se relaciona con factores propios de la persona, que le permiten interactuar con otros determinantes; y por último, los factores energéticos consideran las influencias que tienen los determinantes de herencia genética, retardo intrauterino y desnutrición crónica (10).

Al comprender la complejidad de la problemática se identifica la importancia de realizar una investigación con un abordaje desde los determinantes sociales de la salud, que permita identificar los factores específicos que influyen en la prevalencia del sobrepeso y obesidad en la población en estudio.

En esta investigación se analizan los determinantes sociales de la salud en las mujeres, ya que estos son indicadores del proceso de salud de la población y permiten entender las situaciones que ponen en riesgo su salud (11). El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres urbanas, según el nivel socioeconómico, con el fin de identificar las diferencias entre los determinantes de cada población que permitan conocer las desigualdades relacionadas con el NSE y el sobrepeso u obesidad.

La población de estudio de esta investigación está compuesta por madres. Este es un grupo poblacional que en Latinoamérica juega

un rol muy importante por ser usualmente la madre “quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos” (12). De esta forma, la reproducción de patrones saludables o poco saludables las afecta no solamente a ellas, sino también a sus familias.

## Materiales y métodos

Esta es una investigación de corte transversal, la cual se realizó desde un enfoque mixto, por lo que comprende componentes cuantitativos y cualitativos. El trabajo de campo se realizó durante el 2018 y el 2019, en jornadas diurnas, de lunes a sábado, en los cantones urbanos de Alajuelita y Escazú, en Costa Rica.

### *Diseño y selección de la muestra*

Para el componente cuantitativo de este estudio se utilizó una muestra representativa de las madres de 25 a 45 años residentes de ambos cantones (N = 137), 69 de ellas eran residentes de Escazú y 68 de Alajuelita. Esta muestra contó con una potencia estadística de al menos 80%. Los criterios de inclusión fueron tener al menos un hijo, y residir en los cantones de Alajuelita y Escazú durante el periodo de la encuesta.

Estos cantones se seleccionaron por ser urbanos y tener cercanía geográfica, pero con niveles de desarrollo disímiles. Una vez seleccionados los cantones, se procedió a hacer un muestreo aleatorio polietápico para la selección de distritos, viviendas y sujetos de estudio. Se seleccionaron aleatoriamente dos distritos por cada cantón. Para cada uno de los cuatro distritos seleccionados, se utilizaron mapas con resolución de cuadras y viviendas. A cada cuadra se le asignó un

número consecutivo y mediante el uso de una tabla de números aleatorios se procedió a seleccionar aleatoriamente 100 cuadras por cada distrito. En todas las viviendas de cada cuadra seleccionada se hizo la búsqueda activa de mujeres que reunieran los criterios de inclusión para este estudio. Las investigadoras visitaron un máximo de dos veces cada una de esas viviendas, con el fin de reclutar participantes.

Para el componente cualitativo se utilizó una muestra a conveniencia a un total de 13 actores sociales de instituciones y organizaciones relacionadas con la producción social de la salud en Costa Rica: Área Rectora del Ministerio de Salud, gobierno local, Comité de Deportes, Ministerio de Educación, Patronato de la Infancia, Fuerza Pública e Instituto Nacional de Aprendizaje. Los criterios de inclusión utilizados fueron que el quehacer de la institución u organización se encontrara relacionado con la problemática de aumento del sobrepeso y obesidad, y que además la institución consultada mostrara interés por participar.

### ***Análisis de datos del componente cuantitativo***

Desde un enfoque cuantitativo se determinaron las características sociodemográficas de la muestra y se realizó el análisis de los determinantes intermedios con base en el modelo de determinantes de la obesidad del INCAP (11). Estos determinantes incluyeron: (1) conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre hábitos saludables de consumo de alimentos, (2) CAP sobre actividad física, (3) nivel de autoestima, (4) influencia familiar y (5) calidad del sueño. Para la medición de conocimientos y prácticas sobre alimentación saludable y actividad física se diseñaron ítems a partir de lo establecido en las guías alimentarias para Costa Rica. Para la medición de actitudes hacia hábitos saludables de

consumo de alimentos saludables y actividad física se utilizaron ítems del cuestionario sobre actividad física y sedentarismo para adultos del Instituto Nacional de Salud Pública de México (13) y del cuestionario de CAP realizado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Fasta sobre alimentación saludable y actividad física en el paciente obeso (14). En autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg (15) y para calidad de sueño se utilizaron los ítems G5, G6, G7 y G8 del cuestionario sobre asociación del sueño y obesidad realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Además, se contemplan factores asociados a las características sociodemográficas, como edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y tipo de trabajo. A pesar de que el modelo de determinantes utilizado (16) hace referencia a los aspectos biológicos de las personas (factores epigenéticos y factores energéticos), en esta investigación no se tomaron en cuenta dichos factores dado que su medición se encontraba fuera del alcance de este estudio.

