

La cartografía social como estrategia de investigación y planeación participativa en la promoción y prevención en salud

Social mapping as a participatory research and planning strategy for health promotion and prevention

¹ *Miguel Chajín Flórez – Universidad Popular del Cesar*

² *José Miguel Pérez Chajín – Universidad del Atlántico*

Open Access

Key words:

Social mapping, chronic noncommunicable diseases, dialogic approach

Palabras clave:

Cartografía social, enfermedades crónicas no transmisibles, enfoque dialógico..

Abstract

This work constitutes a synthesis of a diagnostic study on chronic non-communicable diseases in the Department of Atlántico, in the municipalities of Malambo, Sabanalarga, Baranoa, Santa Lucía, Ponedera, Juan de Acosta, Palmar de Varela, Sabanagrande, Luruaco, and Galapa.

The methodological strategy used was social mapping, with a dialogical approach to comprehensive research, based on the construction of individual maps that identified various significant shifts in the relationship between health and urban space. This was complemented by an individually administered questionnaire.

Forums were held in each municipality, attended by social actors representing their communities, including health authorities, professionals, community mothers, community action leaders, homemakers, university students, and professionals, among others.

The overall objective of the study was to identify risk factors for chronic non-communicable diseases in the Department of Atlántico, using social mapping as a participatory research and planning strategy to obtain information from community representatives on the health-disease process in each municipality selected by the Departmental Health Secretariat.

The research strategies were applied within the framework of 10 workshops, and the following were proposed as risk and protective factors associated with the object of study: dietary intake, forms of recreation, type of work or occupation, religious beliefs, health care, educational level, community participation, and social relationships.

This work demonstrated that the populations included in the research are subject to significant risk factors for chronic non-communicable diseases, which call not only for changing health management strategies but also for advancing to levels of participatory planning and management.

The research team consisted of an internist, a nutritionist, and two sociologists, supported by university students and other professionals, as part of the validation process for the study's results.

From a theoretical perspective, health prevention and promotion were addressed, based on an integrated sociological approach, through dialogic rationality.

The proposal's general guidelines were previously studied in several meetings with Dr. Sixta Peñaloza of the Departmental Health Secretariat. During these meetings, the conceptual and methodological guidelines of the research were discussed, and the necessary adjustments were made.

Resumen

Este trabajo constituye una síntesis de una investigación diagnóstica sobre enfermedades crónicas no transmisibles en el Departamento del Atlántico, llevada a cabo en los municipios de Malambo, Sabanalarga, Baranoa, Santa Lucía, Ponedera, Juan de Acosta, Palmar de Varela, Sabanagrande, Luruaco y Galapa.

Se aplicó como estrategia metodológica la cartografía social, con un enfoque dialógico de investigación total, a partir de la construcción de mapas individuales que establecieron diversos desplazamientos significativos en la relación entre salud y espacio urbano, complementado con un cuestionario, también de aplicación individual.

Se realizaron foros en cada municipio, con la presencia de actores sociales representativos de sus comunidades, como autoridades de salud, profesionales, madres comunitarias, líderes de acciones comunales, amas de casa, estudiantes universitarios, profesionales, entre otros.

El objetivo general del estudio fue identificar factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en el Departamento del Atlántico a través de la utilización de cartografía social como estrategia de investigación y planeación participativa, para obtener información desde las representaciones comunitarias sobre el proceso salud-enfermedad en cada municipio seleccionado por la Secretaría Departamental de Salud.

La aplicación de las estrategias investigativas se realizó en el marco de 10 talleres y se propusieron como factores de riesgo y protección asociados al objeto de estudio: la ingesta alimenticia, las formas de recreación, el tipo de trabajo u ocupación, las creencias religiosas, el cuidado de la salud, el nivel educativo, la participación comunitaria y las relaciones sociales.

Pudo evidenciarse en este trabajo que las poblaciones que hicieron parte de la investigación están sometidas a grandes factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, que invitan no solamente a cambiar las estrategias de gestión de la salud, sino a avanzar hacia niveles de planeación y gestión participativas.

El equipo de investigación estuvo conformado por un médico internista, una nutricionista y dos sociólogos, apoyados por estudiantes universitarios y otros profesionales, dentro del proceso de validación de los resultados del estudio.

Desde la perspectiva teórica, se abordó la prevención y promoción en salud, partiendo de un enfoque sociológico integrado, a través de una racionalidad dialógica.

La propuesta en sus lineamientos generales fue previamente estudiada en varias reuniones con la doctora Sixta Peñaloza de la Secretaría Departamental de Salud. En tales reuniones, se discutieron los lineamientos conceptuales y metodológicos de la investigación y se realizaron los ajustes respectivos.

1. Introducción

Es un buen ejercicio intelectual preguntarse cómo el incremento de la esperanza de vida en Colombia, asociado con el mejoramiento de las coberturas de servicios de salud y de infraestructura urbana, que inciden en la disminución de la mortalidad infantil, contrasta con el aumento de enfermedades cardiovasculares en los últimos años. ¿Tendrá que ver esta situación con el hecho de que atender a un niño sea más efectivo que atender a un adulto, en cuanto a que los segundos requieren un nivel de autonomía personal relacionado con el manejo de dieta, ejercicio, control médico, disciplina con los medicamentos y, en general, un estilo de vida saludable?

