

Significados atribuidos al exceso de peso y condiciones sociales para el cuidado.

Claves para estrategias de promoción, prevención y atención en salud cardiovascular

TÍTULO: Representaciones sociales sobre el peso corporal y el exceso de peso: percepciones y significados de personas adultas y profesionales de la salud.

Autores:

Franco González Mora

Laura Garré Castro

Equipo de investigación:

Franco González Mora · Laura Garré Castro · Leandro Larrosa · Gabriela González · Valentina Oggero · Santiago Beretervide · Matías Muñoz · Gabriela Fajardo.

Autoridades de la COMISION HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR (ley 16.626).

Prof. Agdo. Dr. Alejandro Cuesta

Presidente - Delegado del Poder Ejecutivo

Prof. Dra. Lucía Florio

Vicepresidenta - Delegada de la Facultad de Medicina

Dr. Jorge Estigarribia

Secretario - Delegado de la Sociedad Uruguaya de Cardiología

Ing. Alejandra Topolanski

Tesorera - Delegada de Asociación Procardias

Dr. Mario Romero

Secretario adhoc - Delegado del Ministerio de Salud Pública

Dra. Annasofía Trentini

Delegada de Gremiales Médicas

Dr. Facundo Taboada

Delegado de Sindicato Médico del Uruguay

Lic. Alma Ramos

Delegada del Banco de Previsión Social

Dra. Laura Garré Castro

Directora Ejecutiva

ISBN 978-9915-9433-4-3

Edición digital en PDF · Idioma: español cardiosalud.org

Cita sugerida

González Mora, F., & Garré, L. (2026). *Significados atribuidos al exceso de peso y condiciones sociales para el cuidado: Claves para estrategias de promoción, prevención y atención en salud cardiovascular* [Informe ejecutivo de investigación]. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

Introducción

El exceso de peso constituye un problema de salud pública en el que convergen la carga de enfermedades no transmisibles, la gestión sanitaria del riesgo y las formas sociales de interpretar y valorar el cuerpo. Su comprensión requiere articular los procesos biológicos con las condiciones económicas, culturales, políticas e institucionales en que transcurren las trayectorias en relación al cuerpo. La investigación de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV) examina esa articulación a través de las representaciones de personas adultas y de las perspectivas de los profesionales de la salud. Indaga cómo se construyen significados sobre el peso corporal, cómo se atribuyen responsabilidades y cómo se configuran las posibilidades de atención y cuidado.

Los antecedentes epidemiológicos dimensionan la relevancia del problema. En 2022, el 43 % de la población mundial de 18 años o más presentaba sobrepeso u obesidad y el 16 % vivía con obesidad; en las Américas, el primer indicador alcanzaba el 67 % (OMS, 2025). En Uruguay, la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT), de 2013, registró sobrepeso u obesidad en el 58,5 % de las personas de 15 a 64 años; entre los 25 y 64 años, esa proporción fue del 64,9 % y la obesidad alcanzó el 27,6 % (MSP, 2013).

En Uruguay, esta problemática se inscribe en un proceso avanzado de envejecimiento poblacional y en una elevada carga de enfermedades del sistema circulatorio, que ocasionaron 8.397 muertes en 2024, el 23,3 % del total (CHSCV, 2025). Si bien una mayor longevidad no implica necesariamente dependencia, el envejecimiento poblacional plantea el desafío de preservar la capacidad funcional y la autonomía ante la acumulación de afecciones y necesidades de atención. El abordaje del exceso de peso se vincula así con la prevención a lo largo del curso de vida, la continuidad asistencial y la organización de los cuidados, cuya provisión compromete a los servicios, los hogares y los sistemas de protección social.

Nombrar y clasificar el cuerpo también forma parte del problema. Las categorías de sobrepeso y obesidad permiten construir indicadores, comparar grupos poblacionales y orientar decisiones clínicas; su circulación social las vincula, además, con ideales estéticos y juicios sobre el autocontrol. Las denominaciones cotidianas asociadas al peso corporal (“gordo/a”, “gordito/a”) pueden expresar afecto o agravio según el contexto en que se utilicen. El estudio adopta *exceso de peso* como término analítico y reserva *sobrepeso* y *obesidad* para las clasificaciones médico-sanitarias. Esta elección explícita, sin resolverla, la tensión normativa de toda referencia al exceso de peso corporal: presupone la existencia de criterios de normalidad cuya producción y cuyos usos requieren análisis (Jodelet, 1986).

