

Usos del cuerpo y mitigación de la vulnerabilidad social en salud

Jürgen Griesbeck*
Rubiela Arboleda Gómez**
Alejandro Arenas***

39

Este subproyecto aborda la dimensión salud desde la integración de las categorías biopatologías, psicopatologías y sociopatologías en su relación con las expresiones motrices. En relación se revelan las motivaciones y las significaciones que los actores sociales les otorgan a las actividades deportivas, las cuales desbordan las tradicionalmente asociadas a esta praxis y comprometen la restauración del tejido social, cuyo deterioro se interpreta como vulnerabilidad social en salud. Acompaña a este texto la tabla de medición de dicha vulnerabilidad, Vusaga, creada por los autores.

Para la construcción y comprensión del concepto cultura somática se han establecido algunas dimensiones como marco de referencia para la investigación. El subproyecto Usos del cuerpo y mitigación de la vulnerabilidad social en salud, realizado en el contexto de la maestría Problemas sociales contemporáneos: emergencias y desastres, se propuso un acercamiento integral a la dimensión salud en su relación con las expresiones motrices, relación en la cual se explora el supuesto planteado en el proyecto marco de que las

actividades deportivas, que se denominan aquí expresiones motrices, posibilitan la restitución del tejido social, cuyo deterioro se interpreta como vulnerabilidad social en salud. Se realizaron entonces entrevistas con las organizaciones o grupos cuyo objetivo son las expresiones motrices para conocer las motivaciones que los convocan y los beneficios que obtienen por medio de éstas. Este trabajo se complementó con información adicional contenida en el diario de campo, entrevistas con expertos (líderes comunitarios e instituciones), observaciones y la producción audiovisual Ojalá uno viviera toda la vida. Como fuentes secundarias se utilizaron, para teorizar el concepto vulnerabilidad social en salud, prensa y anuarios estadísticos, entre los cuales se destacan el del Departamento administrativo nacional de estadística (Dañe), el de la empresa social del estado, Metrosalud. y el del Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales, Sisben.

El desarrollo teórico en materia de emergencias y desastres ha incluido el concepto vulnerabilidad como categoría que permite diseñar modelos de intervención ante los factores de riesgo internos de una comunidad a partir de la mitigación y de la prevención. Este concepto permite comprender el desastre como un proceso sobre el cual es posible incidir y cuya ocurrencia puede disminuirse. A partir del reconocimiento

* Diplomado en ciencias del deporte, magíster problemas sociales contemporáneos.

** Licenciada en educación física, antropóloga, magíster problemas sociales contemporáneos. Actualmente se desempeña como docente investigadora en el Instituto de educación física de la Universidad de Antioquia.

*** Psicólogo, magíster problemas sociales contemporáneos.

de la dimensión profiláctica del concepto de vulnerabilidad, en este estudio se busca, a nivel teórico, aproximarse conceptualmente a la vulnerabilidad social y específicamente a la vulnerabilidad social en salud y, a nivel operativo, promover las expresiones motrices como dispositivo social que posibilita mitigar dicha vulnerabilidad. Esta tesis se sustenta a partir de la descripción del perfil de vulnerabilidad social en salud y del perfil de las expresiones motrices en los barrios Santo Domingo Savio 1 y La avanzada que, por estar situados en un sector de alto riesgo social, requieren que se comprenda la salud como un continuo cuerpo-sociedad.

La relación sociedad-cuerpo-salud-estilo de vida estructura el marco de referencia que permite sustentar al cuerpo en movimiento como posesión sustantiva del sujeto y de su comunidad, que constituye un potencial de mitigación y que a su vez potencia la capacidad para generar programas de protección. Los usos del cuerpo en las expresiones motrices cumplen una función directa e inmediata: elevar la capacidad de respuesta y de autodeterminación en materia de vulnerabilidad social en salud. Esta secuencia cuerpo en movimiento-capacidad de protección-mitigación de la vulnerabilidad social se aborda en lo conceptual, en el trabajo de campo y en las fuentes secundarias, rastreadas con el fin de lograr un contexto para las condiciones de salud que permitiera situar los barrios de interés en la zona y en Medellín.