La recopilación de datos se realiza por medio de entrevistas estructuradas realizadas a las mujeres que conformaron la muestra. Para el análisis de datos cuantitativos se realizó una distribución univariada de frecuencias para las variables categóricas y se estimaron las medidas de tendencia central para las variables continuas. Posteriormente, se desarrolló un análisis bivariado en el que se relacionó cada uno de los determinantes intermedios con la presencia de sobrepeso u obesidad según índice de masa corporal (IMC). El IMC se estimó a partir de auto reporte de peso y talla. Una persona con un IMC de 25 a 29,9 se consideró con sobrepeso, y un IMC igual o superior a 30 con obesidad (2). Se realizó también un análisis múltiple mediante un modelo de regresión logística cuya variable dependiente fue la presencia o ausencia

de sobrepeso u obesidad en las mujeres participantes. Las variables independientes se seleccionaron *a priori* a partir del modelo teórico de los determinantes intermedios de la salud: CAP sobre alimentación saludable, CAP sobre actividad física regular, influencia familiar, autoestima, calidad de sueño y nivel socioeconómico.

### ***Análisis de datos del componente cualitativo***

Desde un enfoque cualitativo se realizó el análisis de los determinantes estructurales con base en el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS (14). Estos determinantes incluyeron (1) entorno social y político, (2) entorno alimentario, (3) entorno físico y (5) sistema de salud. Entorno social y político incluye el cambio climático, pobreza, desigualdades, migración, urbanización, industrialización, legislación y escasez de agua segura. Entorno alimentario incluye disponibilidad de frutas y vegetales, producción de alimentos para agroexportación, publicidad y mercadeo de alimentos ultra procesados, costos de alimentos saludables, acceso a comida rápida, y tiempo para preparar los alimentos. Entorno físico comprende características del entorno para la práctica de actividad física, uso del transporte, recreación, uso de áreas verdes, inseguridad ciudadana y tecnología. Sistema de salud incluye la oferta de servicios de salud brindados por diferentes organizaciones e instituciones del sector salud.

La recopilación de datos se realiza por medio de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a actores sociales de instituciones y organizaciones. Para el procesamiento de los datos cualitativos, una vez que se aplicaron los instrumentos para la entrevista a actores sociales, se desarrolló el plan de análisis conformado de la siguiente manera: (1) transcripción de las entrevistas por registro fiel que permitió puntualizar

ideas y relacionar preguntas vinculantes; (2) codificación y ordenamiento de datos en una tabla de códigos, con la que se desarrolla el análisis por reducción de cada entrevista considerando los principios de saturación, de calidad de la información y de extensión del objeto; (3) agrupamiento de los datos en categorías previstas y en posibles categorías emergentes, de acuerdo con las fuentes de información y separadas por cantón; y (5) triangulación por concatenación entre la pregunta, el marco teórico y el dato analizado.

Algunas de las preguntas que formaron parte de la entrevista, se relacionan con la percepción que tiene el actor social sobre el comportamiento del determinante en estudio, durante los últimos diez años, como en los ítems referentes a uso del suelo, a la situación de pobreza, al comportamiento de la inmigración, al aumento del costo de los alimentos más saludables, al uso de tecnologías informáticas y al uso de zonas verdes y de espacios recreativos.

## **Resultados**

Se presentan los resultados que permiten identificar el comportamiento de los determinantes sociales de la salud según el nivel socioeconómico de la población y su relación con el sobrepeso u obesidad.

### ***Características sociodemográficas***

A partir de la descripción de las características sociodemográficas se observan diferencias significativas según nivel socioeconómico (NSE). La población con menor nivel socioeconómico tiene menor nivel de instrucción comparado con la población de mayor nivel socioeconómico, el porcentaje de población con primaria completa o menos entre bajo NSE y alto NSE es de 44,4% vs.

0%. Además, solo un 3,2% de la población de menor NSE cuenta con un trabajo formal mientras que este porcentaje es del 52,6% para alto NSE (cuadro 1).

Cuando se compara por cantón se encuentra que en Alajuelita la mayoría de las mujeres se encuentran en bajo nivel socioeconómico

(66,1%), mientras que en Escazú el mayor porcentaje se encuentra en el nivel socioeconómico medio (50,7%). A partir del análisis de IMC se encuentra que, en comparación con Escazú, Alajuelita presenta mayor porcentaje de sobrepeso (41,7% vs. 44,6%) y obesidad (25% vs. 35,4%).