Pudiera pensarse que el paradigma de la atención en salud permite entender las razones de la disminución de las muertes, especialmente generadas por enfermedades agudas, mientras que la debilidad del paradigma de prevención y promoción en salud, ligado a factores socioculturales y económicos, está en la base del aumento relativo de las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares. Es conveniente observar algunas cifras del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014:

En Colombia, la esperanza de vida media se ha incrementado, pasando de 70,90 años en el quinquenio 1995-2000 a 74 años en el quinquenio 2005-2010. Por su parte, según las Estadísticas Vitales ajustadas del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)⁶³⁷, las tasas de mortalidad en la niñez, infancia y materna han disminuido. Así, la mortalidad en la niñez pasó de 35,1 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en 1998 a 24,9 en 2008; la tasa de mortalidad infantil pasó de 27,45 muertes en menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos en 1998 a 20,60 en 2008; y la razón de mortalidad materna pasó de 93,9 en 1998 a 75,6 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el 2007; con un ligero incremento en el año 2000, donde alcanza el máximo valor (104,9)⁶³⁸. En el mismo sentido, cabe de destacar el descenso de la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica

Aguda (EDA)⁶³⁹, la cual pasó de 33,76 en 1998 a 11,58 por 100.000 menores de 5 años para el año 2006, lo que equivale a una reducción de la tasa del 65 % en 8 años, resultado que está muy de acuerdo con el incremento progresivo en cobertura de servicios de acueducto y alcantarillado.

En contraste con esta reducción, las muertes por enfermedades cardiovasculares han aumentado. En el año 2000 la tasa por enfermedad isquémica del corazón fue de 55,61, y en el 2008 ascendió a 64,45 muertes por cada 100 mil habitantes (Estadísticas Vitales, DANE).

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario avanzar hacia un abordaje sociológico de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes, utilizando como metodología la cartografía social.

En Colombia, es reciente la utilización de la cartografía social como herramienta de diagnóstico en el área de salud; una revisión general de literatura lleva a pensar que su uso parte de la década pasada y no se encontró un trabajo específico como estrategia de investigación y planeación participativa en enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente la diabetes y la hipertensión.

La cartografía social en salud permite un rico diálogo entre los agentes de salud y las comunidades, lo que posibilita superar la distancia entre unos y otros.

En la investigación realizada por la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, para el diagnóstico participativo de condiciones de riesgo en enfermedades crónicas no transmisibles, los actores externos cumplieron el doble rol de investigadores y agentes de cambio (promotores), en el sentido de aplicar la metodología de cartografía social como herramienta de diagnóstico, al mismo tiempo que orientar a través de charlas participativas a las comunidades sobre la diversidad de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

La cartografía social es una herramienta metodológica flexible que permite elaborar mapas para

describir una diversidad de fenómenos, desde la perspectiva de un territorio, articulando diversas técnicas de investigación participativas. Su carácter participativo es necesario para poder identificar desplazamientos individuales y colectivos del pasado y del presente de comunidades, barrios y poblaciones.

La investigación culminada en diciembre de 2011 por la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, titulada *Cartografía social para el diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles en el Departamento del Atlántico, Colombia*, se enmarcó como un estudio descriptivo desde una perspectiva sociológica de la prevención y promoción en salud en 10 municipios del Departamento del Atlántico.

Los resultados de la investigación constituyen el punto de partida o principal referente para generar un proceso de planeación participativa en prevención y promoción en salud, especialmente sobre enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes.

El enfoque sociológico integrado de Ritzer [1] permitió explorar cuatro factores sociales asociados a la salud: lo colectivo, lo individual, lo representacional (cultural y subjetivo) y lo objetivo o práctico. En el primero, se encuentran una diversidad de dimensiones, como la Administración pública, las instituciones educativas y la familia; en el segundo, aspectos como el estilo de vida de las personas, la manera de desplazarse, de recrearse y los vínculos sociales; el tercer factor implica el estudio de aspectos culturales, como el folclor alimentario, las creencias sobre salud, belleza y enfermedad, y un cuarto factor lo constituye el mundo material, con aspectos como el ingreso económico, el acceso a alimentos, los medios de transporte y las características socioterritoriales.

Pudo evidenciarse en los resultados que hay una distancia considerable entre el manejo cotidiano de la salud por parte de los participantes en los talleres de los 10 municipios seleccionados por la Secretaría de Salud del Atlántico para investigar los factores de

riesgo en enfermedades crónicas no transmisibles y la acción de las instituciones públicas y privadas de atención en salud, de la misma manera que las racionalidades cotidianas de los pobladores se asocian con prácticas nocivas para la salud.

Puede decirse entonces que es necesario avanzar en la integración de los factores sociológicos señalados arriba, a partir de la relación dialógica entre la diversidad de actores, establecer el tipo de organización de estos, construir conocimientos colectivamente y estrategias participativas de buenas prácticas, de tal manera que esta investigación debe dar lugar a la construcción de una estrategia de planeación participativa que estudie las necesidades, capacidades, acciones, oportunidades y logros de las poblaciones en materia de salud, apoyado esto de un enfoque dialógico de investigación-acción participativa, con el propósito de una mejor gestión de la prevención y promoción en salud.

2. Metodología

La cartografía social es una estrategia metodológica que permite construir colectivamente información y conocimiento [2] sobre las interacciones territoriales en diversos niveles, que pueden ser de carácter municipal o barrial. Permite establecer las relaciones de las personas y comunidades con el espacio vital, para atender diversos asuntos de carácter económico, político y sociocultural, en donde se rompe la distancia sujeto-objeto de investigación y se crea un fructífero diálogo entre el o los investigadores con la comunidad [3].

Un importante punto de justificación científica y técnica de esta metodología y por lo que se le asocia y complementa con la investigación-acción participativa es poder hacer explícito el conocimiento tácito de las comunidades, que pueden ser muy valiosos no solo para el diagnóstico de variados problemas sociales, sino para la planeación y las acciones de desarrollo social [4].