La construcción conceptual se realizó desde una perspectiva interdisciplinaria, apoyada en

la composición académica del equipo de investigación que brindó lineamientos teóricos y la posibilidad de realizar un trabajo de campo que cubría la evaluación de diferentes aspectos con la intervención de diferentes disciplinas, y permitió establecer así un perfil de los usos del cuerpo, dimensión salud, de la población estudiada.

Vulnerabilidad social en salud

*Los muertos fuimos cinco.
(Esmar Agudelo)¹*

El concepto vulnerabilidad social en este proyecto reúne tres aspectos: la vivienda, la salud y el nivel educativo. Los indicadores sexo y estrato socioeconómico son, en principio, predeterminados², pero pueden significar importantes vulnerabilidades en lo social con respecto al tipo de amenaza. Para efectos del análisis nos detendremos en la categoría salud.

Por la estrecha relación entre las condiciones de vida y el estado de salud/enfermedad, y entre salud y potencial mitigador de las expresiones motrices, se resalta en este trabajo la *vulnerabilidad social en salud* como aquel factor interno de riesgo, del individuo y de la comunidad, que tiene al cuerpo como lugar de síntesis.

¹Juan José Hoyos. *Sentir que es un soplo la vida*. Universidad de Antioquia. Medellín, 1994. p 145

²La relación cuantitativa de hombres y mujeres normalmente está dada y varía poco. En el caso de Medellín la relación en promedio es de 52 % (mujeres) y 48 % (hombres). La estratificación en un principio tampoco es mitigable, puesto que es una decisión administrativa de Planeación municipal.

El concepto que nos ocupa connota tres esferas: biológica, psicológica y social, las cuales se determinan mutuamente, aunque aquí se aborden por separado con el fin de facilitar la aproximación teórica y el manejo práctico del concepto. Por la naturaleza de los respectivos indicadores, la tradición positivista de la medicina y su histórico monopolio en el tratamiento de la salud y la enfermedad, la salud biológica ha sido la más cuantificada. medida y, supuestamente, prevenida y tratada, mientras que la vulnerabilidad social en salud psicológica y social no ha sido discutida en proporción a su incidencia sobre la capacidad de respuesta de una población determinada a una amenaza específica. Este trabajo parte del supuesto de que la desigualdad socioeconómica determina también la vulnerabilidad social y que, por tener al cuerpo como receptor, la vulnerabilidad social en salud refleja fielmente esta situación.

Se entiende por salud el estado de completo bienestar físico, psíquico y social³, y el potencial para alcanzar dicho estado. La salud no es, pues, solamente el estado de ausencia de enfermedad física individual: es además un estado de equilibrio, subjetual y comunal, con el entorno. En consecuencia, la propuesta de mitigación de la vulnerabilidad social en salud tiende tanto a mejorar el estado de salud como a crear las condiciones que les permitan al sujeto y a la comunidad disponer de las

herramientas para desarrollar por sí mismos su máximo potencial de salud y de respuesta a la enfermedad.

La estrecha relación entre la génesis de enfermedades y las condiciones y estilos de vida puede modificarse a partir de una comprensión e intervención en los usos del cuerpo. El cuerpo se instala aquí como vector de las categorías vulnerabilidad social en salud y mitigación, y posibilita una alternativa puntual que no sólo retoma las necesidades en torno a la salud, sino que interpreta y aprovechad impacto y el significado que han alcanzado las expresiones motrices en el medio. Se pretende alcanzar así una suerte de capacidad vital para exponerse permanentemente a la incertidumbre de la vida y para participar activamente en la construcción del propio porvenir. El potencial que ha de desarrollarse, en lo referente a salud/ enfermedad es la capacidad de respuesta que permite no simplemente tolerar las diferentes eventualidades, sino comprenderlas y actuar de acuerdo con las posibilidades individuales \ colectivas: esto es, mitigar la vulnerabilidad social en salud. Para el logro de este propósito las expresiones motrices representan un dispositivo importante de intervención.

