

De la teoría a la práctica: el discurso de estilos de vida saludable y su aplicación en la vida cotidiana de mujeres chilenas de sectores populares

From theory to practice: the discourse of healthy lifestyles and its application to the daily lives of low-income Chilean women

Da teoria à prática: o discurso de estilos de vida saudáveis e a sua aplicação no dia-a-dia de mulheres chilenas de bairros populares

Marcela Ferrer-Lues ¹
Maria Sol Anigstein ^{1,2}
Milenka Bosnich-Mienert ¹
Consuelo Robledo ¹
Loreto Watkins ¹

doi: 10.1590/0102-311X00333720

Resumen

El discurso de estilos de vida saludable (DEVS) plantea que una población se mantendrá sana si adopta estilos de vida saludable, modificando comportamientos individuales perjudiciales para la salud y, por tanto, moralmente incorrectos. El DEVS ha sido hegemónico en la Salud Pública desde fines del siglo XX. Se basa en el supuesto de libertad de elección de los individuos, que toman decisiones racionales, buscando el menor costo y mayor beneficio individual, premisa básica del modelo neoliberal. Con esto, se omite la importancia que las condiciones de existencia tienen para la salud y la desigualdad en salud. Esta investigación indagó en la percepción del DEVS y su repercusión en el comportamiento de mujeres chilenas residentes en sectores populares. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a beneficiarias de un programa gubernamental (Programa Vida Sana), sustentado en el DEVS. Se exploró el discurso de las mujeres sobre la salud y su correspondencia con el DEVS. También, se analizó las posibilidades de poner en práctica dicho discurso, desde la perspectiva de las propias mujeres. Los resultados muestran que las entrevistadas comprenden la salud como resultado del estilo de vida, el cual puede ser libremente elegido. Sin embargo, identifican diversas barreras para ponerlo en práctica, en los planos económico, familiar y sociocultural. Se concluye que las estrategias deben considerar los sujetos en los contextos familiares, sociales y estructurales en los cuales se produce la salud-enfermedad, y abandonar la perspectiva moralizante y legitimadora de la concepción neoliberal de la salud.

Estilos de Vida Saludable; Enfermedad Crónica; Prevención de Enfermedades; Política

Correspondencia

M. S. Anigstein
Facultad de Ciencias Sociales/Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile.
Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago –
7800284, Chile.
msanigste@uchile.cl

¹ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile.



Introducción

Históricamente, la humanidad ha presentado diversas maneras de entender los procesos de salud-enfermedad. Estos “discursos sobre la salud” comprenden modos de pensar, hablar y escribir sobre la salud y sus prácticas. Constituyen construcciones normativas y performativas que exceden las nociones de salud e integran, implícita o explícitamente, definiciones del ser humano y sociedad que se quiere construir, y las maneras de alcanzarlo ¹.

Aunque coexisten distintos discursos, se distingue uno hegemónico, que expresa la ideología de la clase dominante ², legitimada subjetivamente al instalarse como el “sentido común” para entender la salud. Según Foucault, los discursos disciplinarios son claves para producir subjetividades ajustadas al orden imperante ^{3,4}, determinando lo normal y patológico ³ e institucionalizando dispositivos de control y castigo ⁵. El discurso de la Salud Pública constituye un dispositivo central de la biopolítica que, según el mismo autor, corresponde a la manera en que, desde el siglo XVIII, las sociedades liberales han buscado racionalizar los problemas de los seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas ⁴. Desde los 1970 el discurso hegemónico de la Salud Pública ha promovido instalar “estilos de vida saludable” (EVS) ⁶ para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

El discurso de los estilos de vida saludable (DEVS) plantea que una población será saludable si adopta EVS, modificando los comportamientos individuales considerados perjudiciales para la salud y, por tanto, moralmente incorrectos. Comenzó a cobrar fuerza en los 1970 ^{7,8}, planteando la prevención como vía para contener los costos de la atención médica y llamando a reemplazar la “idea” del derecho a la salud, por una obligación moral a preservar la propia la salud ⁹.

El *Informe Lalonde* ¹⁰ propuso un nuevo marco conceptual para entender e intervenir en el campo de la salud, comprendiendo biología, estilo de vida, medio ambiente y atención de salud. El énfasis se centró en el estilo de vida, entendiéndolo como comportamientos libremente elegidos. Las políticas llamaron a los individuos a vivir “mejor”, responsabilizándolos y culpándolos por su enfermedad ^{8,11}. Surgió la promoción de la salud, dirigida principalmente a informar para modificar los comportamientos “no saludables”. En América Latina se utilizó la mercadotecnia social para modificar los hábitos y conductas ¹¹.

El DEVS se basa en premisas básicas del neoliberalismo: libertad de elección de los individuos, que toman decisiones racionales buscando el menor costo y mayor beneficio individual ¹². La libertad de elección y los cálculos racionales del agente económico individual fusionan el individuo moral y responsable, con el individuo económico y racional ^{12,13}. El fundamento científico es la epidemiología del riesgo ¹⁴, que postula la asociación estadística entre las ECNT y los estilos de vida. Se centra en la “santa trinidad del riesgo” (tabaco, alimentación inadecuada, sedentarismo) ¹⁵, omitiendo la importancia de las condiciones de existencia para la salud y las elecciones en salud.