El o los investigadores son más que facilitadores u orientadores que aportan la metodología, para que

la comunidad pueda expresar libremente sus vivencias y las plasme en mapas individuales o colectivos de un territorio común; por tanto, cada uno debe dibujar o participar en la elaboración de mapas que den cuenta de las actividades relacionadas con el objeto de estudio.

Se utilizan preguntas como activadores cognitivos, por ejemplo: “¿Cómo es la relación entre salud y desplazamientos o movilidad espacial en el municipio X?”. Esta formulación del problema puede estar acompañada de subpreguntas o de la sistematización del problema, lo que permite establecer concretamente los diferentes aspectos socioespaciales relacionados con la salud, como la disponibilidad de espacios deportivos, el lugar donde se adquieren los alimentos y se realiza su ingesta, el lugar de trabajo y el tipo de desplazamiento a este, entre otros.

El punto de partida del diseño metodológico de este trabajo giró sobre la relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y las interacciones socioespaciales de los habitantes de 10 municipios del Departamento del Atlántico. En cada municipio se realizó un taller con participación de 15 a 30 invitados por las autoridades o funcionarios de salud de los municipios o por líderes sociales.

Se propuso utilizar como metodología la cartografía social, pero por las limitaciones de tiempo no se pudo aplicar plenamente la Investigación-Acción Participativa (IAP), a pesar de que los talleres fueron conducidos por lineamientos metodológicos inspirados en esta.

El tipo de investigación fue de carácter total [5], con un enfoque dialógico [6] [7], que permitió aplicar tres tipos de técnicas de recolección de datos:

En primer lugar, cada participante recibió un mapa de su municipio de tamaño tabloide; luego, con las indicaciones o asesoría de expertos de la misma comunidad, se identificaron los principales lugares o sitios urbanos, tales como barrios, carreteras de acceso a la cabecera municipal, hospitales y centros de salud, mercado, parques, escenarios deportivos,

colegios, edificios de la Administración municipal, centro o vías comerciales, entre otros.

Se pusieron a disposición de todos lápices de colores para ilustrar diferentes motivos de desplazamientos en el casco urbano, de la siguiente manera:

1. Relaciones interpersonales: lugares de familia, amigos, otros: color azul
2. Tipos de alimentos, donde los adquieren: color café
3. Lugar, tipo de vivienda y trabajo, cómo se desplaza: color amarillo
4. Valoración de la salud, sitios de atención: color rojo oscuro
5. Recreación y sus sitios: color verde
6. Creencias, lugares de culto: color dorado
7. Participación política, miembro de asociaciones, ONG, grupos: color naranja
8. Formación (nivel educativo), sitios de estudio: color azul cielo

Después de que cada uno elaboró un mapa donde señalaba sus principales desplazamientos, se les pidió que algunos, voluntariamente, describieran sus desplazamientos más frecuentes y trataran de establecer la relación entre su salud y el manejo del espacio vital.

El ejercicio anterior fue complementado con la aplicación de un cuestionario con preguntas que servirían no solamente para validar, sino también para complementar, el mapa individual. Entre otros aspectos, el cuestionario permitió obtener datos sobre la edad, sexo, barrio en el que vive el participante, estado civil, personas con las que vive, ocupación, dieta, sitio de atención en salud donde concurre, recreación, deporte, consumo de alcohol y cigarrillo, enfermedades, medicamentos, práctica religiosa, entre otros.

Posteriormente, se abrió un foro sobre la relación entre salud y espacio urbano, donde el principal propósito fue establecer los sitios relacionados con condiciones de riesgo para adquirir o agravar las

enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente la diabetes y la hipertensión. En este ejercicio, no debía hacerse referencia a lo individual o personal, sino a lo comunitario.

Como estrategias de análisis e interpretación de datos, se aplicaron las siguientes:

1. El grupo de investigación, constituido por un médico internista, una nutricionista y dos sociólogos, intercambió libremente impresiones sobre los talleres o aspectos que no estaban contemplados en la metodología, pero que, de una u otra forma, incidieron en la investigación, como la observación del peso de los participantes, recorridos por algunos lugares de la población, entrevistas no estructuradas con algunas personas, especialmente líderes comunitarios.
2. Se le pidió a un grupo de estudiantes de Sociología, Historia y Filosofía de la Universidad del Atlántico, en el marco de la asignatura de Metodología de la Investigación, que observaran los mapas e hicieran una interpretación de estos a la luz de la relación entre salud y territorio. Esto se hizo en dos sesiones de tres horas cada una y con la participación de más de 30 estudiantes. El ejercicio permitió avanzar en la validez del análisis cartográfico de la salud, teniendo en cuenta que los estudiantes no hicieron parte del grupo de investigación.
3. Uno de los investigadores se ocupó de la tabulación e interpretación de los resultados del cuestionario, sin interferencia de los otros investigadores.
4. Otro investigador se ocupó de describir e interpretar las grabaciones de los foros, que fueron en su totalidad filmados y constituyeron una especie de plenaria de cada taller.
5. Se contrató a un profesional ajeno a la investigación para que hiciera la transcripción de los mapas individuales y los condensara en uno por cada municipio.