El intento de medir el estado de salud de una población como algo tangible y estadísticamente calculable es complejo. Sin embargo, existen indicadores, aun con límites, internacionalmente

³Este concepto es retomado de la Organización mundial de la salud (Oms), que si bien se aproxima a nuestra visión de la salud, es insuficiente en la medida en que excluye a la colectividad como unidad. Esta organización define la salud como un estado, y nosotros incluimos en él la potencialidad.

aceptados, que permiten aproximarse a la definición del estado de salud de determinada población: la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materno-infantil y los perfiles epidemiológicos que reúnen múltiples causas en tres grupos grandes de morbilidad y mortalidad: las enfermedades infecto-contagiosas, las enfermedades crónico-degenerativas y las alteraciones causadas por actos violentos.

Tradicionalmente se habla de las enfermedades infecto-contagiosas como un indicador de subdesarrollo, mientras que altas tasas de morbimortalidad causadas por enfermedades cardiovasculares y cáncer han sido atribuidas a sociedades con un alto nivel de desarrollo, donde el grado superior de organización social, el progreso tecnológico y los avances de la medicina moderna facultan la satisfacción de las necesidades básicas y el desenvolvimiento de estilos de vida que las mismas sociedades han venido instaurando: falta de movimiento, alimentación suficiente pero mala, exposición a situaciones de estrés, contaminación, consumo de drogas, entre otros, que conducen a dicho perfil. Este cuadro epidemiológico se suponía específico de capas sociales altas y de clase media; sin embargo, estudios recientes han demostrado que también en estratos socioeconómicos bajos las enfermedades crónico-degenerativas, llamadas enfermedades de la civilización, van en aumento como una de las primeras causas de mortalidad. La violencia es

una característica particular de algunos contextos socioculturales, que en el marco de este trabajo, tratándose de barrios populares de la zona nororiental de Medellín tiene que ser incluida en el panorama de salud pública.

En términos de los indicadores macro del estado de salud/enfermedad se puede observar incuestionablemente un desarrollo global positivo también en Colombia: ha aumentado la esperanza de vida al nacer, se han reducido los porcentajes de mortalidad materna e infantil y algunas de las enfermedades infecto-contagiosas se han erradicado. Pero los problemas, a pesar de los notables avances, persisten en enorme magnitud y con una desigualdad social cada vez más notoria.

Los países en vías de desarrollo muestran tasas de mortalidad en la niñez diez veces mayores que los países con economías consolidadas; casi la mitad de esas muertes evitables son consecuencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, fruto de la mala nutrición. Las tasas de mortalidad materna tienen como promedio la misma tendencia: un número treinta veces mayor, y las personas viven hasta 37 años menos, si se comparan por ejemplo Japón (79 años) y Uganda/Africa (42)⁴.

En el caso de Colombia existe una gran diferencia entre las zonas rurales y las grandes ciudades, y entre los estratos socioeconómicos altos y los estratos bajos y las zonas periféricas

⁴M. Gold, P. Franks y P. Erickson. Assessing the Health of the Nation. The Predictive Validity of a Preference-based Measure and Self-related Health. En: *Medical Care*, 34(2). Lippincott Raven Publishers. 1996, p. 163-177; World Health Organization (WHO). *The State of World Health. Bridging the Gaps. Executive Summary*. Ginebr. World Health Organization. 1995. p 440-451

de las aglomeraciones urbanas, lo cual define el acceso al sector productivo y a los bienes y servicios producidos por la sociedad. En este contexto, el sector salud, con sus instituciones y mecanismos, debe ser considerado como receptor de estas desigualdades e ineficiencias. de naturaleza estructural, del conjunto de la sociedad en la cual el sistema opera. Es así como el estado de salud de una población cualquiera refleja, entre otros aspectos, el contexto cultural, los hechos políticos, el nivel de estabilidad económica, la distribución de bienes y servicios, la estructura del mercado laboral, la disponibilidad de espacios recreativos, deportivos y culturales.

En los sectores socialmente desfavorecidos el panorama de salud/enfermedad se agudiza tanto por la acumulación de diferentes causantes de patologías y muertes, como por la carencia de opciones para desarrollar un adecuado potencial de respuesta. Además de las enfermedades crónico-degenerativas se encuentran enfermedades de tipo infecto-contagioso, prácticamente erradicadas en sectores económicamente más estables, generadas por las precarias condiciones de vivienda, el bajo nivel educativo, los hábitos nocivos y el deficiente suministro del sistema de salud, entre otros, con el agravante de que son zonas frecuentemente golpeadas en lo relativo a orden público, con altas tasas de morbilidad y mortalidad causadas por actos violentos.