**Cuadro 1.** Perfil sociodemográfico de las mujeres participantes de la encuesta. Alajuelita y Escazú, 2018.

| CARACTERÍSTICAS                            | PORCENTAJE (%)    |                     |                      |                     |
|--|-------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
|  | (n= 137)<br>Total | (n= 63)<br>NSE bajo | (n= 55)<br>NSE medio | (n= 19)<br>NSE alto |
| <b>Alimentación</b>                        |                   |                     |                      |                     |
| Conocimientos sobre alimentación saludable |                   |                     |                      |                     |
| Suficientes                                | 8,03              | 9,52                | 7,27                 | 5,26                |
| Insuficientes                              | 91,97             | 90,48               | 92,73                | 94,74               |
| Actitud hacia una alimentación saludable   |                   |                     |                      |                     |
| Desfavorable                               | 2,19              | 0,00                | 5,45                 | 0,00                |
| Indiferente                                | 35,04             | 38,10               | 36,36                | 21,05               |
| Favorable                                  | 62,77             | 61,90               | 58,18                | 78,95               |
| Prácticas de alimentación                  |                   |                     |                      |                     |
| Saludable                                  | 40,88             | 36,51               | 38,18                | 63,16               |
| No saludable                               | 59,12             | 63,49               | 61,82                | 36,84               |
| <b>Actividad física</b>                    |                   |                     |                      |                     |
| Conocimientos actividad física             |                   |                     |                      |                     |
| Suficientes                                | 43,80             | 46,03               | 34,55                | 63,16               |
| Insuficientes                              | 56,20             | 53,97               | 65,45                | 36,45               |
| Actitud hacia la actividad física          |                   |                     |                      |                     |
| Desfavorable                               | 7,30              | 7,94                | 5,45                 | 10,53               |
| Indiferente                                | 37,96             | 42,86               | 30,91                | 42,11               |
| Favorable                                  | 54,74             | 49,21               | 63,64                | 47,37               |
| Práctica de actividad física               |                   |                     |                      |                     |
| Regular                                    | 56,20             | 55,56               | 54,55                | 63,16               |
| No regular                                 | 43,80             | 44,40               | 45,45                | 36,84               |
| <b>Autoestima</b>                          |                   |                     |                      |                     |
| Nivel de autoestima                        |                   |                     |                      |                     |
| Baja                                       | (n= 76)<br>71,05  | (n= 39)<br>74,36    | (n= 27)<br>66,67     | (n= 10)<br>70,00    |
| Media                                      | 17,74             | 17,95               | 22,22                | 20,00               |
| Alta                                       | 9,21              | 7,69                | 11,11                | 10,00               |

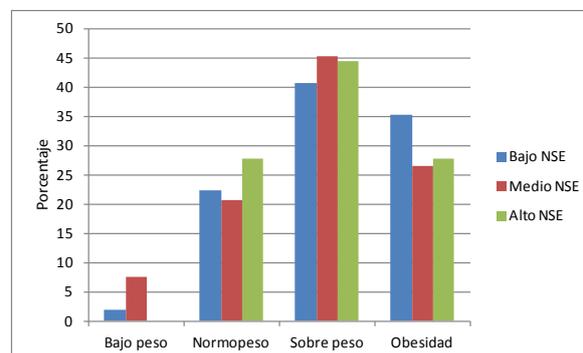
\* p < 0,05

| CARACTERÍSTICAS                              | PORCENTAJE (%)                  |                     |                      |                     |        |
|--|---------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|--------|
|  | (n= 137)<br>Total               | (n= 63)<br>NSE bajo | (n= 55)<br>NSE medio | (n= 19)<br>NSE alto |        |
| <b>Perfil Sociodemográfico</b>               |                                 |                     |                      |                     |        |
| Edad   |                                 |                     |                      |                     |        |
|  | 25-29                           | 28,47               | 36,51                | 27,27               | 5,26   |
|  | 30-34                           | 16,06               | 15,87                | 12,73               | 26,32  |
|  | 35-39                           | 24,09               | 20,63                | 29,09               | 21,05  |
|  | 40-45                           | 31,39               | 26,98                | 30,91               | 47,37  |
| Estado civil                                 |                                 |                     |                      |                     |        |
|  | Soltera                         | 16,8                | 19,1                 | 14,6                | 15,79  |
|  | Unida/juntada                   | 29,93               | 33,33                | 32,73               | 10,53  |
|  | Casda                           | 45,99               | 41,27                | 45,45               | 63,16  |
|  | Otro                            | 7,3                 | 6,4                  | 7,3                 | 10,53  |
| Escolaridad                                  |                                 |                     |                      |                     |        |
|  | Primaria completa o menos       | 33,58               | 44,44                | 32,73               | 0      |
|  | Secundaria incompleta           | 29,2                | 42,86                | 23,6                | 0      |
|  | Secundaria completa             | 18,3                | 11,1                 | 25,5                | 21,05  |
|  | Parauniversitaria/Universitaria | 19,0                | 1,6                  | 18,2                | 78,95  |
| Trabajo según sector                         |                                 |                     |                      |                     |        |
|  | Formal                          | 19,71               | 3,2                  | 27,3                | 52,63  |
|  | Informal                        | 80,29               | 96,8                 | 72,73               | 47,37  |
| <b>Índice de Masa Corporal Autoreportado</b> |                                 |                     |                      |                     |        |
|  | Bajo peso                       | 4                   | 1,85                 | 7,55                | 0      |
|  | Normopeso                       | 22,4                | 22,22                | 20,75               | 27,78  |
|  | Sobrepeso                       | 43,2                | 40,74                | 45,28               | 44,44  |
|  | Obesidad                        | 30,4                | 35,19                | 26,42               | 27,278 |