Las convenciones de colores que utilizó el profesional externo al equipo de investigación para dibujar los desplazamientos fueron:

- ✓ Color rojo = Valoración de la salud, sitio de atención
- ✓ Color verde = Recreación y sus sitios
- ✓ Color azul = Relaciones interpersonales
- ✓ Color marrón = Tipo de alimento, dónde los adquiere
- ✓ Color morado = Formación, nivel educativo
- ✓ Color naranja oscuro = Lugar, tipo de vivienda
- ✓ Color violeta = Creencia, lugar de culto
- ✓ Color naranja claro = Participación política

Las estrategias metodológicas señaladas fueron interpretadas a partir del proceso de triangulación, propio de la investigación total [5], desde la perspectiva del sujeto-objeto de estudio, desde los investigadores y desde las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Obviamente, queda abierto un paso siguiente, que en el marco de la IAP corresponde a la devolución sistemática de la información para que las mismas comunidades sujeto-objeto de estudio la validen.

3. Resultados

Referentes conceptuales de los talleres de cartografía social:

La actividad se inició con un saludo a los participantes, puntualizando el interés de la Secretaría de Salud Departamental en conocer de la fuente primaria (ellos y ellas) las variables que los arriesgan a enfermarse y a veces morirse de las enfermedades cardiovasculares, ya que estos aspectos se constituirán en la línea de base para la orientación de políticas, planes y proyectos en el próximo decenio.

Seguidamente, se realizó la presentación de cada uno de los asistentes, para, posteriormente, explicar la metodología de cartografía social, el trabajo en grupos, la utilización de los mapas y, en general, cada uno de los detalles a considerarse dentro de la actividad.

A las personas presentes, miembros de la comunidad, algunas de ellas relacionadas con Juntas de Acciones Comunales, Madres Comunitarias del ICBF y comunidad en general, se les preguntó sobre la percepción que tienen de la salud, la enfermedad, los factores de riesgo en la salud, enfermedad transmisible y no transmisible, enfermedad crónica y enfermedades cardiovasculares.

Se les informó que la primera causa de muerte a nivel mundial, en el continente, en el país y en la región en personas mayores de 45 años de edad son los eventos cardiovasculares, los cuales están representados en la enfermedad de las arterias coronarias (angina e infarto del corazón) y en los accidentes de las arterias cerebrales, llámese isquémicas, por obstrucción de un vaso sanguíneo, o hemorrágicas, por la ruptura de uno de ellos. Estos eventos son más importantes que los ocurridos por enfermedades infecciosas, neoplásicas (cáncer), accidentes u homicidios. Por lo tanto, la OMS, en su estrategia regional para la mejoría de la salud en Latinoamérica, ha recomendado la prevención de ellas y evitar la alta incidencia que conlleva riesgos de morbilidad y mortalidad, con los nefastos efectos deletéreos que produce en las personas, su familia, la sociedad y el Estado en muchos aspectos, tales como discapacidades, disminución de la expectativa de vida y pérdida económica.

La forma en que un individuo percibe la salud y la enfermedad es un fenómeno complejo e incide en la manera de reaccionar o enfrentar la salud, en sus dimensiones emocional, racional, físico y espiritual. Así, cada persona vivirá la experiencia de salud-enfermedad de manera diferente y esto condicionará el significado que da a tales experiencias.

Luego de escuchar las conceptualizaciones de la comunidad sobre algunos aspectos de la salud, se propuso un glosario, de manera sencilla y comprensible, para tener referentes más claros de discusión al final del taller.

Algunos de los interrogantes propuestos fueron:

1. ¿Qué se entiende por riesgo?:

Según la OMS, en su informe sobre la salud en el mundo del año 2002, lo define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso o un factor que aumenta esa probabilidad. O como lo define Wikipedia, epidemiológicamente, como toda circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de una persona de contraer una enfermedad.

En virtud de este concepto, solemos pensar que, si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es muy probable que enferme. Sin embargo, en las últimas décadas, un concepto nuevo cobra relevancia en el campo de la salud y la educación: el de los factores protectores, que son los aspectos del entorno o competencia de las personas que favorecen el desarrollo integral de individuos o grupos y pueden, en muchos casos, ayudar a transitar circunstancias desfavorables. El balance de los factores de riesgo y protectores permite considerar el grado de vulnerabilidad al que está expuesto una persona.

2. ¿Qué se entiende por enfermedad crónica?:

Se entiende como un fenómeno de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica, pero, por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como tal. En epidemiología, son aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables. En general, incluyen enfermedades cardiovasculares, tales como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y enfermedad cerebrovascular, principalmente; enfermedades neoplásicas sin tratamiento curativo; enfermedades respiratorias crónicas, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma crónica; enfermedades osteoarticulares invalidantes, como artritis reumatoide y artrosis severa; enfermedades invalidantes; enfermedades metabólicas, como la diabetes; enfermedades del endotelio vascular, como la hipertensión arterial sistémica, de origen primario.

Para el año 2005, la OMS, calculó que treinta y cinco millones de personas murieron por culpa de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran mujeres menores de 70 años. La OMS también incluye dentro del concepto de enfermedad crónica a una serie de minusvalías, como la ceguera y la hipoacusia.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en: inmodificables, tales como la edad, sexo, raza y herencia, y modificables, aquellos que podemos intervenir, como el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el cual es el mayor factor de riesgo prevenible en el mundo, y el estrés; factores estos que se pueden modificar con los Cambios Terapéuticos en los Estilos de Vida (CTEV) y que podemos controlar a través de una terapia farmacológica y no farmacológica eficaz. Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipidemia son factores de riesgo primarios para la enfermedad cardiovascular.

Se conoce muy acertadamente que la obesidad y el sobrepeso son la primera causa de diabetes en el mundo y esto es causado por el estado de resistencia a la insulina que produce la célula adiposa, aumentada de tamaño. Se calcula que, para el año 2020, existirán en el mundo 350 millones de diabéticos, epidemia sin precedente que pondrá en jaque a los servicios de salud del planeta, por la alta morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura que conlleva la diabetes *mellitus* tipo II, ya que esta enfermedad conlleva un daño vascular generalizado, principalmente en el corazón, cerebro, riñones y globos oculares, los cuales son los órganos blanco por sus efectos deletéreos.