Diseño y alcance de la investigación

La investigación, desarrollada en 2025, se propuso analizar y comparar los repertorios mediante los cuales personas adultas y profesionales de la salud clasifican, explican y valoran el peso corporal. La pregunta que articula ese propósito es cómo tales marcos de interpretación organizan experiencias, atribuciones de responsabilidad y formas de atención. Los objetivos específicos se orientaron a examinar los criterios de normalidad, las interpretaciones del riesgo, los usos del cuerpo y su valoración estética; analizar las explicaciones sobre la aparición y persistencia del exceso de peso; e indagar el estigma y las barreras cotidianas que enfrentan las personas para modificar comportamientos y adoptar prácticas de cuidado.

El diseño fue cualitativo, de orientación interpretativa y alcance descriptivo-analítico. El componente poblacional comprendió seis grupos de discusión con personas de 18 años o más, conformados mediante el cruce entre mujeres y varones cisgénero y tres tramos de educación formal aprobada: menos de 9 años, de 9 a 12 años y 13 años o más. El reclutamiento no incluyó cuotas ni criterios de peso corporal o diagnóstico médico. El componente profesional reunió trece entrevistas semiestructuradas en profundidad con personas vinculadas al primer nivel de atención; el contraste analítico distinguió perspectivas médicas y no médicas.

Los grupos permitieron examinar la aceptación, discusión y reformulación colectiva de significados; las entrevistas reconstruyeron definiciones, valoraciones y prácticas relatadas. Los resultados permiten una generalización analítica, centrada en las relaciones entre categorías, y no estimaciones de frecuencia poblacional. Las experiencias relatadas en los grupos pueden ser propias o de personas cercanas y no corresponden exclusivamente a personas diagnosticadas con obesidad. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República el 14 de agosto de 2025 y registrado ante el MSP con el número 9396135. Se obtuvo consentimiento informado, se garantizó la participación voluntaria y se evitaron formas de exposición o clasificación de las personas por su peso.

1. Atribución de responsabilidades y enfoques de salud pública

Individualización del riesgo y el cuidado

Petersen y Lupton (1996) sitúan una tensión constitutiva de lo que denominan *la nueva salud pública*: la ampliación del enfoque médico hacia los ambientes sociales y físicos en los que transcurre la vida de las personas, junto con la promoción de la salud, la participación y la acción intersectorial, coexiste con intervenciones centradas en modificar conductas individuales. El conocimiento experto permite anticipar riesgos y, al mismo tiempo, puede operar como una forma de gobierno a distancia: induce a las personas a supervisarse y a organizar su vida según expectativas de prevención. Las probabilidades poblacionales se traducen en obligaciones de autogestión. Asumir que el riesgo al que estamos expuestos se explica por factores externos al individuo favorece su tratamiento como cuestión política; atribuirlo al estilo de vida sitúa a la persona como responsable de controlarlo.

Crawford (1980) denomina saludismo a la conversión de la salud en obligación moral individual y a la redefinición de problemas sociales como consecuencias del estilo de vida. Bauman (2001) precisa el carácter institucional de esta individualización: las dificultades producidas en el ámbito del trabajo, en el acceso a cuidados y a la protección social o por las lógicas del mercado se trasladan al plano biográfico como problemas que cada persona debe resolver. Su distinción entre individuos de *jure* y de *facto* señala la distancia entre ser formalmente responsable de elegir y disponer de medios para concretar esa elección. Han (2024) permite examinar la dimensión subjetiva de ese desplazamiento: el mandato de optimización transforma la autonomía en autoexigencia y favorece la interpretación del resultado corporal como balance del esfuerzo propio.

El enfoque estructural sitúa la agencia dentro de relaciones que distribuyen recursos y márgenes de control. Link y Phelan (1995) destacan el dinero, el conocimiento, el poder, el prestigio y los vínculos (capital social) como recursos flexibles para afrontar riesgos y acceder a cuidados. Krieger (2005) analiza la incorporación de condiciones materiales y sociales a lo largo de la trayectoria vital, mientras DeVault (1991) muestra que la alimentación familiar depende de un trabajo cotidiano de

cuidado distribuido de manera desigual según el género, la edad y las relaciones de parentesco. Estas perspectivas permiten examinar cómo se constituyen las alternativas entre las que se decide y qué relación guardan las exigencias de autocuidado con las posibilidades efectivas de cumplirlas.