\*  $p < 0,05$  \*\*\*  $p < 0,001$

Fuente: elaboración propia.

En el gráfico 1 se muestra que la mayoría de las mujeres normo peso tienen un alto nivel socioeconómico, mientras que la mayoría de las mujeres con obesidad son de bajo NSE.



**Gráfico 1.** Distribución relativa del estado antropométrico auto reportado de las participantes, según nivel socioeconómico (NSE). Alajuelita y Escazú, 2018. Fuente: elaboración propia.

### ***Determinantes estructurales***

En el análisis de los determinantes estructurales, en el cantón de menor nivel socioeconómico (Alajuelita) se identifica que en el gobierno local las decisiones políticas macroeconómicas y sociales como la mala planificación territorial, se materializa en un uso de suelo mayoritariamente residencial, sobrepoblado y con una migración en aumento. Así mismo los procesos migratorios que aportan a la sobrepoblación se identifican como un desafío para los servicios de salud, educación, vivienda y empleo.

Con respecto a la estructura social, los actores sociales identifican una alta pobreza vinculada con problemáticas sociales como la desigualdad, drogadicción e inmigración, lo que marca una relación entre el poder adquisitivo y la calidad de alimentos seleccionados para el consumo.

“...en algunos momentos también ha habido algunos negocios de licuados, pero ¿cuánto vale un licuado de fruta natural?, está más caro que comprarse una coca cola o una gaseosa...” (Actor social 5, 2018)

Es así como que a pesar de que existe una oferta en cuanto a alimentos saludables hay una baja demanda debido al acceso económico, tal como se muestra,

“...los niveles de pobreza hacen que la gente mande su dinero a productos más económicos y por tanto envasados que les permite extender un poco la alimentación para sus diferentes miembros...” (Actor social 5, 2018)

En cuanto a otros factores sociales, según el Modelo de Determinantes de la Obesidad en

Centroamérica y República Dominicana (10) en el factor del entorno físico, para este cantón se identifica la inseguridad ciudadana como un obstáculo para la práctica de actividades deportivas y recreativas, ya que esta limita el acceso a espacios públicos.

“...la mayoría de las veces los espacios verdes y los diseñados para la recreación están siendo tomados. No sólo son pocos, sino que los pocos que existe están en manos del hampa y eso restringe mucho las posibilidades de las personas para poder hacer uso de éstas...” (Actor social 5, 2018)

En el cantón de mayor nivel socioeconómico (Escazú), el mercado de trabajo se ha beneficiado del aumento en el uso de suelo industrial, aunque también prevalece el uso de suelo para fines agrícolas. A diferencia del cantón con menor nivel socioeconómico, en este se refleja una estratificación social muy marcada, es decir sectores de clase alta y sectores en pobreza o pobreza extrema.

En este cantón se identifica un mayor conocimiento sobre la legislación que existe entorno a ambientes saludables y abordaje del sobrepeso y obesidad. Sin embargo, los actores sociales expresan no sentirse capacitados para abordar temáticas en salud.

“...No estamos capacitados, ni habilitados para trabajar obesidad, ni alimentación...” (Actor social 9, 2018)

Sobresale el comercio local como lo son las ferias del agricultor, las verdulerías y supermercados que facilitan el acceso a frutas y verduras. Sin embargo, se percibe un aumento considerable de cadenas de comida rápida, así como de comercio local, como las sodas.

“...hay muchísimas soditas de comidas rápidas, más las grandes cadenas de comercios, que en Escazú obviamente hay montones y en las soditas los precios son muy bajos, entonces es lo que la gente más puede comprar cuando sale...” (Actor social 8, 2018)

Con respecto al entorno físico, a pesar de que se identifica una buena seguridad en los lugares públicos, se encuentra que en las zonas alejadas del centro ha aumentado el nivel de inseguridad, lo cual determina la práctica de actividad física de dichas zonas.