Otra enfermedad sistémica y devastadora como la diabetes es la hipertensión arterial, que en muchos casos acompaña a la primera, aumentándose exponencialmente el riesgo a padecer un evento cardio-cerebrorenalvascular en las personas que padecen ambas enfermedades. La incidencia de esta en el Caribe colombiano es incommensurable y la prevalencia oficial asciende a más del 14 %. A esta enfermedad crónica se llega por malos hábitos en los

estilos de vida, como los de tipo alimenticio, tales como dietas ricas en cloruro de sodio, ácidos grasos polisaturados, con escaso consumo de vegetales y frutas frescas. Es de agregar que Colombia es uno de los países con muy poco consumo de este tipo de alimentos, de los cuales, según recomendaciones de la OMS y refrendadas en el Estudio Nacional sobre la Salud y la Nutrición (ENSIN) de Colombia, a través de las guías alimentarias, se deben consumir, al menos, cinco porciones diarias de frutas y vegetales frescos.

La hipertensión y la diabetes son las mayores causas de insuficiencia renal crónica en el país y en el mundo, lo cual se traduce en muerte prematura, discapacidad, alta morbilidad y altísimos costos en atención primaria y especializada, cuando al individuo se le debe ofrecer diálisis para poder seguir viviendo.

3.1. Construcción de una perspectiva sociológica para la prevención y promoción de la salud

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes son abordadas regularmente desde el enfoque biomédico, lo que implica un manejo clínico de estas, centrando la atención en las patologías y en el diagnóstico y no en el sujeto enfermo ni en las condiciones culturales, económicas, políticas y ambientales de su contexto, factores que están asociados a un enfoque sociomédico. Esta investigación buscó un acercamiento al tema desde una perspectiva sociológica, para que se tenga en cuenta como forma de abordar la problemática de salud y sentar las bases para una futura integración de los enfoques biomédico y sociomédico.

La sociología de la salud no solo se constituye en un área especializada de la sociología, sino también en un fundamento del paradigma sociomédico de la salud centrado en la prevención y promoción de esta, a diferencia del paradigma biomédico o clínico, que impera en las ciencias de la salud.

Son variados los tópicos o temas de la sociología de la salud, tales como los factores sociales-estructurales que inciden en los estados de salud, los modelos sociales de atención en salud, las políticas de salud, las clases sociales y condiciones de salud, trabajo y salud, cultura y salud, entre otros.

Esta investigación sobre cartografía social de enfermedades crónicas no transmisibles tiene un marco sociológico, en la que aspectos como la construcción social del concepto de salud, el tipo de racionalidad con el que se aborda la salud, las relaciones sociales en sus diversas dimensiones, económicas, políticas y culturales, formales y no formales, la autonomía personal en el manejo de la salud y el estilo de vida, las condiciones de vida o contexto desde el cual se representa y actúa, para satisfacer las necesidades fundamentales del ser humano, son, entre otros, aspectos a tener en cuenta en un diagnóstico participativo de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles objeto de investigación.

La preocupación por la salud va más allá del tema de la enfermedad, siendo uno de los componentes fundamentales de la calidad de vida de una sociedad; esto implica abordar temas como el desarrollo social y humano, los códigos sociales y el sentido de la vida.

Investigar sobre las condiciones de riesgo en la salud, en el ámbito de la prevención y promoción, no solo implica la articulación de lo personal y lo social y de lo biológico y lo social, sino también hallar los elementos que permitan entender la atención de una forma más efectiva.

Obviamente, es necesario, desde la perspectiva sociológica, plantearse el problema de la interacción entre lo subjetivo y lo objetivo en el tema de la salud y de los componentes individuales y colectivos de esta, así que el enfoque de la investigación tuvo como punto de partida el paradigma sociológico integrado [1], en un marco dialógico.

En el plano de lo práctico, sabemos que las deficiencias de las políticas de salud, sumado a un modelo asistencialista de atención, generan una situación

crítica, que, por lo menos, sería neutralizada con un enfoque sociomédico de atención, en donde la persona y la comunidad no sean simples objetos de atención, sino sujetos que deciden y participan, y más que esto, protagonistas de los procesos de prevención y promoción.

Los sectores populares son los más vulnerables en salud y las instituciones públicas y privadas de atención en salud incurren en sobrecostos, problemas de cobertura y deficiencias en la calidad del servicio cuando se aumentan los índices de morbimortalidad de la población; además, las condiciones de salud de una población repercuten en lo laboral, educativo y familiar. Se crea un círculo vicioso o interacción de doble vía en la cual los factores sociales determinan las situaciones de salud y las condiciones de salud impactan diversos factores sociales.

Un grupo de gran vulnerabilidad y especial interés para el Estado y las instituciones prestadoras de servicios de salud lo constituyen los pacientes diabéticos e hipertensos. Como es sabido, el manejo de estas patologías requiere la articulación de diversos factores, como el conocimiento de la enfermedad, una dieta adecuada, ejercicios físicos y uso de medicamentos. El manejo de estos factores no depende del manejo clínico de la enfermedad, ni siquiera de la gestión de las entidades prestadoras de servicios de salud, sino que están relacionados con condiciones sociales y personales de las comunidades vulnerables.