Las dimensiones de desigualdad social relevantes para la comprensión de los diferentes panoramas de salud/enfermedad se podrían clasificar, según Hradil⁵, de la siguiente manera:

1. Las condiciones de vida externas, independientes de la percepción, interpretación y utilización de los individuos, que facilitan o dificultan una vida sana. Entre ellas se consideran, por ejemplo, los recursos disponibles (ingresos, patrimonio, nivel educativo, reconocimiento, poder), los factores de la situación laboral, desventajosos para un buen estado de salud (estabilidad, jornadas de trabajo, ambiente emocional y físico), las condiciones de vivienda y su ambiente inmediato, el acceso desigual a la infraestructura de salud, como la comunicación y el transporte, a la infraestructura social en general (seguridad, establecimientos educativos, actividades culturales, recreativas y deportivas) y de suministro en salud en particular (médicos especialistas, hospitales, asesoría en general).
2. Las formas de vida, es decir, la manera de convivencia con el medio inmediato en lo que pueda significar una ventaja o una desventaja con respecto al estado de salud: la familia, las amistades, las relaciones íntimas.
3. La pertenencia a una microcultura (milieu) determinada, es decir, el hecho de ser miembro de un grupo social con valores y

⁵S. Hradil. Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik zukünftiger Sozialepidemiologie. F.n: Mielck. A. (ed.): Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen 1993. p. 375-392.

virtudes establecidos, que prescriben de cierta manera las interrelaciones con el ambiente y las actitudes en el medio intersubjetivo y que influyen, de forma positiva o negativa, en el estado de salud: un ambiente de drogadictos, de gamines o de ejecutivos determina las diferentes definiciones de salud, los conceptos de enfermedad, las actitudes frente al propio cuerpo, el grado de atención a los síntomas, y demás. De tal manera que el concepto salud-enfermedad es un juicio de valor establecido por cada grupo social.

4. Los estilos de vida; esto es, modos personales de asumir la cotidianidad, en principio manipulables por los mismos individuos, que afectan el estado de salud de las personas: el cigarrillo, el alcohol, la alimentación, el movimiento, los hábitos sexuales, la manera de conducir, etcétera.
5. El diseño de la biografía individual, planificado estratégicamente en correspondencia con los paradigmas de vida personal, como es el caso de la jerarquización familia-trabajo, y los axiomas subjetivos cotidianos, como ahorrar, competir, disfrutar, que pueden favorecer o desfavorecer un buen estado de salud.

Estas dimensiones de desigualdad social intervienen en la forma y la frecuencia con que se utilizan las instituciones de salud accesibles, la inversión en salud y en la manera de comprender de la enfermedad, todo lo cual se manifiesta en los hábitos preventivos, los contactos y la comunicación con el médico, las prácticas de expresión motriz, entre otras. Todas

las dimensiones contienen factores que probablemente causan enfermedad, y entre algunas de ellas existen inclusive relaciones causales no siempre determinantes, o yuxtaposiciones complicadas por efectos sinérgicos.

La salud, en las grandes urbes colombianas como Medellín, ha obtenido una gran importancia en muchos sentidos. En el marco de la sociedad moderna se ha convertido en una de las virtudes sociales que determina la posición y el reconocimiento social del individuo que la posee. Estar sano significa mantenerse joven, ser dinámico y flexible, ser exitoso y capaz de enfrentar los retos del tiempo contemporáneo. La salud, en este sentido, ha dejado de ser destino y se ha convertido en responsabilidad individual

Así pues, para mitigar la vulnerabilidad social en salud no bastaría con mejorar la relación cuantitativa de médicos por habitantes o de sofisticar los métodos de atención; habría además que convertir un sistema exclusivamente curativo en un sistema que posibilite una actitud preventiva en los individuos y en los grupos sociales, para desarrollar una capacidad adecuada de autodeterminación, propósitos en los que las expresiones motrices cumplen una función relevante y están al acceso de cualquier ciudadano por cuanto su medio es el cuerpo en movimiento.

