

Determinantes sociales y su influencia en la cesta de la compra: una aproximación desde la observación participante

Beatriz Braña-Marcos^{1,2,3}, Lucía Fernández-Arce^{3,4}, Edurne Mezquita-Yarza^{3,5}, Cristina Fernández-García^{3,6}, Estefanía Vegas-Pardavila^{3,7}.

¹ Centro de Salud Laviada, Área Sanitaria V. SESPA; ² Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud. Asturias; ³ Grupo DeSPE. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA); ⁴ Centro de Salud San Claudio (La Eria), Área Sanitaria IV. SESPA; ⁵ Consultorio El Berón, Área Sanitaria IV. SESPA; ⁶ Unidad de Hospitalización psiquiátrica. HUCA, Área Sanitaria IV. SESPA; ⁷ Unidad de Cirugía General. HUCA, Área Sanitaria IV. SESPA.

Resumen

Fundamentos: Los hábitos de vida, influenciados por factores socioeconómicos y culturales, se relacionan con la etiología de enfermedades cuyo factor de riesgo es una alimentación poco saludable. La dieta es un elemento clave entre los elementos modificables. La observación participante empleada en esta investigación favorece el conocimiento real de la comunidad. El objetivo de este estudio ha sido observar la influencia de los determinantes sociales sobre los hábitos de compra de productos alimenticios en supermercados de dos barrios urbanos de Gijón de distinto nivel socioeconómico.

Métodos: Se realizó una observación participante bajo un enfoque etnográfico en dos barrios con diferente nivel socioeconómico.

Resultados: La población que acudió al supermercado en el barrio de nivel socioeconómico más alto era mayoritariamente femenina, realizaban la compra en familia o pareja, observaron etiquetados nutricionales y presentaron tendencias de consumo más saludables. En cambio, en el barrio con el nivel socioeconómico más bajo, se observó mayor consumo de productos no saludables, compras individuales y mayor gestión de la economía.

Conclusiones: El abordaje de los problemas de salud asociados a la alimentación debe realizarse desde una práctica de salud pública que abarque estrategias de educación, género, económicas y legislativas para poder afrontar el problema de forma integral.

Palabras clave: Alimentación; Factores Socioeconómicos; Inequidad Social; Dieta Saludable; Atención Primaria de Salud; Conducta Alimentaria.

Social determinants and their influence on the shopping cart

Summary

Background: Life habits are related to the etiology of some diseases whose risk factor is an unhealthy diet and are highly influenced by socio-economic and cultural factors. Diet is a key element among the modifiable risk factors. Participant observation used in this investigation favors the real knowledge of the study community. The objective of this study is to observe the influence of social determinants on the purchasing habits of food products in supermarkets in two urban neighborhoods of Gijón with different socioeconomic status.

Methods: A participative observation was made under an ethnographic approach in two neighbourhoods with different socio-economic levels.

Results: The population that went to the supermarket in the neighborhood with the highest socioeconomic level was mainly female, made the purchase in family or couple, observed nutritional labels and presented healthier consumption trends. In contrast, in the neighborhood with the lowest socioeconomic level, a higher consumption of unhealthy products was observed, as well as individual purchase and greater management on the economy (shopping list).

Conclusions: Addressing health problems associated with diet must be carried out from a public health practice that encompasses educational, gender, economic and legislative strategies to be able to approach the problem in an integral way.

Key words: Feeding; Socioeconomic Factors; Social Inequity; Healthy Diet; Primary Health Care; Feeding Behavior.

Correspondencia: Lucía Fernández Arce

E-mail: luciafarce@hotmail.com

Fecha envío: 19/09/2020

Fecha aceptación: 25/01/2021

Introducción

La alimentación provee al organismo de los nutrientes necesarios para un adecuado funcionamiento, manteniendo por ello una estrecha relación con la salud.

El sistema alimentario tradicional ha dado paso a una nueva forma de alimentación y de relación con la comida. Desde comienzos de siglo se han identificado nuevas tendencias alimentarias: menor tiempo en compra, compra on-line, elaboraciones más rápidas, uso de precocinados y envasados de consumo directo, mayor demanda de comida a domicilio, proliferación de productos alternativos y preocupación por ingredientes y productos naturales, entre otras ¹.