Se adoptaron, como categorías de estudio, los factores microsociales, macrosociales, objetivos y subjetivos propuestos por la sociología integrada [1], como grandes niveles de análisis social. Estas categorías son también pensadas desde el enfoque de la investigación, como la interacción de lo interno-individual con lo externo-colectivo y de lo inmaterial con lo material, así que el SER (interno, individual) y el ESTAR (externo, comunitario, colectivo) se relacionan a través del PENSAR (inmaterial, representacional, racional) y el HACER (material, comportamental).

Lo microsocial es asumido como el ámbito de lo individual o personal, lo que filosóficamente pudiera llamarse el SER; lo macrosocial es pensado como el marco institucional y colectivo donde se halla el individuo, que puede denominarse ESTAR; lo subjetivo es la esfera de la vida inmaterial del individuo y la sociedad, que puede definirse como PENSAR, y lo objetivo hace referencia a la vida material, de la interacción social, que aquí se denomina HACER.

Teniendo en cuenta las familias de categorías sociales propuestas, se define el PENSAR como la forma o racionalidad de los discursos sobre la salud, la enfermedad y la calidad de vida.

El ESTAR se define como el contexto macrosociológico, especialmente político, con el cual interactúan las personas para atender su salud.

El HACER se define como la manera de afrontar la vida cotidiana y los problemas de salud.

Y el SER como los sentimientos, actitudes, deseos, decisiones de la personas frente a sus condiciones de salud.

Esta investigación tuvo en cuenta todos los aspectos de interés de ambos paradigmas de la salud y cuatro dimensiones sociales sobre la salud, alrededor de los siguientes conceptos:

- a. **La salud como bienestar.** Se define la salud como un estado de bienestar, de acuerdo a lo que los individuos, grupos o comunidades consideran como tal, y a la evaluación o diagnóstico de los especialistas.
- b. **La salud como situación social, económica y política.** Desde esta perspectiva, la salud es la capacidad de atender cualquier tipo de necesidad humana fundamental que pueda alterar el equilibrio del individuo y de la sociedad.
- c. **La salud como fenómeno cultural.** La salud es tener un estilo de vida satisfactorio, de acuerdo a los parámetros sociales cotidianos.

- d. **La salud como acción o comportamiento.** Salud es tener control de todos los factores personales y colectivos que aseguren el bienestar de las personas.

Teniendo en cuenta el marco sociológico anterior, se construyó un enfoque de cartografía social para el diagnóstico de situaciones de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que llevó a plantear ocho tipos de desplazamientos que inciden regularmente en la salud y específicamente en las enfermedades objeto de estudio.

Estos desplazamientos son: a) por razones psicoafectivas, b) para proveerse de alimentos, c) relacionado con las ocupaciones o labores, d) con la atención de la salud, e) con la recreación y el deporte, f) con las creencias religiosas, g) con la participación en organizaciones y h) con la formación, educación o capacitación.

Analizar estos desplazamientos a nivel individual y colectivo permitió entender el marco inmaterial y material desde donde se construye la salud de las poblaciones y la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión.

3.2. Observaciones de mapas individuales por un actor externo al equipo de investigación

Sabanalarga: los participantes al taller presentaron largos recorridos para sus relaciones interpersonales; tienen por costumbre comprar sus alimentos en la plaza de mercado; la actividad religiosa no está concentrada en un solo sitio y a la hora de atender su salud tienen la posibilidad de escoger.

Baranoa: es un municipio donde sus habitantes posiblemente tienen una cultura de recreación y deportes, juzgando por sus desplazamientos a escenarios como parques y canchas de los barrios; tienen frecuentes recorridos por motivos de capacitación; los desplazamientos por razones religiosas no son tan marcados.

Palmar de Varela: realizan caminatas cortas. Se recrean visitando las zonas verdes que ofrece el municipio, pero algunos prefieren los sitios cerrados, como los gimnasios, más específicamente los jóvenes. La mayoría van a la Iglesia católica, que se encuentra en el centro del municipio.

Ponedera: la mayoría de las personas no tienen por costumbre ejercitarse su cuerpo, hacen recorridos muy cortos para relacionarse con amigos y familiares. Los pocos desplazamientos que realizan son por motivos de trabajo. Para recrearse van al parque; otros practican deportes en las canchas del municipio, específicamente futbol, y combinan estas prácticas con el consumo de licor. Se destacan desplazamientos con fines recreativos a sitios donde se expende licor. Prefieren comprar sus alimentos en las tiendas de barrio; también visitan con frecuencia la iglesia principal.

Santa Lucía: se recrean en diversos lugares del municipio; no hay claridad sobre la diferencia entre recreación y deportes. Es un municipio con mucha influencia religiosa, en el cual no se ve claramente una actividad laboral definida; las personas de este municipio acostumbran a abastecerse de sus alimentos en las tiendas más cercanas a sus casas, lo cual implica tener desplazamientos cortos; también muestran visitas a parientes y amigos que viven muy cerca de sus casas.

Luruaco: los participantes al taller caminan largos trayectos. El mercado público es bastante visitado. De acuerdo a los desplazamientos, sus empleos no están fijos en un lugar, sus habitantes están muy ligados a la Carretera Cordialidad, que atraviesa al municipio.

Juan de Acosta: los participantes a los talleres regularmente no realizan recorridos largos. Los alimentos se adquieren en tiendas; la actividad recreativa es deficiente; no se tiene constancia de sus visitas a canchas deportivas y parques.

Sabanagrande: realizan largos recorridos; es posible que sean personas muy activas, aunque algunas trabajan en sus casas; además de los parques y canchas, un número importante de personas encuentra una

distracción en las visitas al puerto local; tienen una buena asistencia a lugares de culto religioso, tales como la Iglesia católica, visitada en gran manera.