La atribución de responsabilidad comprende cuatro planos relacionados, pero no equivalentes. La atribución causal identifica procesos asociados con la aparición o persistencia del exceso de peso; la imputación moral interpreta la condición corporal como expresión de voluntad, negligencia o culpa; la responsabilidad práctica delimita tareas de prevención y seguimiento; y la responsabilidad institucional y política comprende competencias y decisiones sobre condiciones fuera del control directo de las personas. La discusión remite, por tanto, a cómo se relacionan individuo y sociedad en la explicación y en la intervención sanitaria.

Explicaciones y evaluación moral en los relatos

En los grupos, la alimentación y la actividad física constituyeron el núcleo de las explicaciones sobre las trayectorias de peso corporal, pero se inscribieron en pautas aprendidas durante la crianza, acontecimientos biográficos, estados emocionales, restricciones de tiempo y condiciones materiales. Las personas identifican decisiones cotidianas y reconstruyen, simultáneamente, los procesos que las hacen viables o difíciles de modificar. Las pautas de crianza remiten a la socialización de gustos y rutinas incorporadas; el trabajo, a la organización de jornadas extensas y demandantes, al cansancio y a su articulación con obligaciones domésticas (escasez de tiempo y sobrecarga de tareas). Estas explicaciones hacen inteligibles las trayectorias de peso corporal en su contexto social.

Los contrastes por género y educación modificaron los énfasis sin configurar visiones excluyentes. Entre las mujeres, el control del peso se superpuso con la responsabilidad por alimentar al resto de los integrantes del hogar y con una vigilancia estética más marcada sobre sus cuerpos; entre los varones, adquirieron mayor densidad el cuerpo como instrumento, la práctica deportiva, el rendimiento en el trabajo y la autonomía física. En los grupos de mayor escolaridad se elaboraron críticas a la publicidad, la moda y los ideales sobre el cuerpo; en los de escolaridad media y baja tuvieron mayor relieve los costos asociados al cuidado (alimentación, actividad física), el cansancio y la factibilidad de las recomendaciones médico-sanitarias. Estas diferencias no expresan una escala lineal de conocimiento o de disposición al cuidado en función del género o la posición (clase) social, sino variaciones en los énfasis interpretativos.

Los profesionales también reconocieron una trama multicausal. El desencuentro con la población apareció en la jerarquía práctica de sus componentes: condiciones que los participantes integraban a la explicación de sus conductas podían convertirse, en parte del discurso profesional, en barreras cuya superación se esperaba de la persona. Las posiciones médicas vincularon más estrechamente alimentación y actividad física con riesgo, evolución clínica y modificación de hábitos; las no médicas abordaron con mayor detalle el presupuesto disponible, la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados, el malestar emocional y la viabilidad de los cambios en cada caso. Así, el reconocimiento de determinaciones sociales podía coexistir con una intervención centrada en informar y motivar, sin modificar en igual medida los condicionamientos de tipo estructural.

El pasaje a la imputación moral se produce cuando el cuerpo visible funciona como prueba anticipada de indisciplina, dejadez, descuido o falta de sinceridad: se infiere cuánto comió o se esforzó una persona antes de escucharla. La explicación de una práctica se convierte entonces en

evaluación del carácter. Los aportes de Crawford, Petersen y Lupton, Bauman y Han permiten interpretar, desde planos diferentes, ese desplazamiento del riesgo y de sus resultados hacia la responsabilidad individual. La categoría de responsabilidad situada, elaborada en la investigación, examina la correspondencia entre las tareas atribuidas, los recursos disponibles y la capacidad efectiva de incidir sobre el entorno. Su alcance consiste en problematizar las condiciones de ejercicio de la agencia, sin asimilarla a una autonomía irrestricta.