Los factores socioculturales han demostrado su influencia en los hábitos de vida de las personas ². La OMS creó en 2005 la Comisión sobre Determinantes de la Salud para dar respuesta a desigualdades existentes en el ámbito sanitario cuya causa subyace al ámbito social ³.

Estudios previos ^{4,5,6} relacionan la situación socioeconómica con el riesgo de desarrollar patologías crónicas como diabetes, hipertensión o aterosclerosis. Entre los hábitos de vida que influyen en la etiología de las enfermedades, la dieta ocupa un lugar destacado entre los factores modificables ⁷.

La relación entre determinantes sociales, alimentación y salud es de tal magnitud, que el comercio de alimentos se utiliza como indicador para conocer la situación económica y social de un país ¹. Esta asociación causa problemáticas y fenómenos de alcance social, como la creciente obesidad infantil o la existencia de áreas con acceso limitado a alimentos asequibles y nutritivos, generalmente con residentes de bajos ingresos, conocidas como “desiertos alimentarios”⁸.

La compra de alimentos y su consumo, aunque cotidiano, es un acto complejo ¹. La literatura muestra referencias a que los alimentos más saludables, con frecuencia más costosos, son consumidos principalmente por la población con niveles socioeconómicos más altos ⁹. Por contra, alimentos de menor valor nutricional y peor calidad, que además suelen tener un precio inferior, tienden a ser más consumidos por personas con niveles socioeconómicos más bajos ⁹.

Los datos mundiales sobre obesidad y sobrepeso son realmente alarmantes. En España, la prevalencia de obesidad ha aumentado del 22,1 al 27,1 % entre 2006 y 2016. Asturias presentaba en 2015 los mayores niveles de obesidad del país, con un 31,9% de sobrepeso y un 25,6% de obesidad ¹⁰.

Para comprender a la población objeto de la asistencia sanitaria y el entorno en que se enmarca, es necesario conocer los hábitos de ocio y consumo y las formas de relacionarse, comprendiendo la sociedad y los determinantes sociales y no sólo a quienes se acercan a los dispositivos sanitarios.

Las prácticas de observación, enmarcadas en la investigación cualitativa, son un recurso habitual para la mejora de la gestión, la planificación y la atención sanitaria a la población al facilitar un mayor conocimiento de la misma.

Por todo ello, nos planteamos como objetivo principal observar la influencia de los determinantes sociales sobre los hábitos de compra de productos alimenticios en supermercados de dos barrios urbanos de Gijón de distinto nivel socioeconómico. Como objetivos secundarios pretendemos explorar el perfil de los consumidores y sus hábitos de compra (productos más y menos

demandados, alimentos saludables vs alimentos procesados, entre otros).

Se llevó a cabo un estudio de enfoque etnográfico, con técnica de observación participante selectiva. Se confeccionó un guion de observación (Tabla 1) con los aspectos a tener en cuenta.

Material y métodos

Tabla 1. Guion de Observación.

<p>Guion de observación</p> <p>a) Lugar: supermercados Mercadona ubicados en los barrios de Viesques y La Calzada de la ciudad de Gijón (Asturias).</p> <p>b) ¿Qué observar?</p> <ul style="list-style-type: none">- Perfil de los consumidores de acuden cada supermercado: sexo, edad, etnia, aspecto físico general (calzado, vestido, higiene), IMC estimado,- ¿Van solos, en pareja o en familia?- ¿Utilizan lista de la compra?- ¿Llevan claramente determinado qué productos necesitan?- ¿Hay flujos de circulación establecidos a la hora de recorrer los pasillos?- ¿Miran las etiquetas de composición de los alimentos a la hora de elegirlo?- Cuáles son las secciones y productos con mayor y menor demanda.- Cuáles son los menos demandados- Compra saludables: verduras y hortalizas, frutas, carnes, pescados, lácteos... <p>c) Periodos de observación</p> <p>Días laborables: miércoles</p> <p>Días no laborables: sábado</p> <p>Horario: entre las 19 a las 20 horas.</p> <p>Tiempo: 30 minutos</p> <p>Número de observaciones: 2 en cada periodo y en cada establecimiento</p>

Para el estudio sociodemográfico de la ciudad de Gijón, se emplearon fuentes directas (INE, padrón municipal, observatorios de salud) e indirectas (noticias de prensa, boletines informativos, publicaciones locales). Tras el análisis, los barrios fueron clasificados en función de su nivel socioeconómico.