El DEVS sostiene que las diferencias en salud se explican por las decisiones y comportamientos individuales. Los individuos tienen el estado de salud que merecen ¹⁶, omitiendo la pregunta por la justicia en salud, y legitimando la reducción del rol del Estado en ello. Operacionalizado en diversos dispositivos, entrega sustento teórico-ideológico a la transición desde el derecho a la salud hacia el deber de ser saludable ¹⁶ y permite legitimar el modelo neoliberal, que entiende la salud como bien de consumo, ofreciendo bienes y servicios que prometen entregar salud y juventud permanentes.

Mejorar la salud y reducir la enfermedad mediante EVS resulta atractivo por varias razones, una de ellas reducir costos de la atención de salud. Sin embargo, este discurso se ha naturalizado en el ámbito sanitario, omitiendo sus falencias: selección restringida e intencionada de los EVS ¹⁷; moralización de las conductas mediante el “salutismo” ¹⁸, práctica biopolítica que concibe la salud como un fin en sí mismo, una virtud, y no un medio para desarrollar los proyectos de vida; instalación de nuevas formas de discriminación de quienes no siguen el modelo de vida definido por los dispositivos sanitarios ^{1,16}; culpabilización de los individuos por su enfermedad ^{8,18,19}; restricciones a la autonomía para decidir el propio estilo de vida ^{17,20,21}; y contribución a la legitimación del modelo neoliberal ^{15,16,22,23,24,25,26,27,28}.

El discurso de los determinantes sociales

El discurso de los “determinantes sociales de la salud” corresponde al discurso alternativo, marginal o de oposición²⁹ al DEVS⁶. Se remonta a los fundadores de la salud pública³⁰, y fundamenta la concepción de salud como derecho humano³¹. El concepto de “determinantes sociales” surgió formalmente en una serie de artículos críticos publicados en los setenta y ochenta, postulando que se requiere pasar de los factores de riesgo individual a las estructuras sociales que determinan las condiciones de salud/enfermedad³². Según la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este enfoque se debilitó en todo el mundo, “*debido al consenso económico y político neoliberal preponderante en los años ochenta y siguientes*”³⁰ (p. 3).

La hegemonía del DEVS en Chile

Si bien la dictadura chilena es reconocida como la cuna del neoliberalismo, la formalización del DEVS surgió en los gobiernos de la Concertación, coalición de centro-izquierda que gobernó entre 1990 y 2010⁶. Hitos fueron el Plan Nacional para la Promoción de la Salud y la creación del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud-Vida Chile, en 1998³³. El enfoque se profundizó en los sucesivos gobiernos⁶. El programa de gobierno de la Presidenta Bachelet (2006-2010), llegó a proponer el reconocimiento del derecho a asumir la responsabilidad por nuestra propia salud³⁴, lo cual no llegó a concretarse.

El gobierno de centro-derecha del Presidente Piñera (2010-2014) asumió explícitamente este discurso. En 2011 creó el Programa Elige Vivir Sano como eje central de su gobierno. En 2013 se transformó en el Sistema Elige Vivir Sano mediante la *Ley 20.670*, actualmente vigente.

La instalación de los EVS

Las intervenciones basadas en el DEVS han tenido escaso impacto. La evidencia más clara es que la exposición a los factores de riesgo conductuales y la prevalencia de ECNT permanece alta a nivel mundial³⁵. En Chile, la evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 mostró resultados discretos, y varios no cumplidos, en instalar EVS³⁶. Los Objetivos Sanitarios 2011-2020, que proponen “*No hay mejor médico que uno mismo. Prevención de enfermedades y fomento de hábitos de vida más sanos*”³⁷, no han sido evaluados.

Diversas investigaciones muestran una brecha entre el DEVS y la vida cotidiana de las personas^{38,39,40,41,42,43}. En Chile, no existen estudios profundos. Sin embargo, un estudio cualitativo⁴⁴ encontró limitaciones para las conductas preventivas, vinculadas a entornos sociales y culturales, vida urbana, condiciones de trabajo, ambiente, ingreso, acceso a servicios de salud y posición en la estructura social. Algunos autores muestran la existencia de procesos de subjetivación de la salud coherentes con el DEVS⁴⁵. Otros han dado cuenta de la racionalidad neoliberal del Sistema Elige Vivir Sano^{46,47}. Esto coincide con investigaciones que muestran que las políticas implementadas desde 1990 en Chile instalaron tecnologías de subjetivación y gobierno que refuerzan la racionalidad neoliberal⁴⁸, entendida como la “*empresa de sí*”, en tanto modo de autogobierno¹².

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa, basada en el paradigma fenomenológico⁴⁹, que propone conocer las realidades sociales indagando en los significados atribuidos por los actores involucrados. La investigación es descriptiva e interpretativa. Caracterizó la percepción del DEVS y su repercusión en el comportamiento declarado, utilizando la argumentación comprensiva basada en la interpretación de los discursos.

Se trabajó con mujeres adscritas al Programa Vida Sana (PVS), implementado por el Ministerio de Salud desde 2011. Desde 2018 se denomina Programa Elige Vida Sana, reforzando la responsabilidad individual y capacidad de elección.