2. Medicina y organización del abordaje sanitario

Institución médica y autoridad profesional

La medicina organiza conocimientos, normas, roles y procedimientos que permiten reconocer y tratar estados corporales como problemas de salud. Su legitimidad combina eficacia técnica e institucionalización histórica: las prácticas de diagnóstico, certificación de enfermedad e indicación de tratamientos también habilitan prestaciones y regulan las consecuencias sociales del padecimiento (Parsons, 1951). En las enfermedades no transmisibles, esta intervención se prolonga y comprende tanto la atención del malestar como la vigilancia preventiva del riesgo. El exceso de peso concentra esa doble dimensión: una clasificación sanitaria sobre un cuerpo visible articula evaluación clínica, prescripciones de estilo de vida y valoraciones morales.

La medicalización social, entendida como el proceso de ampliación de la jurisdicción médica a diferentes ámbitos de la vida cotidiana que previamente no estaban catalogados como “problemas médicos”, puede legitimar ciertos comportamientos y reducir valoraciones morales al respecto, pero también ampliar la vigilancia social y restringir interpretaciones de la experiencia cotidiana de las personas en relación con el cuerpo y los estados emocionales (Conrad, 1992). La crítica de Illich, retomada por Nogueira (2008), examina el debilitamiento de capacidades personales y comunitarias para la gestión de la propia salud, asociado con una dependencia excesiva de la intervención médica. La cuestión analítica consiste en reconocer qué cuidados habilita esa autoridad médica y qué dimensiones relega. Freidson (1970) y Machado (1997) sitúan aquí la configuración de la profesión médica: su posición le confiere capacidad para jerarquizar riesgos, delimitar competencias y organizar el acceso a otras intervenciones.

La autonomía profesional comprende dimensiones técnicas, organizacionales y económicas que no evolucionan necesariamente juntas. La salarización, la especialización, las guías de práctica clínica, las auditorías y la gestión institucional pueden reducir el control individual sobre tiempos y recursos sin eliminar la influencia colectiva de la profesión sobre los estándares de atención (Gaminde Inda, 2002). A su vez, la interdependencia entre profesiones exige distinguir la coexistencia multiprofesional del trabajo interdisciplinario. Este último supone objetivos compartidos, circulación de información y participación efectiva en las decisiones; su análisis requiere examinar las relaciones de poder que permiten a ciertos saberes definir el problema y revisar el plan (D’Amour et al., 2005).

Esa asimetría también estructura la relación médico-paciente. En un modelo paternalista, el profesional selecciona información y define el curso de acción; en un modelo informado, aporta conocimiento técnico y deja la elección a la persona; en una estrategia basada en la decisión compartida, ambos explicitan perspectivas y participan en la elección (Gaminde Inda, 2002). Las diferencias entre estos modelos conciernen a la distribución del conocimiento, la decisión y la responsabilidad. Su puesta en práctica depende del tiempo de consulta, la comprensión de la

información, las alternativas viables y la continuidad de la atención. En el exceso de peso, reconstruir trayectorias y negociar cambios que ocurren fuera del servicio convierte esas condiciones organizacionales en parte del contenido del abordaje.

Contrastes profesionales y experiencias de atención

Las entrevistas permiten distinguir prevención, diagnóstico y tratamiento, aunque sus fronteras se superponen. En los relatos médicos adquirieron centralidad la definición diagnóstica, las comorbilidades, los estudios clínicos y la indicación de otras consultas. Los profesionales no médicos destacaron con mayor énfasis las prácticas del hogar, el malestar emocional, los recursos materiales y simbólicos disponibles para la persona y la comprensión de las indicaciones médico-sanitarias. El contraste, sin embargo, no habilita una oposición entre medicina biométrica y atención no médica integral.

La lectura de Canguilhem (1971) permite situar la medición clínica en la relación de la persona con su medio; Jutel (2009) muestra que el diagnóstico confiere un estatus y condiciona el acceso a recursos. Estas perspectivas permiten examinar las implicancias sociales de etiquetas médicas como “obeso” u “obesidad mórbida”. En los relatos coexistieron dos formas de interpretar las dificultades: como problemas de motivación, adherencia o comprensión del riesgo, y como información sobre la pertinencia de la propuesta y la organización del cuidado. La primera no implica por sí misma culpabilización, ni la segunda garantiza integralidad. El criterio decisivo es si la experiencia y las restricciones reconocidas modifican los objetivos, la secuencia o la intensidad de la atención.