“...en el centro es relativamente seguro, el Estadio Municipal es completamente seguro, pero arriba los parquecitos más alejados como en El Carmen hay más inseguridad ciudadana, a pesar de que hay policía municipal, el entorno y la condición socio económica determinan las inseguridades...” (Actor social 8, 2018)

### ***Determinantes intermedios***

La población de menor NSE en ambos cantones se encuentra en edades entre los 25-29 años y en su mayoría están casadas o en unión libre, alrededor de un 86% no terminó los estudios secundarios y un 96% se encuentra trabajando en el sector informal. En cuanto a su comportamiento presentan un menor porcentaje (36%) de práctica de alimentación saludable y solo un 55% presenta práctica de actividad física regular. En autoestima, alrededor de un 75% de la población tiene autoestima baja. Al analizar los resultados del IMC con el peso y talla auto-reportados por las participantes se encuentra que solo un 22% de la población presenta un normo peso, mientras que el 2% tiene bajo peso y un 76% tiene sobrepeso u obesidad.

En el NSE medio el mayor porcentaje de la población se encuentra en edades entre los 40 y 45 años, un 45% de la población está casada, y a pesar de que un 32% tiene primaria completa o menos, el porcentaje de población parauniversitaria o universitaria es de un 18%, superando el porcentaje de población con bajo NSE con esta escolaridad. Un 72% de la población se encuentra laborando en el sector informal. Además, un 7% tiene conocimientos suficientes sobre alimentación saludable que se traducen a que solo un 38% de la población presente prácticas saludables en alimentación. A pesar de que alrededor de la mitad de la población expresa practicar actividad física de manera regular, solo un 34% tienen los conocimientos de cómo se debe practicar actividad física para que esta sea considerada de manera regular. En cuanto a autoestima, un 66% presenta autoestima baja. El 71% presenta sobrepeso u obesidad.

El NSE alto es el nivel que presenta mayor ventaja en comparación con el NSE bajo y medio, el mayor porcentaje de la población son mujeres entre 40 y 45 años y con un estado civil de casadas. Su escolaridad es mayoritariamente parauniversitaria o universitaria (79%), y un 52% trabajan en el sector formal. Además, aunque tienen un menor porcentaje de conocimientos suficientes es la población que presenta un mayor porcentaje de alimentación saludables (63%). Un 63% de las mujeres practica actividad física de manera regular y un 63% tiene los conocimientos suficientes sobre cómo hacer para que su práctica sea considerada regular. En cuanto a autoestima, al igual que los otros NSE el mayor porcentaje se ubica en baja autoestima con un 70%. Al analizar el IMC se encuentra que solo un 13% se encuentra en el NSE alto y en cuanto a sobrepeso solo un 14%, por lo que se identifica que son los niveles bajos y medios quienes presentan la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Al analizar la asociación entre la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad y los determinantes intermedios (alimentación, actividad física, autoestima, calidad de sueño, influencia familiar y nivel socioeconómico) se encontró una asociación significativa inversa entre el exceso de peso y la realización de actividad física regular (OR = 0,35;  $p = 0,03$ ). Es decir, la práctica de actividad física regular se asocia a un 65% menos de probabilidad de tener sobrepeso u obesidad (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Resultados de un modelo de regresión logística para explicar la probabilidad de sobrepeso y obesidad en función de sus determinantes intermedios. Alajuelita y Escazú, 2018.

| Títulos y categorías de referencia |       | Odds Ratio | p            | [95% Interv conf] |       |
|------------------------------------|-------|------------|--------------|-------------------|-------|
| Alimentación saludable             |       | 1,10       | 0,414        | [0,87             | 1,4]  |
| Actividad física regular           |       | 0,35       | <b>0,029</b> | [0,14             | 0,90] |
| Autoestima                         |       |            |              |                   |       |
|                                    | Baja  | Referencia |              |                   |       |
|                                    | Media | 1,90       | 0,227        | [0,67             | 5,42] |
|                                    | Alta  | 0,58       | 0,520        | [0,11             | 3,07] |
| Calidad de sueño                   |       |            |              |                   |       |
|                                    | Baja  | Referencia |              |                   |       |
|                                    | Media | 0,55       | 0,376        | [0,14             | 2,09] |
|                                    | Alta  | 0,51       | 0,313        | [0,14             | 1,88] |
| Influencia familiar                |       |            |              |                   |       |
|                                    | Baja  | Referencia |              |                   |       |
|                                    | Media | 1,19       | 0,767        | [0,37             | 3,79] |
|                                    | Alta  | 1,50       | 0,407        | [0,57             | 3,90] |
| Nivel socioeconómico               |       |            |              |                   |       |
|                                    | Bajo  | Referencia |              |                   |       |
|                                    | Medio | 0,77       | 0,584        | [0,29             | 1,99] |
|                                    | Alto  | 0,77       | 0,695        | [0,21             | 2,84] |

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

Al analizar el NSE se encuentran diferencias entre los determinantes que influyen en la salud, dado que la población de bajo NSE (principalmente residente en Alajuelita) se encuentra en desventaja en determinantes de la salud, con respecto a la población de alto NSE (principalmente residente en Escazú).