Las expresiones motrices: entre la vulnerabilidad y la mitigación

La relación entre las expresiones motrices y la salud ha sido interpretada durante mucho tiempo

únicamente en el marco del modelo de factores de riesgos, desarrollado por la medicina social. En este modelo tradicional se utilizan los factores de riesgo, como el sobrepeso o un elevado nivel de colesterol, para la explicación de las probabilidades de que un individuo padezca de una enfermedad determinada.

Además se ha demostrado empíricamente la función preventiva del entrenamiento de resistencia a nivel aeróbico con respecto a enfermedades coronarias y circulatorias⁶ y la de un entrenamiento funcional de fuerza en alteraciones de los aparatos muscular, óseo y de los ligamentos⁷, para mencionar solamente los resultados mejor documentados. Estos estudios, empíricamente respaldados, han llevado a que las expresiones motrices sean utilizadas como un instrumento terapéutico, o como un cuasi medicamento. Muchas veces en el afán de sanación por medio de las prácticas físico-deportivas se han ignorado la percepción y el disfrute del individuo, e incluso aspectos como la frecuencia, la intensidad o los antecedentes motrices de la persona.

Paulatinamente se han venido integrando al concepto terapéutico, además de los riesgos

fisiológicos, los riesgos psicológicos y sociales, reconociendo que las expresiones motrices pueden desarrollar su potencial preventivo únicamente si son practicadas en dosis e intensidad precisas, adaptadas a las expectativas y condiciones del grupo a quienes están dirigidas, con una orientación adecuada y, principalmente si son realizadas con alegría y diversión. Las expresiones motrices contribuyen, pues, a la eliminación de ciertos factores de riesgo de biopatologías, pero también son algo más que eso.

Salutogénesis

Ahora bien. Las prácticas corporales, como se ha planteado en este trabajo, intervienen no sólo en la situación patológica dada, sino que participan de lo profiláctico y contribuyen así a la construcción de una salud integral, tanto individual como colectiva. En este sentido es pertinente acudir al término salutogénesis (salutogenese) acuñado por Antonovsky⁸, quien muestra claramente con este concepto la preocupación por explicar las enfermedades desde la génesis y el mantenimiento de la salud, tomando en consideración la subjetividad de la persona. En el modelo de Antonovsky, el factor

⁶ Hollmann, W. et al. Bewegungsmangel - kritisch betrachtet. Eine Liceraturaufarbeitung zur Bedeutung des kardiologischen Risikofaktors "Bewegungsmangel" aus epidemiologischer und experimenteller Sicht. En: Sportunterricht, Schorndorf 1987, 36 (2), p. 55-64.; Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Programmreport 1989. Bonn 1989; B. Saltin. "Cardiovascular and Pulmonary Adaptation to Physical Activity." En: Bouchard, C; Shepard, R.J.; Stephens, T.; Sutton, J.R. y McPherson, B.D. (ed.): Exercise. Fitness and Health. II. Human Kinetics Books, Champaign 1990, p. 187-203.; Paffenberger, R.S. et al: Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. En: Bouchard, C; Shepard, R.J.; Stephens, T.; Sutton, J.R. y McPherson, B.D. (ed.): Exercise, fitness and health. IL Human Kinetics Books, Champaign 1990, p. 33-48.

⁷ K. Bös, G. Wydra, y G. Karisch. Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssport in der Klinik. Erlangen: Beiträge zur Sportmedizin. Band 38. 1992.

⁸ Anton Antonovsky. Health, Stress and Coping. San Francisco 1979. Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco/London 1987.

central es el sentido de cohesión, que se interpreta como factor psicológico, y que se entiende como dimensión general de personalidad con una disposición de ánimo dominante: las personas con un sentido de cohesión perciben su medio como algo claro y estructurado y disponen de estrategias que les permiten controlar sus acciones y superar problemas.

La teoría de la salutogénesis propone comprender la vida como una superación permanente de estados de tensión, para lo cual es necesario disponer de fuentes de resistencia generales (general resistance resources), que a su vez influyen en el sentido de cohesión. En este sentido, las expresiones motrices tienen una participación significativa en la función equilibradora de los estados de tensión, ampliamente reconocida por quienes realizan prácticas motrices e importante motivación para seguir ejecutándolas.