Durante el período en estudio, el PVS consistía en intervenciones sucesivas por cuatro meses, seguidas de tres controles (6^o, 9^o y 12^o mes), destinadas a instalar EVS. Los beneficiarios debían tener un índice de masa corporal (IMC) ³⁰ u obesidad abdominal, y al menos uno de los siguientes factores de riesgo: intolerancia a la glucosa; alteración lipídica; prehipertensión; padre, madre o hermano con diabetes tipo 2; infarto agudo al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años. Mujeres post parto: condición de post parto hasta un año e IMC 30 ⁵⁰.

El trabajo de campo se realizó en la comuna de Pedro Aguirre Cerda de la Región Metropolitana de Santiago durante el 2014. Se trata de un territorio de ingresos medio-bajo y bajo, lo que permitió analizar la percepción y práctica de los DEVS en los sectores más desfavorecidos de la sociedad. El equipo de investigación había realizado otros proyectos en la comuna, lo que facilitó el acceso. El PVS de la comuna entregó los datos de contacto al equipo de investigación, previa autorización de las participantes. Para asegurar la participación voluntaria, el PVS no participó en la invitación a la investigación y el equipo de investigación las contactó directamente.

Las mujeres adscritas al PVS constituyen una población en riesgo de ECNT, expuesta al DEVS informalmente a través de diversos dispositivos (por ejemplo, mediante medios de comunicación), pero también formalmente, por su participación en el PVS. Bajo el supuesto de que la exposición formal generaría en las mujeres una mayor internalización del DEVS, se analizó dos grupos: (a) Egresadas: mujeres que completaron el PVS durante 2013, con exposición formal e informal al DEVS; y (b) Ingresadas: mujeres que se incorporarían al PVS en 2014, con exposición informal al DEVS.

En ambos grupos se aplicó una entrevista individual semiestructurada ⁵¹, de 30 a 40 minutos de duración, que consultó sobre nociones de EVS, conceptos de salud-enfermedad y prácticas de cuidado en la vida cotidiana. En el caso de las egresadas, se consultó además por los cambios producidos por el PVS en sus vidas.

El tamaño de muestra se definió por saturación y fue de 31 mujeres. Como se observa en la Tabla 1, se trata de mujeres cuyas edades fluctúan entre 19 y 45 años, realizan principalmente trabajo de cuidado no remunerado dentro del hogar, o remunerado fuera del hogar, y en su gran mayoría tienen al menos un hijo.

Las entrevistas fueron analizadas mediante el análisis sociológico del discurso, compuesto de tres niveles analíticos: textual, contextual e interpretación ⁵². El análisis empleó los procedimientos de codificación de la Teoría Fundamentada ⁵³, comprendiendo microanálisis -codificación abierta y axial- y codificación selectiva. Se utilizó el Programa Atlas-ti 7.0 (<http://atlasti.com/>).

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Todas las participantes dieron su consentimiento informado.

Resultados

Los resultados se organizan en cuatro ejes que surgieron del análisis.

La noción de EVS

El DEVS promueve la adquisición de hábitos y comportamientos saludables, fundamentalmente dieta saludable, ejercicio físico y no fumar, como forma de proteger la salud y evitar la enfermedad. Preguntamos a las mujeres si conocían la expresión “EVS” y en qué consistía. Casi todas las egresadas y poco más de la mitad de las ingresadas señalaron conocer esta expresión. Todas las entrevistadas, incluso quienes dijeron no conocer esta expresión, señalaron que se refería a comer sano y hacer ejercicio, dando cuenta de la internalización del DEVS. Entregaron mayor importancia a la comida sana, vinculándola con lo natural y lo bueno:

“Yo me imagino que es el comer sano, no comer tantas cosas con no sé, con mucho sodio o con mucho colorante, incorporar la actividad física en la vida” (Ingresada, 26 años).

Sólo las egresadas entregaron precisiones sobre lo que implica un EVS. Destacaron la incorporación de hábitos como respetar horarios de las comidas; incorporar verduras; disminuir grasas y comida chatarra; realizar ejercicio diariamente e ingerir agua. Esto muestra una mayor formalización del discurso, dando cuenta de la internalización de los contenidos entregados por el PVS.

Tabla 1

Caracterización de la muestra. Mujeres adscritas al Programa Vida Sana, comuna de Pedro Aguirre Cerda, Región Metropolitana de Santiago, Chile, 2014.

Variable	Ingresadas	Egresadas	Total
Grupo de edad (años)			
19-34	7	8	15
35-45	9	7	16
Actividad principal			
Trabajo de cuidado no remunerado en el hogar	9	4	13
Trabajo de cuidado no remunerado en el hogar trabajo remunerado en el hogar	1	3	4
Trabajo remunerado fuera del hogar	4	7	11
Estudiante	2	-	2
Desempleada	-	1	1
Hijos			
Sí	13	13	26
No	3	2	5
Total	16	15	31

Respecto de las posibilidades de elegir un EVS, egresadas e ingresadas coincidieron en que todas las personas pueden hacerlo, pues se trata de una decisión individual. La vida saludable se construye mediante voluntad y esfuerzo personales, por lo que la salud se convierte en un objetivo y valor que orienta la “empresa de sí”¹². Con esto, observamos la presencia del salutismo¹⁸, en particular en las egresadas:

“Comer sano, hacer deporte, estar hidratándonos. Estar periódicamente bajo un control que nosotros tenemos que saber responder. O sea, si yo veo que estoy subiendo de peso, disminuirlo un poco y tratar de bajar de una u otra forma [...] ¿Por qué siempre volver a estar con la obesidad si podemos ayudarnos nosotras mismas?” (Egresada, 37 años).