En el cantón de Alajuelita, el acceso limitado a recursos y servicios institucionales dirigidos a mejorar la salud de la población está relacionado con la sobrepoblación que existe según el Plan GAM 2013-2020 (5). Cabe destacar que en 2014, Alajuelita se ubicaba cerca del extremo inferior del *ranking* de desarrollo de los cantones de Costa Rica, es decir, este cantón se ubica dentro de la categoría baja del IDH (17).

Tal como se identifica en los resultados para el cantón de bajo NSE, el poder adquisitivo determina la posibilidad de adquirir alimentos de una mejor calidad, según una investigación realizada en el 2016 (18) se señala que los consumidores de bajo nivel socioeconómico se muestran menos preocupados por tener una alimentación saludable. Además, en las zonas con menor NSE, se ha dado un aumento en la oferta de alimentos ultraprocesados que son de fácil acceso, a un bajo costo y con mayor publicidad (19)

El aumento del comercio local propicia el acceso de comida rápida no saludable, situación que también se identifica en el cantón de mayor NSE, donde a pesar de que hay un acceso a alimentos saludables, hay un incremento en el consumo de cadenas y comercios locales de comida rápida, como bien se señala (20), “provoca que el abuso de la comida rápida no solo se dé en restaurantes especializados, sino que se produzca también en los hogares”, ya que la causa no es el lugar

en sí, sino lo que se compra en él, como las comidas rápidas precocidas que ofrecen las facilidades de preparación, de consumo y adquisición.

La situación de inseguridad ciudadana en que se da en zonas con menor NSE promueve el miedo en las personas, disminuyendo su libertad de tránsito y limitando la participación social, la obstaculización en la construcción de un proyecto de vida y el desarrollo de prácticas saludables en espacios públicos (21), por lo que se requiere una apropiación comunitaria para recuperar los espacios que han sido tomados para otros fines y proteger los espacios que aún se mantienen.

En el cantón de Escazú, a pesar de ocupar la posición número dos en el *ranking* de cantones de Costa Rica con mejor índice de desarrollo (8), los resultados obtenidos de las entrevistas señalan la existencia de sectores en pobreza y pobreza extrema, esta segregación hace que las inequidades aumenten a lo interno del cantón. Las diferencias en el NSE se reflejan en el uso de los espacios públicos, ya que en las comunidades alejadas del centro en donde se ubica la población con menor NSE del cantón suele ser en donde hay más inseguridad ciudadana (22) y las actividades para mujeres son limitadas en comparación con las actividades que hay en el centro.

En el cantón de bajo NSE se presenta menor práctica de actividad física y alimentación saludable. Al mismo tiempo se presenta mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad.

Según NSE, las diferencias en salud de la población se vuelven evidentes al comparar el índice de masa corporal entre las poblaciones, en donde se muestra que el 85% de las mujeres de Alajuelita y el 70% en Escazú no cuentan con un peso saludable. Si bien ambos datos son superiores a lo reportado a nivel nacional

a partir de la encuesta nacional de nutrición 2008-2009 (23) que identifica que el 59,7% de personas entre 25 y 45 años son obesas o tienen sobrepeso, el porcentaje del cantón de bajo NSE supera en mayor medida la estimación nacional.

Al analizar en ambos cantones el contexto socioeconómico y político se identifica como éste determina en gran medida el acceso a alimentación saludable, servicios de salud y de saneamiento básico. Así mismo, en un menor grado la educación influye en las decisiones que sobre la salud toman las personas (24).

La alimentación de las mujeres condicionado por las preferencias de su familia surge como un fenómeno que según Bojorge-Martínez (25) se refiere al modelo teórico de patrones de comunicación familiar o de Koerner y Fitzpatrick, explica las conexiones entre la comunicación familiar, comportamientos, actitudes de los miembros de una familia y las prácticas que se promueven.

La inactividad física es una de las principales causas de enfermedades crónicas no transmisibles y es uno de los riesgos comportamentales de la obesidad, es decir que puede ser modificable (26). Según recomendaciones de las guías alimentarias para Costa Rica, la práctica de actividad física se debe realizar por un tiempo de 30 minutos o más todos los días, en la población de estudio a pesar de que más de la mitad practican actividad física, la proporción que lo practica más de 3 veces a la semana y entre 30 minutos o más es reducida. Para lograr una práctica regular se debe tomar en cuenta el factor tiempo, ya que se afirma que la barrera más frecuente para no practicar actividad física está relacionada con la falta de tiempo disponible que se asocia a “un exceso de obligaciones laborales o familiares, especialmente en mujeres” (27).