En oposición a los factores de riesgo, se habla de factores de protección, en el caso de las fuentes de resistencia. Estos factores pueden ser de índole individual, como el conocimiento acerca de la salud, o de índole social, como los sistemas de soporte, tipo familia, círculos de amigos, vecindario u organizaciones barriales. Las expresiones motrices operan como factor de protección en cuanto favorecen la creación

de los espacios de solidaridad⁹ en los cuales se refugia el individuo. La creación de grupos, articulados por el cuerpo en movimiento, llega en ocasiones a suplir las carencias que los grupos sociales formalmente establecidos no alcanzan a satisfacer en la época actual.

Desde el punto de vista de la salutogénesis el papel de los factores de riesgo deja sitio a los factores de protección, porque "no se entiende la enfermedad como consecuencia causal de algunos déficit o comportamientos equivocados, sino [que] se analiza la salud como resultado de un equilibrio dinámico entre factores de riesgo y de protección."¹⁰

La promoción de salud, en consecuencia, no solamente implica la erradicación de los factores de riesgo, sino también la composición de los factores de protección, entre los cuales se destacan las expresiones motrices cuya responsabilidad en la generación de salud desde las propias posibilidades del individuo y su grupo permite que estos lleguen a ser tan saludables como se los permitan sus condiciones intrínsecas. Estas prácticas corporales se establecen como una herramienta clara de la búsqueda de la salud integral y de la exploración de la salud potencial que subyace a cada sujeto y su comunidad.

⁹ Es decir, aquellos espacios virtuales de encuentro, de apoyo, de amistad, de respeto y de pactos que subyacen al fin formal que convoca a un grupo. La expresión se ha tomado de Estadísticas sociales de Colombia. Dane. Bogotá. 1993. El desarrollo del concepto, como aquí se plantea, es construcción teórica de este grupo de trabajo.

¹⁰Bös, K. y Woll, A.: Gesundheit zum Mitmachen in Bad Schönborn. En: Bös, K.; Woll, A.; Bösing, L. y Huber, G. Gesundheitsförderung in der Gemeinde - Sport Bericht zum Symposium, 7. und 8. Mai 1993 in Bad Schönborn.

Las expresiones motrices: un factor de protección

La vulnerabilidad social en salud puede, entonces, mitigarse gracias a las expresiones motrices no sólo por su función curativa sino, y principalmente, por su función preventiva.

En cuanto las expresiones motrices involucran tanto al sujeto como a la colectividad, es posible inferir que no están en correlación únicamente con la categoría biológica, sino también con las manifestaciones de la cultura en la que se inscriben; de esta manera, los cambios que se producen en la primera se reflejan en la última.

Las expresiones motrices conforman un potencial regulador y un instrumento normatizador manifiesto en el juego de relaciones de grupo que se establecen mediante códigos que se respetan, se juzgan y se condenan según las reglas. De otro lado, están mediatizadas por el cuerpo, territorio que encierra lo perecedero pero que a su vez puede significar, por medio de su conservación, fortalecimiento y sanación, una alternativa de vivificación y vida.

Son muchas las razones que hacen de las expresiones motrices un patrimonio que mitiga la vulnerabilidad social en salud. Manifiestas por medio del cuerpo, el impacto que han alcanzado, tanto en participantes como en observadores, trasciende lo evidente en la medida en que abrigan dimensiones esenciales para la condición humana, penetran esferas complejas del sujeto y de la colectividad. Por medio de estas técnicas corporales se garantiza un funcionamiento biológico y psicológico adecuado, se codifica el cuerpo, se ofrecen

mecanismos para mejorar el estilo de vida, la autoestima, la condición física, la creatividad; se integra al individuo a su comunidad, se construyen referentes de identidad, se participa en la cultura y se entra en relación con otras culturas. A nivel colectivo, posibilitan conformar *espacios de solidaridad*, consolidar la normatividad, detectar y educar líderes, constituir redes de comunicación, ejercer el control social sobre los cuerpos y mejorar la propia sociedad, dado que activan las capacidades de protección.