El autocuidado como principal determinante de la salud

La creencia en que las personas pueden elegir su estilo de vida implica que las mujeres se conciben a sí mismas como las principales responsables por su salud, e intenten desplegar un conjunto de prácticas de autocuidado, que expresan su autoestima. Cada individuo tiene un rol en el surgimiento de sus enfermedades, por lo que el acto de “cuidarse”, es fundamental para tener buena salud. Esta idea está presente incluso en quienes piensan que las enfermedades son inevitables. Para ellas, el autocuidado no evita las enfermedades, pero permite suavizar sus impactos. El autocuidado se erige, para ellas, en el principal determinante de la salud y en un mandato incuestionado y permanente, basado en el esfuerzo y la valoración de sí mismas:

“Yo pienso que, que todo ser humano igual algún día se tiene que enfermar de algo [...] Claro que, si uno se cuida, obviamente la enfermedad va a ser menos” (Ingresada, 48 años).

El autocuidado requiere no solo de prácticas materiales cotidianas, sino también de disposiciones subjetivas, como tener voluntad de estar sana o estar mentalmente predispuesta a rechazar la enfermedad. Esta idea enfatiza la posibilidad de control de la enfermedad, reforzando las nociones de disciplina y autogobierno de la salud/enfermedad:

“Creo harto en lo que es el poder mental, como la metafísica. Entonces yo creo que uno atrae las enfermedades también” (Egresada, 33 años).

Si bien para todas las entrevistadas las prácticas de autocuidado son esenciales para la salud, ingresadas y egresadas enfatizan distintos aspectos. Las primeras acentúan el control mental de las emociones y de la predisposición a enfermarse, mientras que las segundas destacan el autocontrol basado en la voluntad de evitar o rechazar lo dañino, especialmente los alimentos no saludables. Si

bien en ambos grupos prima la idea de autogobierno de la salud, el PVS canaliza esta idea, entregando elementos para ponerlo en práctica.

La responsabilidad individual y la culpa

La comprensión del autocuidado como principal determinante de la salud se acompaña de sentimientos de culpa cuando las mujeres constatan que no cumplen con los comportamientos definidos como correctos por los dispositivos sanitarios. Esta “culpabilización de la víctima”¹⁹ surge en distintas instancias, en particular, inmediatamente después de consumir alimentos “no saludables”. En varios casos, la culpa no surge sólo por constatar un daño autoinfligido, sino también por un daño a otros integrantes de la familia, poniendo en tensión el rol materno de alimentarlos(as) de manera sana y, a la vez, demostrarles cariño mediante la comida:

“Después de que uno come, bueno lo que me pasa a mí, eh, me hace sentir rabia: ¿Qué por qué lo comí, o por qué no comí un poquito? Casi siempre cuando hago lo que tiene que ver con frituras con comidas que no son sanas, yo después ando con acidez, me arrepiento de haberlo hecho, y yo sé que, al estar friendo, haciendo esas cosas así de frituras, perjudico a mis hijos que son los más chiquititos, porque van a tener los males que uno ya tiene. Eso me hace sentir como culpable. Pero sí me gustaría, como le dije antes, poder darles el gusto a todos” (Egresada, 47 años).

La imposibilidad de poner en práctica un EVS es interpretado como un profundo fracaso moral personal, pues consideran que tienen información sobre las prácticas no saludables y por lo tanto debieran ser conscientes de evitarlas:

“Uno mismo... [es responsable por enfermarse] Porque uno mismo sabe lo que puede ingerir o lo que está comiendo o lo que está haciendo. Uno es dueño de uno mismo para saber lo que uno hace” (Ingresada, 24 años).

“Salud es algo muy importante, pero uno es la que la traiciona. Sí, porque uno fuma, come demasiado, es sedentaria, entonces una la echa a perder, una es la culpable” (Egresada, 41 años).

Las mujeres se culpan por lo que consideran sus propias decisiones, sin reparar en las condiciones que les impiden cumplir con el ideal salutista¹⁸. Los sentimientos de culpa no surgen por haberse enfermado, sino por la mera posibilidad de hacerlo, dando cuenta de la internalización del discurso del riesgo como orientador de las conductas en salud^{1,7,13}.

La brecha entre el discurso y los comportamientos

Las entrevistadas manifiestan que es posible elegir un EVS, defendiendo las nociones de libertad de elección y acción racional. Sin embargo, cuando son consultadas directamente por sus prácticas cotidianas, reconocen un conjunto de obstáculos, mostrando una brecha entre el discurso y el comportamiento. La manifestación más clara es enfatizar que “intentan llevar” un EVS, buscando corresponder con el comportamiento deseado socialmente.

El principal obstáculo es el económico, que surge principalmente como limitante para acceder a alimentos saludables:

“Yo creo que sí tienen la opción de elegirlo [un EVS] pero eh... bueno, depende del caso de cada persona, que le cueste o no le cueste, ese el tema, porque uno puede elegir tener una vida sana, pero ¿Cómo lo hago? ¿Cómo lo hago? O sea ¿me entiende? si hay que sustentar otras cosas también” (Ingresada, 37 años).