Finalmente, dos de ellos, sustancialmente diferentes entre sí, fueron seleccionados como comunidades de observación (Barrio A y Barrio B)

La observación se realizó en cada barrio sobre las personas que realizaban la compra en dos supermercados de la misma cadena en el

mismo tramo horario (de 19 a 20 horas), durante un día laborable y uno no laborable en dos semanas consecutivas resultando un total de dos horas en cada supermercado.

Comunidades de observación

Gijón, ciudad del Principado de Asturias, con una población censada en 2018 de 271.782 habitantes (128.128 hombres y 143.652 mujeres), se divide en 6 distritos compuestos por 45 barrios o parroquias, la mayoría urbanos.

El primero de los barrios seleccionados (Barrio A), se encuentra en el distrito Este de Gijón y ha experimentado un gran crecimiento. La mayoría de los edificios forman parte de urbanizaciones con facilidades deportivas y clubes sociales privados. Se trata de una población joven: personas solteras o parejas jóvenes con o sin hijos, de un nivel socioeconómico por encima de la media. No en vano, es uno de los barrios de Gijón donde la vivienda es más cara ¹¹. Su población censada en 2018 era de 5958 habitantes, de los que 2991 eran mujeres. En 2016 la renta media era de 17.695 euros por persona y 47.387 euros por hogar ^{12,13,14}.

El segundo de los barrios (Barrio B), tradicionalmente obrero, concentraba los trabajadores de los astilleros y otras industrias ¹⁵. Su población en 2018 era de 24.886 habitantes, de los que 12.999 eran mujeres. Se trata de una población envejecida y de nivel socioeconómico principalmente bajo o medio-bajo, siendo uno de los distritos de la ciudad con mayor número de solicitudes cursadas de renta social en 2019 ^{16,17}. La renta media en 2016 fue de 10.854 euros por persona y 24.430 euros por hogar ^{12,13,14}. Por otro lado, la población inmigrante es del 4,1% ¹⁸.

Todas las observaciones fueron realizadas por una misma investigadora que simuló realizar

una compra por los pasillos directamente relacionados con alimentación, con la finalidad de integrarse en el espacio de la comunidad observada. La realización de esta tarea por una sola investigadora busca evitar la heterogeneidad en la información recogida y lograr mayor homogeneidad en los resultados. Asimismo, para facilitar el posterior análisis de la información, la etnógrafa recogió notas de campo en su teléfono móvil, incluyendo la información relativa a los fenómenos observados, sus impresiones y reflexiones. Este diario de campo y las reflexiones en él contenidas fueron examinados por el resto de investigadoras de manera individual previamente a realizar el análisis y la discusión de los resultados obtenidos.

Para el desarrollo de este estudio se respetó en todo momento la Declaración de Helsinki, así como la legislación vigente sobre Protección de Datos personales y de garantía de los derechos digitales. No se solicitó consentimiento informado a los participantes ya que se trata de un estudio que no entraña riesgos para los participantes y que no sería factible su realización si éste fuera preciso.

Resultados

En el Barrio A, los sujetos de observación en días laborables tenían una media de edad estimada entre 35-45 años, y eran principalmente mujeres (en algunos casos hombres) que acudían solas o con niños. Los mayores de 65 años (edad estimada), acudían principalmente en pareja. El IMC impresionaba estar entre el normopeso y el ligero sobrepeso en todos los sujetos. Ninguno de ellos llevaba consigo, al menos de manera visible, lista de la compra, no seguían un orden preestablecido y, no parecían tener una necesidad específica al comprar. La sección que solían recorrer en primer lugar era la de las frutas y verduras/hortalizas, aunque no estaba en la entrada del

supermercado. La mayoría utilizaban cesta de la compra, que no llegaban a llenar.