Malambo: muchas personas tienen sus casas como lugar de trabajo; cuentan con sitios de recreación muy dispersos; no acostumbran caminar grandes trayectos, pero algunas personas practican deportes. Algunas mujeres van a un gimnasio.

Galapa: su recreación es principalmente la plaza principal de la población y las canchas donde practican algún tipo de deporte, especialmente futbol. Su lugar de trabajo no está definido; muchos, en su mayoría mujeres, trabajan desde la casa. Realizan desplazamientos muy cortos; se abastecen de alimentos en la tiendas del barrio, por lo general la más cercana; también asisten con regularidad a la iglesia.

3.3. Validación de resultados de los mapas con estudiantes de la Universidad del Atlántico (clase de Metodología de la Investigación)

Se dijo que en el Municipio de Juan de Acosta, a pesar de la existencia de sitios para hacer deportes, la gente poco acude a estos. Se supuso que son muy creyentes o asisten mucho a la iglesia. Se compran regularmente los alimentos en las tiendas cercanas a sus casas. Al parecer, comer hace parte de la recreación del municipio, o se le da mucha importancia.

Respecto a Ponedera, se dijo que muchos desplazamientos están orientados hacia Barranquilla. Se dijo, además, que los escenarios deportivos son poco frecuentados. En Palmar de Varela, se observaron muchos desplazamientos hacia parientes y amigos; se dijo además que parte de la integración familiar y comunitaria se produce alrededor del alcohol y comidas rápidas. Se afirmó que la experiencia religiosa se comparte en diversos sitios de la cabecera municipal.

De Sabanalarga se dijo que los sitios deportivos y de recreación están rodeados de ventas de comidas rápidas y bebidas alcohólicas. La plaza de mercado y las tiendas son por igual sitios donde se adquieren

los alimentos. De Luruaco se dijo que, a pesar de estar bañado por una ciénaga, los desplazamientos humanos no concurren a esta, lo que da a entender que la pesca y el turismo no pesan tanto en la economía, al menos entre quienes participaron en el taller. También observaron el predominio de trabajos urbanos sobre los rurales. Se dijo sobre Galapa que muchos de los desplazamientos están orientados hacia Barranquilla, relación que parece pesar más que hacia los sitios recreativos y de deportes con los que cuenta la población. También se observó que muchas personas trabajan cerca de sus casas, en distancias menores a 500 metros.

4. Discusión de resultados a través de foros

Los foros fueron grabados y una síntesis de estos se editó en un video documental en YouTube con el nombre de *Cartografía social en salud en el Departamento del Atlántico*. Se enumeran a continuación los principales aspectos de discusión:

Hay variadas situaciones de riesgos para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles objeto de estudio; algunas de estas son:

1. Falta de conocimiento sobre los riesgos en salud, especialmente sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Falsas creencias sobre la alimentación y nutrición para menores y adultos.
3. Disponibilidad económica de los alimentos.
4. Predominio del paradigma de la atención sobre la prevención y promoción en salud, por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud.
5. Pereza y/o facilismo frente a la preparación de alimentos, que se incrementa con la sociedad de consumo.
6. Vacíos de reglamentación o aplicación de normas sobre el uso del espacio público, como parques y escenarios deportivos, y sobre manipulación y venta de alimentos, como comidas rápidas y fritos.

7. Déficit de escenarios deportivos y de recreación.
8. Cultura volcada hacia la lúdica y el hedonismo y no hacia el conocimiento, la cultura física y las artes.
9. Condiciones ecológicas y de infraestructura urbana, como manejo de los cuerpos de agua y estado de las calles.
10. Transición de un modo de vida rural a uno urbano.
11. Cercanía o intensidad de la relación poblacional entre los municipios y Barranquilla.
12. Tipos y lugar de trabajo.
13. Cercanía a ventas de comidas, bebidas y sitios de recreación y deporte.
14. Representaciones sociales sobre la belleza y la salud.
15. Aspectos psicológicos, como autoestima, ansiedad, falta de autonomía o dominio propio, indisciplina, debilidad en el proyecto de vida personal, entre otros.
16. Decadencia del sector primario.
17. Falta de planes, programas y proyectos de seguridad alimentaria.
18. Debilidad organizativa de la sociedad civil frente a la salud.
19. Carencias de estrategias participativas en la gestión pública de la salud.
20. Costumbres alimenticias del Caribe colombiano; tradiciones bromatológicas, cargadas de harinas y grasas de animales.
21. Falta de diferenciación entre recreación y deporte.
22. Simbiosis entre alcohol y fútbol.
23. Poca valoración social de la familia en la dimensión de recreación y deporte.
24. Falta de conocimiento sobre el manejo adecuado de trabajos sedentarios.
25. Bajo impacto social de las campañas de preventión y promoción de la salud.
26. Poco compromiso de funcionarios de salud a nivel municipal.

27. Puntos de sal y azúcar elevados, considerados normales culturalmente.
28. Desvinculación entre las creencias religiosas y el cuidado de la salud.
29. Emergencia de nuevos medios de transporte populares, como las bici-taxis y el moto-taxismo.
30. Baja valoración y preocupación de los hombres con los temas de salud; la salud es atendida más por las mujeres.

5. Triangulación

Desde la perspectiva del investigador principal, se observan distancias o polarizaciones de los factores asociados a la salud-enfermedad que determinan situaciones de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Una tiene que ver con las representaciones sociales de la salud-enfermedad respecto a la perspectiva médica e institucional de abordarla. En tal sentido, la salud es más concebida como ausencia de dolor o incapacidad para realizar trabajos o tareas y no como el resultado de un estilo y calidad de vida adecuados, en donde que se articulan factores personales, colectivos, sociales, económicos, políticos y culturales. La educación cuenta, especialmente el conocimiento sobre la salud, pero también hay una disonancia cognitiva entre lo que se piensa o sabe sobre la salud y lo que se hace para conservarla o mejorarla.