Las mujeres se enfrentan frecuentemente con la necesidad de privilegiar cantidad por sobre calidad de los alimentos, siendo conscientes de que implica consumir alimentos no saludables. Las limitaciones económicas también constituyen barreras para solicitar apoyo de profesionales de la salud, pues realizan indicaciones sin considerar la realidad socioeconómica de sus pacientes. Como respuesta, las mujeres dejan de consultar y expresan sentimientos de frustración:

“Yo sé que, para tener un estilo de vida saludable, aquí todo es plata. Por ejemplo, yo no voy a la nutricionista porque sé que la nutricionista me va a dar una lista de cosas que yo no puedo adquirir, ¿me entiende? Puedo hacerlo el puro fin de mes, cuando llega el sueldo de mi marido, pero durante el mes uno no puede” (Ingresada, 24 años).

El rol de las mujeres en sus familias también genera obstáculos. Por un lado, las entrevistadas que ejercen trabajo doméstico no remunerado suelen postergar su alimentación y tiempo libre por el cuidado de los hijos y otras labores domésticas. Además, al no recibir una remuneración, dependen

económicamente de sus parejas u otro familiar, lo que limita sus posibilidades de tomar decisiones acerca de la alimentación. Por otro lado, las entrevistadas con trabajo remunerado dedican su tiempo libre al trabajo doméstico. En todas las mujeres, las preocupaciones y exigencias de la vida cotidiana conllevan significativos niveles de estrés. Esta condición de ser para y de los otros⁵⁴ les impide adoptar prácticas propias de un EVS, como realizar actividad física o preparar comida saludable:

“A veces uno estando muy encerrado en la casa también se enferma y tiene que ver también con los tiempos, porque ahora uno en día anda corriendo uno no tiene tiempo de... ¡de nada! A veces yo me levanto a las siete de la mañana y a veces sin mentirle son las doce de la noche y me faltó día” (Ingresada, 37 años).

Las tensiones vinculadas a los roles y desigualdad de género en la pareja coartan las posibilidades de las mujeres de realizar actividad física de manera regular, pues las sitúa en el espacio público, generando espacios de interacción y sociabilidad que son cuestionados por sus parejas, estableciendo relaciones de género opresivas:

“Yo tengo un marido que es como ogro, [...] me absorbe todo el día [...] yo conocí zumba y él, poco menos que como que me gustaba la profe, porque yo quería pasar acá no más [...] así he vivido mi vida desde que estoy casada” (Ingresada, 27 años).

Otra tensión en el ámbito familiar remite a que, para poner en práctica una alimentación saludable, se debe cambiar los hábitos como familia. Aunque las mujeres piensan que esto podría resolverse con mayor “fuerza de voluntad”, si ésta no existe, la solución sería dejar de compartir un espacio fundamental de convivencia familiar como es la comensalidad, que no están dispuestas a abandonar:

“La persona que no tiene fuerza de voluntad, si no le ayuda su entorno, va a ser imposible. Lo único sería comer sola y después servirle al resto. ¿Pero dónde queda después la relación de familia? Si uno está acostumbrado a compartir la mesa, a compartir con su familia. ¡Entonces es feo, cuesta!” (Ingresada, 37 años).

Las mujeres también identifican algunos factores estructurales que les impiden poner en práctica un EVS. Identifican cambios socioculturales que han afectado la alimentación, como es la introducción de comida “chatarra”, causante de obesidad y otros problemas de salud:

“Yo creo que si una es obesa es porque la sociedad ha ido evolucionando en lo que es la comida, porque empezaron a llegar las comidas chatarra y se nos cambió la vida. Y eso activa, no sé, algo en la cabeza, en el cerebro, que uno se pone ansioso y desea comer esas cosas y ahí vamos viendo que empezamos con problemas de salud” (Ingresada, 38 años).

Otras mujeres reconocen diferencias en los hábitos de alimentación y prácticas de autocuidado entre “ricos y pobres”, que se explican por una cultura diferente y resultan en que los pobres tengan inevitablemente una peor salud. Una de las mujeres toma como referente Vitacura, una de las comunas más ricas del país, para mostrar estas diferencias:

“Yo trabajé en Vitacura y tú allá a un niño jamás lo ibas a ver con una papa frita en una mano. Y aquí tú sales a la calle y hay 10 negocios y un niño que todavía no camina está comiendo papas fritas. O sea, eso no es sano, [...] ¿y así va a crecer? Es una cultura. Y la cultura aquí en Chile está muy... muy segmentada. Los ricos son ricos y los pobres son pobres. Entonces de ahí van todas las enfermedades también” (Ingresada, 23 años).

En definitiva, las convicciones de las entrevistadas referidas a que se puede elegir un EVS e implementar prácticas de autocuidado, se enfrentan con su propia observación del contexto económico, familiar y sociocultural, que muestra limitadas posibilidades de hacerlo efectivo.

Por último, un hallazgo muy relevante es que esta brecha entre discurso y comportamiento se mantiene en las egresadas. Sus discursos dan cuenta haber adquirido un conjunto de conocimientos y estrategias entregados por el PVS: importancia de modificar el estilo de vida para cuidar la salud; conceptos sobre dietas saludables; aumento de su seguridad y autoestima. Asimismo, casi todas declararon cambios en la actividad física y en su cuerpo mientras realizaron el PVS, como también cambios en su alimentación y la de su familia. No obstante, la mayoría señala que los cambios logrados no se mantuvieron, lo que muestra que no basta con entregar información y herramientas prácticas. Paradójicamente, las dificultades para mantener un EVS son interpretadas por las mujeres como resultado de conflictos personales, pues se ven a sí mismas como carentes de fuerza de voluntad para vencer los obstáculos y autogobernarse, en coherencia con el DEVS instalado por el PVS.