No se observaron interacciones entre las personas mientras que con los trabajadores, la interacción fue estrictamente la necesaria.

Los departamentos con mayor afluencia fueron los de productos frescos, carnes y lácteos. En la sección de chocolates, bollería industrial y panes procesados hubo más hombres que mujeres. La pescadería era la menos concurrida. Las secciones de precocinados y congelados estaban vacías.

El sábado parecía ser el día destinado a la compra semanal tanto en pareja como en familia en todos los rangos de edad, priorizando el carro a la cesta de la compra. Los departamentos con más afluencia fueron los de verduras y hortalizas, carnes envasadas (ternera, pavo y pollo principalmente), jamón al corte, pescado, frutas y lácteos. Los productos menos demandados fueron legumbres y pastas. En la sección de precocinados la pizza fue el producto más adquirido.

En relación a las diferencias de género en los hábitos de compra cabe señalar: varios hombres de edad media (35-50 años) visitaron la sección de bebidas alcohólicas y algunos de los varones, con una edad estimada ligeramente superior, compraron precocinados, embutidos, fiambres y otros productos alimenticios de bajo poder nutricional. Estos hábitos no fueron observados en mujeres. Además, varias personas de diferentes edades examinaban y comparaban detenidamente los valores nutricionales etiquetados de algunos productos.

Resulta llamativo que ninguno de los dos días entre los observados nadie eligió huevos entre sus artículos.

En el Barrio B, las personas que acudieron al supermercado en día laborable fueron principalmente mujeres, solas o en pareja, con una edad estimada superior a los 50 años. Muy pocos hombres hacían la compra solos. El sobrepeso u obesidad eran notorios en ambos géneros, aunque más llamativo en mujeres. Los fenotipos de varias personas se correspondían con los de Europa del Este, África y la etnia gitana.

Algunas personas utilizaban lista de la compra, los más jóvenes en formato electrónico (móvil). Los observados parecían llevar una idea clara de sus “productos objetivo”, realizando su compra con rapidez. La primera sección visitada fue, mayoritariamente, la de las frutas y verduras, situada en la entrada del supermercado, posteriormente, no parecían seguir un orden preestablecido a la hora de completar la compra.

No hubo interacción entre los observados ni con los trabajadores, excepto en la zona de cajas. Los departamentos más frecuentados fueron los de verduras, carnes, fiambres y embutidos, legumbres, galletas, chocolates y bollería industrial. La carne adquirida con más frecuencia fue el cerdo seguido del pollo.

Durante la observación, solo dos personas compraron en la pescadería. Por contra, la compra de refrescos azucarados y bebidas alcohólicas fue frecuente, sin apreciar diferencia entre géneros. Las secciones menos visitadas fueron frutería, pastas y precocinados. Ninguno de los observados eligió huevos ni legumbres.

El sábado también parecía ser el día destinado a la compra semanal en el barrio B. Para ello acudían solos o en pareja y utilizaban principalmente carros. Muy pocos iban con niños.

No parece que hubiera diferencias en la demanda de artículos con respecto a los días

laborables, excepto en la pescadería, que tuvo gran afluencia durante el tiempo de observación. Ninguno de los observados consultó las etiquetas nutricionales.

Discusión

Como hemos podido observar, existen claras diferencias en los perfiles de las personas que acuden a los supermercados del barrio A y B. Las observaciones y notas de campo acerca de migrantes y sus países de origen en el Barrio B, coinciden con la literatura consultada; los países con mayor representación son Rumanía, Marruecos y Senegal¹⁸. Asimismo, las desigualdades sociales (nivel socioeconómico y educativo, entre otros) existentes entre las comunidades observadas, parecen relacionarse con una mayor tendencia al sobrepeso y obesidad, lo que está respaldado por la literatura⁷.