Los grupos reconocieron la legitimidad del conocimiento médico y cuestionaron las situaciones en que una clasificación se comunicaba como veredicto, el peso corporal desplazaba la indagación de otros síntomas o se presumía incumplimiento. Se valoraron la claridad de las explicaciones, la privacidad y la pertinencia del momento elegido para introducir el tema. La exigencia de que la persona demuestre sinceridad o merecimiento antes de ser escuchada altera la relación asistencial: el prejuicio corporal puede restar valor clínico al relato y empobrecer la información obtenida. Las referencias profesionales a comentarios descalificadores permiten vincular estigma y barreras de atención, en el sentido desarrollado por Phelan et al. (2015). A estas barreras se suman las limitaciones materiales de los servicios: la ausencia de equipamiento adecuado y de espacios físicos accesibles interfiere en la atención. Entre los ejemplos señalados se encuentran las camillas y sillas que no soportan determinados pesos y los espacios insuficientes para atender a personas de mayor tamaño corporal.

La fragmentación aparece cuando cada intervención sanitaria se ocupa de una dimensión y la indicación de otra consulta cierra la actuación profesional. Derivar es remitir a otro profesional o servicio; no asegura obtener una cita, concretar la atención o integrar sus resultados. La continuidad comprende un vínculo sostenido —dimensión relacional—, antecedentes disponibles y utilizados —informativa— e intervenciones articuladas en un plan coherente y revisable —de gestión— (Haggerty et al., 2003). La acumulación de consultas puede coexistir con discontinuidad. Las demoras y la ausencia de intercambio transfieren a las personas y sus hogares la coordinación del proceso. Esta transferencia conecta la organización sanitaria con la individualización de responsabilidades examinada en el primer eje.

3. Significados sociales sobre el cuerpo y condiciones para sostener el cuidado

Necesidad médica e interpretación de la experiencia

Los comportamientos sociales en salud comprenden modos de atender al cuerpo, interpretar señales, buscar ayuda y organizar cuidados, configurados mediante aprendizajes y relaciones sociales. Boltanski (1971) problematiza la correspondencia entre necesidad médica y consumo médico: los usos del cuerpo, la percepción del malestar, la familiaridad con saberes profesionales y la propia oferta de servicios intervienen en el reconocimiento de necesidades. Conviene distinguir la necesidad evaluada clínicamente, la percibida, la demanda de ayuda y el uso efectivo de consultas, estudios o tratamientos. Una persona puede reconocer un riesgo sin consultar, o acudir sin compartir la definición profesional del problema. Riesgo clínico, malestar experimentado y juicio estético deben analizarse en sus relaciones y diferencias.

Las acciones de las personas se orientan por significados contruidos y revisados en la interacción (Blumer, 1969). Una recomendación se interpreta desde los conocimientos y experiencias que circulan en relaciones familiares, laborales y de amistad. La perspectiva de las representaciones sociales vincula esos encuentros con saberes compartidos: el anclaje incorpora el fenómeno a categorías conocidas y la objetivación concreta nociones abstractas mediante imágenes (Jodelet, 1989). Asociar salud con delgadez puede condensar visualmente el bienestar y desplazar otros criterios de evaluación. Estos procesos permiten comprender la coexistencia de posiciones **en tensión**, como valorar la diversidad corporal y exigir adelgazamiento, o reconocer condicionantes sociales y atribuir los resultados a la voluntad de la persona.

La presentación de sí y el estigma sitúan la identidad en relaciones de reconocimiento (Goffman, 1959, 1963). La noción de *master status* alude a situaciones en que una clasificación adquiere primacía sobre otras identidades y posiciones (Hughes, 1945). Aplicada al exceso de peso, permite examinar cuándo el tamaño corporal domina el juicio sobre capacidades o credibilidad de las personas; esa primacía condiciona la experiencia de interacción cuando el exceso de peso domina la primera impresión en la presentación social de la persona. Asimismo, la vida cotidiana, como mundo intersubjetivo de rutinas, tipificaciones y conocimientos prácticos (Berger y Luckmann, 1966), articula estas dimensiones: cuidarse exige negociar horarios, obligaciones y apoyos, a la vez que conservar vínculos y formas de reconocimiento.