Una revisión sobre determinantes sociales de la obesidad identifica múltiples factores que influyen en la prevalencia de la obesidad, los cuales se dividen en individuales, sociales, ambientales y de “nivel-macro” (28). Entre los factores individuales se encuentran factores biológicos, de comportamiento y psicológicos; entre los sociales se incluyen aspectos relacionados a la economía y a los roles familiares y comunitarios; el ambiente se identifica como el acceso a alimentos y espacios seguros; y en el “nivel-macro” se encuentra todo aquello relacionado a políticas, influencia de medios de comunicación y acceso al sistema de salud (28). Lo más importante de esta revisión teórica es que se identifican todos estos elementos como necesarios de conocer para poder implementar acciones que den solución a la problemática de la obesidad. Es así como esta investigación pretende ser un marco importante que contextualiza los determinantes que influyen en el sobrepeso, y como a partir de estos resultados se debe realizar un abordaje que incluya, tanto aspectos estructurales como individuales.

Este estudio identifica desigualdades entre las mujeres con alto NSE y bajo NSE. Las desigualdades en salud están presentes en todos los países, pero en la región latinoamericana se identifican como uno de los principales desafíos de la actualidad (29). Las desigualdades se pueden dar entre diferentes grupos de una misma sociedad, tal y como se ha encontrado en el presente estudio.

Existen factores asociados a aspectos estructurales e intermedios, los cuales varían entre grupos poblacionales. Nuestros resultados evidencian determinantes más desfavorecidos entre la población de menor NSE, que es a su vez la población con mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad.

Específicamente en los determinantes estructurales se identifica una relación entre la condición de pobreza, un menor acceso a alimentos saludables y de calidad, la sobrepoblación, la limitación en la oferta de servicios y acciones que busquen mejorar la salud por parte de las instituciones y la inseguridad ciudadana en los espacios públicos. Estos factores a su vez influyen en determinantes intermedios como la práctica de actividad física regular, la alimentación saludable y la ansiedad, entre otros.

Según los autores Borrell y Artazcoz, que a partir de un análisis de diferentes propuestas explican como generar políticas para disminuir las desigualdades en salud, es necesario mejorar los niveles de los menos privilegiados sin empobrecer las condiciones de los más favorecidos (30). Así, como contar con la participación de la población que se está viendo afectada y plantear soluciones a partir de las condiciones y necesidades de cada sector de la sociedad.

La promoción de la salud juega un papel importante en el abordaje de las desigualdades en salud, es que la promoción de la salud juega un papel importante. Al pasar de los años se ha visto lo esencial del papel de la promoción de la salud, y a pesar de las controversias en su concepto, todos están de acuerdo en que es una estrategia fundamental para disminuir la pobreza, el hambre, impulsar la educación, alcanzar la igualdad étnica y por ende mejorar la salud (31). Además, se considera que el estudio de los DSS son la base de la promoción de la salud, la cual de la mano con las políticas públicas es capaz de transformar los determinantes sociales y mejorar las desigualdades en las poblaciones.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra el sesgo de información que se

pudo haber introducido si los participantes no recordaban adecuadamente la información consultada. Además, debido a que los datos se recolectaron en horario diurno, existe la posibilidad de que se haya introducido sesgo de selección ya que las mujeres que trabajaban fuera del hogar tenían una menor probabilidad de ser reclutadas. Sin embargo, para subsanar esta limitación, si en una vivienda no respondían se dejaba un papel con la información general de la investigación e información de contacto para programar la visita en un horario y día, que le conviniera a la persona entrevistada, esto podía incluir entrevistas durante los sábados. Dentro de las limitaciones propias del diseño transversal, se encuentra el impedimento para concluir acerca de la relación causal entre las variables analizadas. Finalmente, la cantidad de actores institucionales consultados puede ser también una limitación, por lo que en futuras investigaciones se sugiere incluir una mayor cantidad de actores con el fin de tener un panorama más amplio del contexto institucional en el que se encuentra la población.

## Conclusiones

La investigación evidencia que en la prevalencia de obesidad intervienen muchos determinantes y que alrededor de esta problemática existen inequidades que ponen en desventaja a la población con menor NSE y con menores posibilidades de tener prácticas saludables. Por lo anterior, es importante realizar acciones que tomen en cuenta los factores sociales, políticos, económicos y de comportamiento de la población para que personas puedan tener las herramientas para llevar una vida saludable. En este proceso es necesario contar con las acciones de distintos sectores e instituciones de un país.