Las desigualdades sociales parecen condicionar la adquisición de alimentos. A mayor nivel socioeconómico, observamos mayor consumo de fruta fresca, carne, pescado y lácteos, productos que conforman la base de una dieta saludable y que, comúnmente, son los que más encarecen la cesta de la compra.

Estudios previos confirman la hipótesis de que las mujeres están más condicionadas por el nivel socioeconómico al realizar sus compras, comportamientos ya observados en edades muy tempranas¹⁹. Pese a que la frecuencia de obesidad era mayor en mujeres, la compra de productos saludables fue más habitual en ellas, sobre todo en la comunidad con nivel socioeconómico elevado. Los hombres, en cambio, adquirirían con más frecuencia carne grasa y embutidos/ fiambres, aunque este hecho parece tener un gradiente descendente con la edad y el nivel socioeconómico. Esta observación no se ve reflejada de igual manera en productos precocinados, bollería industrial y panes procesados, donde

observamos mayor consumo en hombres de menor edad, independientemente del estatus social. El hecho de que los hombres hayan adquirido con más frecuencia que las mujeres bebidas alcohólicas, podría ser el reflejo de peores hábitos de vida. Por tanto, parece necesario abordar esta problemática también desde la perspectiva de género.

El nivel socioeconómico parece relacionarse con la demanda de bebidas alcohólicas, ya que fueron los hombres de nivel socioeconómico más bajo quienes las adquirieron con mayor frecuencia. De igual modo, parece influir en el tipo de carne adquirida, de manera que las carnes magras fueron más consumidas en niveles socioeconómicos más altos. El consumo de pescado fue mayor en el nivel socioeconómico más alto, sin embargo, su demanda aumentó en el barrio B durante el fin de semana llamativamente. Una hipótesis para contrastar sería la relación entre este mayor consumo con la bajada del precio en las horas próximas al cierre del establecimiento los sábados, lo que reforzaría la asociación entre consumo y precio.

Otro aspecto por destacar es que la compra del fin de semana parece ser más permisiva en productos menos saludables en el barrio A. Esta conducta podría estar asociada a la creciente utilización de comidas ultraprocesadas, que requieren menor tiempo de elaboración, en momentos de mayor ocio¹.

Resulta llamativo que en nuestras observaciones nadie adquiriese huevos pese a ser uno de los alimentos que componen la base de la alimentación. En el barrio B tampoco se adquirieron legumbres.

Son destacables las diferencias con relación a las agrupaciones familiares. En el barrio de nivel socioeconómico alto se realiza la compra como actividad familiar en día laborable y con mayor frecuencia en día

festivo. Por el contrario, en el barrio de nivel socioeconómico bajo, la compra se realiza de forma individual o en pareja en ambos casos. Esta diferencia puede venir dada por las características demográficas de cada comunidad observada, ya que la población censada en del barrio A es notablemente más joven ¹⁶. Realizar la compra con los niños, integrándose desde edad temprana en el proceso de elección y adquisición de los alimentos, es básico para aumentar su responsabilidad como consumidores ²⁰. Es importante abordar esta problemática desde el ámbito familiar, donde la transmisión de hábitos y conocimientos tienen un mayor impacto.

Parece que las desigualdades sociales juegan un papel importante tanto en la capacidad de compra como en el grado de información de los consumidores. Así, el mayor uso de la lista de la compra observada en el barrio B, podría ser un método de ayuda para controlar el gasto. Solo en el nivel socioeconómico más alto observamos a varias personas que leían y comparaban los valores nutricionales de diferentes productos, eligiendo, probablemente, el de mayor calidad nutricional y, muy posiblemente, el más caro. Esto concuerda con la bibliografía, donde observamos que el género, la ocupación, el nivel de estudios así como el mayor nivel socioeconómico son factores que influyen en la lectura del etiquetado nutricional con mayor frecuencia ²¹. Estudios consultados ⁹ apoyan la hipótesis de que los precios de los alimentos afectan al seguimiento de la dieta de calidad. En general, los patrones más saludables tienen un precio más elevado. Sin embargo, en muchos casos, el desconocimiento supone la principal barrera para realizar una compra saludable sin afectar al presupuesto ²².