Discusión

Como país de transición demográfica avanzada, Chile se caracteriza por el predominio de ECNT. En 2017, las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores malignos causaron el 51% de las defunciones en hombres, y el 53,3% en mujeres, respectivamente ⁵⁵. La pregunta es cómo diseñar intervenciones efectivas que permitan disminuir estas enfermedades. Hasta ahora, las intervenciones han enfatizado la responsabilidad individual, bajo el supuesto de que la salud/enfermedad se explica por el comportamiento de los individuos, que sería racional y libremente elegido.

El PVS corresponde a una estrategia individual, cuyo enfoque supone generar cambios en la alimentación y la actividad física, apelando al esfuerzo y responsabilidad. Como se muestra en esta investigación, el PVS logra instalar su discurso. Sin embargo, es apoyado por otros dispositivos, pues las ingresadas también comparten nociones de EVS. Se trata de procesos de subjetivación de la salud, entendida como producto de la acción y conductas individuales, mediante el autocontrol y autocuidado.

Las entrevistadas se consideran responsables por su salud, mostrando un disciplinamiento del cuerpo, especialmente en la alimentación. Se trata de una perspectiva moralizante, que contribuye a la legitimación del modelo neoliberal como forma de comprender y organizar la sociedad.

Si bien el DEVS está presente en las entrevistadas, ellas constatan grandes dificultades para implementarlo en su vida cotidiana. La principal dificultad es carencia de recursos económicos para comprar alimentos saludables, por lo que deben privilegiar cantidad en vez de calidad. Aunque sean conscientes del tipo de alimentos considerados saludables, consumirlos regularmente puede llegar a ser imposible ³⁸.

En el plano familiar, las entrevistadas dan cuenta de múltiples tareas, lo que genera altos niveles de estrés. Si bien intentan llevar un EVS, que se refleje en sus preferencias al cocinar, sus decisiones sobre la alimentación se supeditan a las del núcleo familiar, lo que muchas veces resulta en privilegiar los comportamientos y preferencias alimentarias menos saludables de otros miembros del hogar ³⁸. Así, los roles y desigualdades de género son un importante determinante de elecciones y comportamientos en alimentación.

Por último, y fundamental por sus efectos sociopolíticos, la internalización del DEVS lleva a una invisibilización del componente de clase y del impacto de la desigualdad social en salud ^{19,25}, siendo como mucho identificados como diferencias “culturales” que impactan en las prácticas de autocuidado. La ausencia de comportamientos preventivos es vista como un fracaso personal y moral, lo que suele involucrar sentimientos de culpa ^{19,26,56} por no poder cumplir con el comportamiento esperado y, por tanto, moralmente correcto.

Estudios realizados en otros países muestran resultados similares. En Canadá, se encontró que las condiciones de vida desfavorecidas conforman cosmovisiones, preferencias y disposiciones incompatibles con la inversión personal en salud preventiva ⁵⁷. En Brasil, se evidenció que las circunstancias vinculadas al cuidado corporal traspasan los límites personales, abarcando dimensiones económicas y socioculturales ⁵⁸. Varias investigaciones señalan que las políticas de obesidad y promoción de EVS se enfocan en la responsabilidad individual, ignorando el componente estructural ^{23,24,25,26,27,28}. Los cuerpos obesos se presentan como indeseables, resultado de un estilo de vida deficiente y por tanto un fracaso moral, promoviendo así la internalización de la culpa y estigmatización hacia sujetos obesos ^{26,27}, y profundizando la construcción neoliberal e individualista de la obesidad ^{23,24}.

Conclusiones

Las entrevistadas fueron beneficiarias de un programa de prevención de ECNT, sustentado en el DEVS. Estos programas enfrentan el desafío de instalar cambios de hábitos y lograr su sostenibilidad, cuestión extremadamente difícil de lograr mediante estrategias de cambio individual. Se trata de programas iatrogénicos ¹, pues su diseño propone objetivos prácticamente inalcanzables, produciendo sentimientos de culpa por no poder cumplir con el modelo de vida “correcto”, lo que se entiende como una falla moral individual que lleva a cuestionamientos a nivel personal. Esta investigación señala la

importancia de centrarse en el contexto sociocultural y económico, cercano y estructural, como también de potenciar la comensalidad y una mirada no moralizante de la salud.

Nuestra investigación no niega la importancia de la agencia individual en salud, orientada a la “autoatención”⁵⁹. No obstante, esto requiere establecer la responsabilidad y ámbitos de acción que pueden ser abordables por los individuos y por tanto legítimamente exigidos²¹, sin caer en el salutismo. Esta investigación convoca a la instalación de intervenciones más pertinentes, como también a una revisión de los marcos conceptuales de la Salud Pública, en tanto disciplina y campo de intervención política.

Colaboradores

M. Ferrer-Lues contribuyó a la concepción del proyecto, análisis e interpretación de los datos y redacción del artículo. M. S. Anigstein contribuyó a la concepción del proyecto, análisis e interpretación de los datos y revisión crítica relevante del contenido intelectual. M. Bosnich-Mienert contribuyó al análisis e interpretación de los datos y redacción del artículo. C. Robledo y L. Watkins contribuyeron al análisis e interpretación de los datos y revisión crítica relevante del contenido intelectual. Todos las autoras aprobaron la versión final que debe ser publicada y son responsables por todos los aspectos del trabajo, garantizando la exactitud e integridad de la obra.