La acción individual o social está distante de la intervención estatal y la acción de las entidades prestadoras de servicios de salud. Las comunidades regularmente no se organizan en torno al tema de salud y esto limita las condiciones de salud de estas poblaciones.

La conveniencia de construir enfoques en la que se articule lo biológico y lo social en el manejo de la salud y la enfermedad, partiendo de los resultados de la investigación, se fortaleció en el proceso de triangulación de la experiencia de los investigadores; además, la relación entre los resultados de la aplicación de las técnicas de recolección de datos fue congruente y

complementaria, lo que es un paso hacia la validación previa del estudio que deberá devolverse a las comunidades para afirmar su validez de contexto.

6. Conclusiones y recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación de carácter descriptiva, en las cuales se aplicó un cuestionario de encuesta, se realizaron talleres por municipios y se dibujaron los desplazamientos individuales más frecuentes de los participantes a los talleres, puede concluirse que la relación entre salud y espacio o territorio va más allá de los desplazamientos o la movilidad de los habitantes en sus municipios.

Para entender la pluralidad de factores asociados a las situaciones de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, se propuso un enfoque teórico de carácter dialógico, en el cual se integraron cuatro elementos asociados a la salud.

Uno es la dimensión colectiva e institucional de la salud. Pudo verse claramente que la familia, las instituciones educativas, la Administración municipal, las instituciones prestadoras de los servicios de salud, las organizaciones de la sociedad civil, las empresas, entre otros, son componentes que inciden fuertemente en la situación de salud de la población.

Pero también lo que el individuo siente, piensa, dice y hace es fundamental para su estado de salud. Los alimentos que prefiere, la forma de recrearse, las maneras de desplazarse por el municipio, su concepto de belleza y de salud, el esfuerzo o no por tener un estilo de vida determinado, hace que la salud dependa también del individuo, a pesar de las presiones sociales o circunstancias económicas, políticas, culturales y ambientales en las que vive.

Un tercer elemento es de carácter representacional, cultural, intangible, cognoscitivo. Los hábitos y costumbres alimenticias, el folclor alimentario, las creencias sobre salud, belleza y enfermedad, el machismo, el concepto de recreación, las subculturas rurales y urbanas, hacen parte de las condiciones de salud de la población.

Pero también la base económica de la población, los sectores o subsectores económicos, la distribución del ingreso, el acceso a alimentos, la infraestructura urbana, el medio ambiente, las divisiones sociales del trabajo, los medios de transporte, la relación con otros espacios y territorios, afectan considerablemente la salud.

Estos cuatro elementos no actúan separadamente unos de otros, sino que se integran o interactúan, por lo que pensar el tema de las enfermedades crónicas no transmisibles sugiere un enfoque integrado entre actores, formas de organizarlos, construcción colectiva de conocimientos y de buenas prácticas. A manera de ejemplo, pudiera pensarse que las madres comunitarias pueden ser agentes o actores para la generación e implementación de programas de prevención y promoción en salud (PyP).

Gran parte de la problemática de la PyP en salud es la falta de continuidad en los procesos y proyectos con las comunidades; la desarticulación entre la acción del Estado (por ejemplo, las Secretarías de Salud), las empresas, especialmente las de servicios de salud, y la sociedad civil; la ausencia de organizaciones comunitarias que trabajen en este campo; la poca información científica sobre las patologías objeto de estudio y las diferentes formas de abordarlas. Teniendo en cuenta estos cuatro núcleos problemáticos, es necesario avanzar en la construcción de una estrategia más efectiva de PyP.

Se recomienda construir un proceso de más largo alcance, inspirado en la IAP, con el propósito de generar cambios en la calidad de vida de estas comunidades. Los pasos serían: 1) completar el diagnóstico de cartografía social en salud en todo el Departamento del Atlántico, 2) utilizar el diagnóstico como insumo para formular planes participativos orientados a la prevención y promoción (PyP) frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, 3) desarrollar un diplomado sobre PyP para capacitar actores sociales y 4) crear una red de actores sociales para gestionar procesos de PyP.

Referencias

- [1] Ritzer, J. *Teoría sociológica contemporánea*. México: McGraw-Hill; 1996.
- [2] García, C. *La cartografía social como recurso metodológico en los procesos de construcción territorial*. Bogotá: Corporación para la Educación, el Desarrollo y la Investigación Popular, Instituto Nacional Sindical; 2007.
- [3] Fernández, M., Ávila, A. & Taylor, H. *SIG-P y experiencias de cartografía social en la ciudad de Bogotá (Colombia)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
- [4] Calderón, M. *Metodología cartografía social* [Internet]. Bogotá: Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, Naciones Unidas Colombia, Universidad Santo Tomás; 2008.
- [5] Cerdá, G. *Investigación total: la unidad metodológica en la investigación científica*. Bogotá: Mesa Redonda, Magisterio; 2001.
- [6] Chajín, M. “Reflexiones sobre el paradigma dialógico”. *Rev. Ensayos Disciplinares*. 2002; Universidad Autónoma del Caribe, Barranquilla.
- [7] Chajín, M. *Cartografía social en salud en el Departamento del Atlántico*. 2012.
- [8] Departamento Nacional de Planeación (DNP). Anexos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Bogotá: DNP; 2010.

Miguel Chajín Flórez

Sociólogo, docente ocasional de la Universidad Popular del Cesar. mchajin@hotmail.com

José Miguel Pérez Chajín

Médico. jomip60@hotmail.com