No obstante, hemos de tener en cuenta que el proceso de compra depende de dos elementos claves: el mercado, que genera

oferta de productos y publicidad asociada, y los consumidores, que eligen entre los productos que se le ofrecen ²³. Esto tiene especial relevancia, pues se ha demostrado que las políticas públicas más efectivas para reducir la obesidad infantil, por ejemplo, son las dirigidas a mejorar el nivel educativo. Parece necesario implementar medidas de salud pública destinadas a promocionar la alimentación saludable entre la ciudadanía. Algunas medidas podrían ser abaratar el precio de alimentos saludables para situarlos al alcance de los más desfavorecidos, aplicar una mayor regulación de la publicidad y etiquetado de los productos alimentarios, y llevar a cabo cambios de disponibilidad ambiental, orientando a la población a la selección y consumo de productos saludables, como se propone en la Declaración de Viena ^{19,24}. En nuestra comunidad autónoma hay un creciente interés por aspectos que afectan a la promoción de la salud. Ejemplo de ello son la investigación en torno a los productos disponibles en las máquinas de vending y el apoyo gubernamental a la mejora de los menús de comedores escolares ^{25,26}. Parece oportuna y necesaria una mayor regulación a este respecto, orientando a la población a la selección y, por ende, el consumo, de productos saludables ²⁴.

Por otra parte, y tal y como Darmon y Drewnowski concluyen, la identificación de patrones alimentarios ricos en nutrientes, asequibles y atractivos debe ser una prioridad para combatir las desigualdades sociales en nutrición y salud ⁹. Y, a este respecto, Atención Primaria tiene un importante campo de actuación a través de la Educación para la Salud promoviendo una dieta sana y equilibrada, adaptada a las condiciones socioeconómicas, no sólo educando en hábitos de vida saludable, sino también en consumo responsable (lectura de etiquetas,

necesidades nutricionales, marketing, disposición en los supermercados, etc.).

Se trata de un estudio preliminar que intenta hacer una aproximación a la situación, no obstante, presenta una serie de limitaciones como el escaso tiempo de observación o la ausencia de abordaje desde otras perspectivas metodológicas (entrevistas individuales, análisis de mercado, etc). El empleo de un mayor tiempo de observación permitiría aumentar la saturación de información que se obtuvo en este estudio. Estas limitaciones no han podido ser cubiertas por dificultades logísticas en el desarrollo del estudio pero se contemplan de gran interés para continuar con esta línea de investigación.

A la vista de estos resultados se puede concluir que entre los barrios observados parecen existir diferencias en los hábitos de compra que pudieran ser explicadas por las diferencias en los determinantes sociales que atañen a cada población. Una conclusión, ésta, que parece respaldar los resultados de otros estudios en este campo.

Referencias

1. Martín VJ. Alimentación e inmigración. Un análisis de la situación en el mercado español. Distribución y consumo. 2005; Marzo-Abril,11-41.
2. Borrel C, Malsumi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24(1),101-108.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. [Internet] 2008 [Consultado el 04 de agosto de 2020] Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf?ua=1
4. Escolar A. Determinantes sociales frente a los estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? Gac Sanit. 2009; 23(5),427-432.
5. Narváez-Eraso CO, Díaz-Delgado AE, Berbesi-Fernández DY. Características socioculturales y de salud asociados a enfermedades coronarias en mujeres. Estudio caso-control. Rev Cuid. 2019; 10(3),e856.
6. Pérez-Hernández B, García-Esquinas B, Graciani A, Guallar-Castrillon P, López-García F, León-Muñoz LM, et al. Desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovascular de los adultos mayores de España: estudio ENRICA-Seniors. Rev Esp Cardiol. 2017; 70(3),145-154.
7. Ortiz-Moncada R, Álvarez-Dardet C, Miralle-Bueno JJ, Ruíz-Cantero MT, Dal Re-Saavedra MA, Villar-Villalba C. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. Med Clin. 2011; 137(15),678-684.
8. Ramos G. El acceso a la alimentación: el debate sobre los desiertos alimentarios. Investigación & Desarrollo. 2015; 23(2),391-415.
9. Darmon N, Drewnowski A. Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. Nutr Rev. 2015; 73(10),643-60.
10. Margolles M. Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias 2015. Dirección General de salud pública. 2015.
11. Salinas JL. Los barrios gijoneses de El Bibio y Viesques, los más caros para adquirir una vivienda en Asturias. La Nueva España. [Internet] 2017 [Citado 4 de agosto de 2020] p.1. Disponible en: <https://www.lne.es/economia/2017/12/21/barrrios-gijoneses-bibio-viesques-caros/2211999.html>
12. INE. Atlas de distribución de renta de los hogares (ADRH) Proyecto técnico. 2019. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
13. El comercio. La renta media por persona en Gijón. El Comercio. [Internet] 2019 [citado