Es necesario generar acciones que promuevan los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres, para fortalecer la toma de decisiones en temas que atañen a su salud, y que sean acciones acompañadas de un apoyo institucional que busque mejorar las condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales que se relacionan con la salud.

**Fondos:** los autores agradecen a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica por el apoyo brindado mediante el Fondo de Apoyo a Trabajos Finales de Graduación. Además, se agradece a las instituciones y personas participantes.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. OMS. 2014 Diciembre; 48(1).
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Online].; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional, América Latina y el Caribe: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. FAO y OPS. 2017.
4. Urrejola P. ¿Porqué la obesidad es una enfermedad? Revista Chilena de Pediatría. 2007; 78(4).
5. Programa Estado de la Nación. Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible. San José: Costa Rica: Estado de la Nación; 2016.
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular: Segunda encuesta 2014. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS. 2016.
7. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud. Memoria institucional. 2018.
8. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo y Universidad de Costa Rica. Ranking cantonal según Índice de Desarrollo Humano. 2016.
9. Bekelman T, Santamaría-Ulloa C, Dengo D. Using the protein leverage hypothesis to understand socioeconomic variation in obesity. *American Journal of Human Biology*. 2017; 29(3).
10. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Marco de referencia para el monitoreo y vigilancia de la obesidad en Centroamérica y República Dominicana. INCAP. 2016 Ciudad Guatemala, Guatemala.
11. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional para el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad 2013-2021. San José, Costa Rica. 2014 San José, Costa Rica.
12. Restrepo Sy Maya M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Universidad de Antioquia*. 2005; 19(36).
13. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Cuestionario sobre actividad física y sedentarismo para adultos entre 15 y 60 años. [Online]. Available from: [https://ensanut.insp.mx/ensanut2016/Formatos%20de%20los%20cuestionarios%20con%20variables/D2\\_Actividad%20f%C3%ADsica\\_sedentarismo\\_15%20a%2069%20a%C3%B1os%20y%20horas%20de%20sue%C3%B1o.pdf](https://ensanut.insp.mx/ensanut2016/Formatos%20de%20los%20cuestionarios%20con%20variables/D2_Actividad%20f%C3%ADsica_sedentarismo_15%20a%2069%20a%C3%B1os%20y%20horas%20de%20sue%C3%B1o.pdf).
14. González, M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable y actividad física en el paciente obeso. [Online]. Available from: [http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1304/2016\\_N\\_038.pdf?sequence=1](http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1304/2016_N_038.pdf?sequence=1).

15. Rojas-Barahona, C., Zegers, B. y Förster, C. -. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. [Online].; 2009. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034).
16. Organización Mundial de la Salud. [A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health].; 2010. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1).
17. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Costa Rica Mapas de Pobreza 2011].; 2013 C.. Available from: [http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/pobreza\\_y\\_presupuesto\\_de\\_hogares/pobreza/metodologias/documentos\\_metodologicos/mepobrezacenso2011-01.p](http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/pobreza_y_presupuesto_de_hogares/pobreza/metodologias/documentos_metodologicos/mepobrezacenso2011-01.p).
18. Oliveira Lima-Filho D, Quevedo-Silva F, Gomes-Coelho ES y Rodrigues da Silva W. Criterios de selección y de consumo alimentarios en pequeñas ciudades de Brasil. 2016.
19. Organización Mundial de la Salud. Alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. 2015.
20. Chacón-Tunjo N. Características socioculturales que orientan el consumo de comidas rápidas y comidas rápidas saludables en jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá. 2015.
21. Ministerio de Justicia y Paz. Política Local de Prevención de Violencia con enfoque de Género: Cantón de Alajuelita. 2015.
22. Ministerio de Justicia y Paz. Plan Local de Convivencia y Seguridad Ciudadana Escazu. San Jose. Ministerio de Justicia y Paz. 2014.
23. Ministerio de Salud. Resolución 1083/2009. Apruébanse la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable. San José, Costa Rica.; 2009.
24. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Índice de desarrollo social 2017. 2017.
25. AE Bojorge-Martínez. Los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física en la adolescencia.. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. 2016.
26. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Ginebra, Suiza. 2004.
27. Niñerola J, Capdevila L, Pintanel M. Barreras percibidas y actividad física: El autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista Psicología del Deporte*. 2006; 15(1).
28. Noriea A, Patel F, Werner D, Peek M. A Narrative Review of Physician Perspectives Regarding the Social. *Current Diabetes Reports*. 2018.
29. Lima M. Desigualdades en Salud: Una perspectiva global. *Ciencias de la Salud Colectiva*. 2017.
30. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Política de Salud y Salud Pública*. 2008.
31. Schuller IT. Promoción de la salud y la articulación con los determinantes sociales. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2020.