Informaciones adicionales

ORCID: Marcela Ferrer-Lues (0000-0001-8211-1457); Maria Sol Anigstein (0000-0002-4023-2389); Milenka Bosnich-Mienert (0000-0002-1547-049X); Consuelo Robledo (0000-0001-6285-2098); Loreto Watkins (0000-0001-9343-1552).

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las mujeres entrevistadas, cuya participación permitió el desarrollo de esta investigación. También agradecen a Adriana Hevia Larenas por su colaboración en el trabajo de campo, y a Patricia Zamora Valdés, por su participación en el trabajo de campo y en los análisis preliminares de la información. Asimismo, las autoras agradecen al Fondo Nacional de Investigación en Salud de la ex Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), actual Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), que financió esta investigación (Proyecto FONIS SA13I20287). Asimismo, agradecen el patrocinio del Concurso de Fortalecimiento de la Productividad y Continuidad en Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la misma Universidad de Chile (Proyecto FPCI 24-0219).

Referencias

1. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:461-6.
2. Gramsci A. *Antología*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2004.
3. Foucault M. *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006.
4. Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
5. Foucault M. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo Veintiuno; 2002.
6. Ferrer-Lues M. ¿La salud como responsabilidad individual? Análisis crítico del concepto de salud en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación en Chile (1990-2010) [Tesis de Doctorado]. Santiago: Universidad de Chile; 2015.
7. Brandt A. Behavior, disease, and health in the twentieth-century United States: the moral valence of individual risk. In: Brandt A, Rozin P, editores. *Morality and health*. New York: Taylor & Francis; 2013. p. 53-78.
8. Marmor TR, Barer ML, Evans RG. The determinants of a population's health: what can be done to improve a democratic nation's health status? In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editores. *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter; 1994. p. 217-30.
9. Knowles JH. The responsibility of the individual. *Daedalus* 1977; 106:57-80.
10. Lalonde M. El concepto de "campo de salud" una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996. p. 3-5.
11. Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Arroyo I, Cerqueira MT, editores. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. San Juan: Organización Panamericana de la Salud; 1997. p. 7-48.
12. Laval C, Dardot P. *La nueva razón del mundo*. Barcelona: Gedisa; 2013.
13. Almeida Filho N, Castiel LD, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colect* 2009; 5:323-44.
14. Ayres J. *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
15. Raphael D, Curry-Stevens A, Bryant T. Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy* 2008; 88:222-35.
16. Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. *Interface (Botucatu)* 2010; 14:243-55.
17. Wikler D. Lifestyles and public health. In: Post SG, editor. *Encyclopedia of bioethics*. New York: MacMillan Reference USA; 2004. p. 1406-9.
18. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 1980; 10:365-88.
19. Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 1977; 7:663-80.
20. Blacksher E. Carrots and sticks to promote healthy behaviors: a policy update. *Hastings Cent Rep* 2008; 38:13-6.
21. Schramm F. A saúde e um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética* 2006; 2:187-200.
22. Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promot Int* 2000; 15:355-67.
23. Farrell LC, Warin MJ, Moore VM, Street JM. Emotion in obesity discourse: understanding public attitudes towards regulations for obesity prevention. *Sociol Health Illn* 2016; 38:543-58.
24. Bissell P, Peacock M, Blackburn J, Smith C. The discordant pleasures of everyday eating: reflections on the social gradient in obesity under neo-liberalism. *Soc Sci Med* 2016; 159:14-21.
25. Ayo N. Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Crit Public Health* 2012; 22:99-105.
26. Lupton D. "How do you measure up?" Assumptions about "obesity" and health-related behaviors and beliefs in two Australian "obesity" prevention campaigns. *Fat Studies* 2014; 3:32-44.
27. Lupton D. The pedagogy of disgust: the ethical, moral and political implications of using disgust in public health campaigns. *Crit Public Health* 2015; 25:4-14.
28. Otero G, Pechlaner G, Liberman G, Gürcan E. The neoliberal diet and inequality in the United States. *Soc Sci Med* 2015; 142:47-55.
29. Fairclough N. El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. In: Wodak R, Meyer M, editores. *Métodos de análisis críticos del discurso*. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 179-204.
30. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2005.
31. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Naciones Unidas. *Observación General nº 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. New York: Naciones Unidas; 2000.

32. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q* 2004; 82:101-24.
33. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:136-44.
34. Bachelet M. Programa de Gobierno de Michelle Bachelet 2006-2010. https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/13433/1/2005_programa-MB.pdf (accedido el 12/Nov/2021).
35. World Health Organization. Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2018.
36. Ministerio de Salud de Chile. Objetivos sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación del final del período. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2010.
37. Ministerio de Salud de Chile. Metas 2011-2020: Elige Vivir Sano. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2011.
38. Brown NA, Smith KC, Kromm EE. Women's perceptions of the relationship between recent life events, transitions, and diet in midlife: findings from a focus group study. *Women Health* 2012; 52:234-51.
39. Figueira TR, Ferreira EF, Schall VT, Modena CM. Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:937-43.
40. Sloan C, Gough B, Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2010; 25:783-803.
41. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health (Irvine Calif)* 2010; 14:115-30.
42. Lindberg NM, Stevens VJ, Halperin RO. Weight-loss interventions for hispanic populations: the role of culture. *J Obes* 2013; 2013:542736.
43. Freidin B. Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el área Metropolitana de Buenos Aires. *Salud Colect* 2016; 12:519-36.
44. Frenz P, Agurto I, Valenzuela M. Estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud. In: Ministerio de Salud de Chile, editor. Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de salud. Borrador para la discusión. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2010. p. 31-126.
45. Cabello C, Valenzuela F. Políticas públicas de promoción de estilos de vida saludable como forma de gobierno por medio de la comunidad. *Movimento (Porto Alegre)* 2020; 26:e26092.
46. Pincheira I. Programa gubernamental "Elige Vivir Sano": cuerpo, salud y felicidad en Chile durante la presidencia de Sebastián Piñera. In: Oyanedel JC, Mella C, editores. Debates sobre el bienestar y la felicidad. Santiago: Ril; 2014. p. 107-28.
47. Soto Lagos RA. Sedentarismo, deporte y la presión biopolítica de vivir saludable: análisis del discurso del Sistema Elige Vivir Sano en Chile. *Movimento (Porto Alegre)* 2015; 22:391-042.
48. Rojas Lasch C. Afecto y cuidado: pilar de la política social neoliberal. *Polis* 2018; 17:127-49.
49. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1992.
50. Ministerio de Salud de Chile. Estrategias de intervención en niñas, niñas, adolescentes y adultos. Año 2011. Piloto de Vida Sana. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2011.
51. Vásquez L, Ferreira R, Mogollón A, Fernandes J, Delgado E, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
52. Ruiz J. Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum Qual Soc Res* 2009; 10:26.
53. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
54. Basaglia F. Mujer, locura y sociedad. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla; 1987.
55. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas vitales. Informe anual 2016. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas; 2018.
56. Murray S. Pathologizing "fatness": medical authority and popular culture. *Sociol Sport J* 2008; 25:7-21.
57. Audet M, Dumas A, Binette R, Dionne IJ. Women, weight, poverty and menopause: understanding health practices in a context of chronic disease prevention. *Sociol Health Illn* 2017; 39:1412-26.
58. Varnier T, Gomes I. Entre ações e discursos: a recepção dos usuários às informações de um programa de educação em saúde da rede pública na cidade de Vitória/ES. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2017; 39:219-25.
59. Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* 2018; 58:104-13.

Abstract

The discourse on healthy lifestyles (HLS) states that a population will remain healthy by adopting such lifestyles, modifying unhealthy and thus morally incorrect individual behaviors. The HLS discourse has been hegemonic in Public Health since the late 20th century. It assumes freedom of choice by individuals, who purportedly make rational decisions, seeking the lowest cost and maximum individual benefit, the neoliberal model's basic premise. It thus overlooks the relevance of living conditions for health and health inequality. The current study focused on the perception of the HLS discourse and its repercussions on the behavior of low-income Chilean women. Semi-structured interviews were held with beneficiaries of a government program (Healthy Life Program), based on the HLS discourse. The study explored the women's discourse on health and its correspondence with the HLS discourse. It also analyzed the possibilities of implementing the discourse in practice, from the women's own perspective. The results showed that the women view health as the result of lifestyle, which can be freely chosen. However, they identify various barriers to implementing healthy lifestyle in practice at the economic, family, and sociocultural levels. The conclusion is that individuals should be considered within the family, social, and structural contexts in which health and disease are produced, while abandoning the moralist perspective that legitimizes the neoliberal definition of health.

Healthy Lifestyle; Chronic Disease; Disease Prevention; Politics

Resumo

O discurso sobre estilos de vida saudáveis (DEVS) propõe que uma população se manterá sã se adotar estilos de vida saudáveis, alterando comportamentos individuais prejudiciais para a saúde e, portanto, moralmente incorretos. O DEVS se tornou hegemônico na Saúde Pública desde o final do século XX. Está alicerçado no princípio de liberdade de escolha dos indivíduos, que tomam decisões racionais buscando o menor custo e o maior benefício individual, premissa básica do modelo neoliberal. Com isso, omite a importância que as condições de vida desempenham para a saúde e a desigualdade na saúde. Esta pesquisa investigou a percepção do DEVS e a sua repercussão no comportamento de mulheres chilenas residentes em bairros populares. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com beneficiárias de um programa de governo (Programa Vida Saudável), sustentado no DEVS. Estudou-se o discurso das mulheres sobre a saúde e o seu alinhamento com o DEVS. Também foram analisadas as possibilidades de implementação deste discurso, do ponto de vista das próprias mulheres. Os resultados mostram que as entrevistadas entendem a saúde como o resultado do estilo de vida, que pode ser livremente escolhido. Entretanto, identificam diversas barreiras para colocá-lo em prática, nos planos econômico, familiares e sociocultural. Daí se conclui que as estratégias devem considerar os sujeitos nos contextos familiares, sociais e estruturais nos quais se gera a saúde-doença, e abandonar a perspectiva moralizante e legitimadora da concepção neoliberal da saúde.

Estilo de Vida Saudável; Doença Crônica; Prevenção de Doenças; Política

Recibido el 29/Nov/2020
 Versión final presentada el 07/Jun/2021
 Aprobado el 25/Jun/2021