- 4 de agosto de 2020] p1. Disponible en: <https://www.elcomercio.es/gijon/renta-media-persona-gijon-20190912180850-in.html>
14. J.C.G. Estas son las zonas más ricas y más desfavorecidas de Gijón. La voz de Asturias. [Internet] 2017 [citado 4 de agosto de 2020] p.1. Disponible en: <https://www.lavozdeasturias.es/noticia/gijon/2017/06/20/informe/00031497971343498508289.htm>
15. Territorio Museo “Gijón Oeste. Una memoria industrial”: la iniciativa de los barrios por salvar su historia. Montaña Central Puerta de Asturias. [Internet] 2016. [citado 4 de agosto de 2020] Disponible en: <https://cutt.ly/Hy8jBvs>
16. Ayuntamiento de Gijón. (10 de abril de 2018). Población Urbana Por Barrios, Sexo Y Grupos De Edad. [Internet] 2018. [citado 4 de agosto de 2020] Disponible en: <https://cutt.ly/ay9Zzg2>
17. Ayuntamiento de Gijón. Número de solicitudes de Renta Social por distritos. [Internet] 2020 [citado 4 de agosto de 2020] Recuperado de: <https://cutt.ly/Ry9L63Q>
18. Villar I. El Llano, Nuevo Rocés y Ceares, los barrios con más peso extranjero. El Comercio. [Internet] 2019 [citado 4 de agosto de 2020] p.1. Disponible en: <https://www.elcomercio.es/gijon/gijon-poablacion-extranjera-llano-nuevo-roces-20190930012038-ntvo.html>
19. Panetta J. Gradiente social de la obesidad en España ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber? Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales. 2016; 99, Septiembre-Diciembre,45-68.
20. Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de alimentación saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. 2014.
21. Etiquetado nutricional, una mirada desde los consumidores de alimentos. Perspetivas en nutrición humana Vol. 16, N° 2, julio-diciembre de 2014, p. 145-158
22. Aggarwal A, Monsivais P, Cook AJ, et al. Does diet cost mediate the relation between socioeconomic position and diet quality?. Eur J Clin Nutr. 2011; 65,1059–66.
23. Cáceres J, Cantarero L. Culturas alimentarias y sociedad: las prácticas de compra y la percepción de riesgo alimentario. Revista de Humanidades. 2008; 14,315-327.
24. Organización Mundial de la Salud. Vienna Declaration on Nutrition and Non communicable Diseases in the Context of Health 2020. [Internet] 2013 [citado 4 de agosto de 2020] Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020-2013>
25. Martín-Payo R, Sánchez-Díaz C, Suárez-Colunga M, García-García R, Blanco-Díaz M, Fernández-Álvarez MM. Composición nutricional de los alimentos de las vending de edificios públicos universitarios y hospitalarios de Asturias. Aten Primaria. 2019; 52(1),22-28.
26. Díez-González S, Rodríguez-Bernardo C, Alonso-Alonso O, Gutiérrez-Díez MC, Allande-Díaz R. Evaluación de la variedad y calidad en los menús escolares de Asturias. Curso 2015/2016. Rev Esp Salud Pública. 2018; 92:9 de octubre e201810074.