Identidad y relación con los servicios

En los grupos de nivel educativo bajo, la normalidad corporal se vinculó explícitamente con moverse con libertad y desenvolverse con autonomía; las mujeres señalaron dificultades para realizar actividades cotidianas como caminar, sentarse o levantarse. En el nivel educativo alto se desarrollaron críticas a los criterios de evaluación corporal: las mujeres problematizaron los estándares en relación con los talles, los estilos de ropa y la presentación personal; los varones señalaron contradicciones entre la aceptación declarada del peso y el rechazo de las condiciones que limitan la autonomía física. Entre las mujeres de nivel educativo bajo, la defensa de la dignidad desplazó el juicio hacia quien rechaza el cuerpo ajeno. Se trata de registros diferentes de reconocimiento: la crítica a convenciones producidas por el marketing y transformadas en estereotipos y la afirmación del derecho a no justificarse.

Defender la identidad puede coexistir con reconocer limitaciones y buscar atención. La disponibilidad restringida de talles, los asientos pequeños y las exigencias de apariencia en ciertos empleos condicionan tanto las posibilidades de participación como las formas de exposición ante otras personas. Los énfasis de género no se reducen a mujeres preocupadas por la estética y varones por la salud y la autonomía física. En la consulta, la primacía del tamaño corporal se hace analíticamente visible cuando se cuestiona la veracidad del relato antes de escucharlo: la persona debe defender su identidad moral mientras procura ayuda. A su vez, las expectativas de aliviar síntomas mediante fármacos o procedimientos, descritas en entrevistas médicas, pueden diferir de propuestas que exigen reorganizar rutinas; el uso del servicio no supone coincidencia sobre el sentido del tratamiento.

Las modalidades de seguimiento expresan distintas formas de construir el vínculo. Condicionar el retorno al adelgazamiento difiere de recibir nuevamente a la persona para revisar lo que pudo realizar y sus dificultades. En esta última modalidad, poder comunicar dificultades sin que se ponga en duda la honestidad de la persona constituye una dimensión de la confianza. La comprensión de las indicaciones también se produce en el intercambio: las dificultades señaladas respecto de algunos usuarios con primaria incompleta requieren examinar el lenguaje empleado y la claridad de las explicaciones profesionales. El informe registra críticas explícitas a la autoridad médica entre personas de mayor escolaridad, pero no demuestra que obtengan mejor atención. La cuestión es si pueden preguntar, disentir y comprender la propuesta.

Alimentación y organización cotidiana del cuidado

La alimentación articula socialización, placer, sociabilidad y tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados. En los niveles educativos altos se destacó la importancia de la tradición, las costumbres y las reuniones familiares o de amistad; en los niveles educativos bajos y medios, el acento estuvo en el cansancio, el déficit de tiempo y la falta de recursos para preparar alimentos. Cambiar prácticas implica revisar gratificaciones y renegociar compras, preparación de alimentos y gustos compartidos en el ámbito familiar. En las mujeres, el cuidado propio se entrelazó con alimentar a otros: una nueva pauta puede intensificar el trabajo doméstico si las obligaciones continúan desigualmente distribuidas. En diálogo con DeVault (1991), el apoyo familiar debe analizarse según quién asume tareas y genera tiempo disponible. Vigilar porciones o formular reproches produce un vínculo distinto de redistribuir obligaciones y respetar decisiones.

La relación entre alimentación y salud mental requiere una lectura biográfica y vincular. Algunos profesionales relacionaron la ingesta nocturna de alimentos con soledad, tristeza o enojo y describieron talleres orientados a reconocer esas experiencias y ampliar formas de gratificación. Una modificación alimentaria puede afectar recursos cotidianos para afrontar el malestar, mientras que las burlas y descalificaciones dificultan la relación con el cuerpo. Los facilitadores adquieren sentido cuando la propuesta se vincula con capacidades valoradas (caminar, vestirse o atarse los zapatos) y con cambios graduales revisables. Estas relaciones impiden reducir la sostenibilidad del cuidado a la comprensión de información o a la manifestación de voluntad.

Los costos asociados al cambio de prácticas, las restricciones horarias, el dolor, el malestar emocional y la inseguridad percibida no constituyen obstáculos equivalentes a la imposibilidad institucional de ofrecer un control médico-sanitario en el plazo recomendado. Unos afectan la realización de prácticas; otros, el seguimiento que permitiría ajustarlas. La coordinación entre servicios puede

facilitar el cuidado, mientras que su ausencia puede multiplicar los traslados y las obligaciones familiares. Sostener cambios exige, por ello, articular la pertinencia subjetiva de las propuestas, las condiciones materiales y la organización asistencial. La continuidad permite revisar esa relación a lo largo del tiempo, sin suponer que los recursos, los malestares o los acuerdos permanecen inalterados.

Síntesis final

Los tres ejes muestran que las explicaciones del exceso de peso, las formas de atención y las prácticas cotidianas de cuidado se constituyen en el marco de relaciones sociales y de poder históricamente situadas. El reconocimiento de una trama multicausal no asegura que sus componentes tengan igual incidencia en las decisiones: las determinaciones sociales pueden integrar el repertorio de causas mientras la resolución se concentra en la conducta individual. Esta tensión remite al enfoque de la salud pública y a la traducción de riesgos poblacionales en obligaciones personales. La responsabilidad situada permite examinar las exigencias de cuidado en relación con recursos y márgenes efectivos de acción, incluida la capacidad institucional de transformar condiciones que exceden el control individual.

La organización médico-sanitaria interviene en esa distribución. La autoridad profesional define qué información adquiere relevancia, qué necesidades se reconocen y qué intervenciones se habilitan. La integralidad requiere que los saberes de distintas profesiones y la experiencia de las personas contribuyan a definir el plan de atención; la continuidad asistencial, que las intervenciones se sostengan y articulen sin transferir toda su coordinación a la persona o a su entorno familiar. El estigma social en torno al exceso de peso compromete simultáneamente el reconocimiento, la credibilidad y la producción de información clínica. Analizar estos procesos permite comprender por qué el tiempo de consulta, los registros y las relaciones de poder forman parte de la calidad sustantiva de la atención.

El cuidado tampoco se realiza en un ámbito separado de la identidad, el placer y las obligaciones hacia otras personas. Las recomendaciones se interpretan dentro de un mundo cotidiano de significados y acuerdos cuya modificación puede implicar costos materiales, afectivos y de reconocimiento. Los contrastes por género y educación permiten reconocer distintas posiciones en ese mundo, sin convertirlas en perfiles homogéneos. El aporte de la investigación consiste en vincular la gestión sanitaria del riesgo con esas experiencias y con las condiciones sociales e institucionales en las que se realiza el cuidado. Para la salud pública, ello supone articular promoción, prevención y atención con políticas sobre los entornos y con una organización del cuidado que reconozca capacidades, necesidades y desigualdades.

Referencias bibliográficas

- Bauman, Z. (2001). *The individualized society*. Polity Press.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Doubleday.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Prentice-Hall.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26(1), 205–233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico* (R. Potschart, Trad.). Siglo XXI Editores.
- Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. (2025). *Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en Uruguay, 2024*.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín Rodríguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- DeVault, M. L. (1991). *Feeding the family: The social organization of caring as gendered work*. University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead.
- Gaminde Inda, I. (2002). La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. En J. M. Cabasés Hita, J. R. Villalbí Hereter, & C. Aibar Remón (Coords.), *Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública* (Vol. 2, pp. 567-580). Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Doubleday.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Han, B.-C. (2024). *La sociedad del cansancio* (Comité Herder Editorial, Trad.; 4.ª ed.). Herder Editorial.
- Hughes, E. C. (1945). Dilemmas and contradictions of status. *American Journal of Sociology*, 50(5), 353-359. <https://doi.org/10.1086/219652>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (pp. 469-494). Paidós.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. En D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (pp. 31-61). Presses Universitaires de France.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Krieger, N. (2005). Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 350-355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80-94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Machado, M. H. (Coord.). (1997). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Editora Fiocruz.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). 2.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT).
- Nogueira, R. P. (2008). *La salud que hace mal: un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich* (V. Martinovich, Trad.). Lugar Editorial y Seminare Editora.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Obesidad y sobrepeso*.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. SAGE.
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319-326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>