Pero, por lo demás, son el velo para otros propósitos no tan evidentes a una mirada desatenta: el ideal estético, el sueño de eterna juventud, la recuperación de la ilusión de inmortalidad, el triunfo sobre la naturaleza. Estas expresiones motrices convertidas en valores, como la identidad, la salud, el bienestar, la juventud, la atracción, el erotismo, la belleza y *el fitness*, entre otros, son conceptos de los potenciales centrados en el cuerpo y expuestos por él. La creciente atención al cuerpo determina el estilo de vida de gran parte de la sociedad que acepta estos atributos corpóreos como virtudes sociales. Se puede observar una suerte de retorno colectivo a la corporeidad, se reconoce al ser dinámico, vital, creativo, sano y deportivo. Esta consciencia en el cuerpo, definida y matizada por el bienestar o el malestar, ha desencadenado una mirada reflexiva a las diferentes amenazas hacia la salud del individuo y del conjunto social.

En este proceso surge la necesidad de un vehículo que transporte todos los requisitos, no solamente, para contrarrestar las amenazas

(incluso la de muerte biológica, ampliada por el temor a la *muerte en vida*, a la muerte social), sino además para adquirir la gratificación y el reconocimiento social. Las expresiones motrices ofrecen oportunidades fascinantes para conservar real y simbólicamente el cuerpo puesto en peligro. Esto permite que el cuerpo, y en este caso el cuerpo en movimiento, se convierta en el mecanismo de aseguramiento de la integridad individual y social, lo cual faculta al individuo y a la comunidad para experimentar y medir su potencial vital. La inversión en el cuerpo es provecho inmediato y directo y llega a reemplazar la preocupación por una existencia en el más allá. Las expresiones motrices encierran conceptos como cuerpo-movimiento-cultura, y en consecuencia, no son reducibles a una concepción estática y parcial; no cesan de modificarse y de transformarse. En ese proceso de cambio inciden tanto las dinámicas intrínsecas como las provenientes de fuera. Brindan, por lo demás, a las unidades sociales grandes, complejas e impersonales, como las ciudades, una oportunidad de unirse.

En síntesis, las expresiones motrices materializadas en el cuerpo comprometen esferas que transitan de lo individual a lo colectivo, representan la posibilidad, inmediata y accesible a todos, de atender el funcionamiento del cuerpo como instancia biológica, psicológica y social, y a la vez regulan la inclusión del sujeto en el grupo. Esta dimensión compleja les otorga un lugar significativo en el contexto de la mitigación de la vulnerabilidad social en salud en tanto dispositivo que desencadena las

capacidades contenidas, individuales y colectivas, y en tanto factor de protección.

Expresiones motrices y mitigación de la vulnerabilidad social en salud en Medellín

La ciudad: un contexto

La sociedad y la cultura operan como un organismo vivo: reaccionan ante la amenaza de extinción. Ningún organismo permanece pasivo ante una posible eliminación; frente a una situación tal, activa el sistema inmune y agota sus reservas en la búsqueda de la permanencia. En este mismo sentido, la sociedad y la cultura ponen en función, o crean, el sistema de defensa que impedirá a la amenaza hacerse un hecho.

El cuerpo encierra significados que tocan con el orden individual y con el orden social en el cual se ubica el individuo. Se establece, así, el juego coordinado de singularidad y multiplicidad; es decir, el cuerpo, como unidad en la que se sintetiza la auto-percepción y en la que tiene asiento la consciencia del yo, está en conjugación con el cuerpo como centro de interacción con la realidad que permite la construcción del yo colectivo, de la identidad que los otros avalan, rasgo necesario de la situación social. Como construcción cultural, hace parte de las representaciones colectivas; es decir, de las estructuras intersubjetivas de consciencia: la noción de cuerpo, el ideal de cuerpo, la relación con el cuerpo, los usos del cuerpo, están regulados por la sociedad y se incorporan y proyectan en cada sujeto de la misma. No es gratuito, entonces, que las

respuestas de la comunidad sobre su concepto de cuerpo se puedan agrupar según las edades, en una definición que sintetiza la de la mayoría: para los viejos "es lo que Dios nos dio", para los adultos jóvenes "es una máquina para trabajar y moverse", para los jóvenes y adolescentes "es todo", y para las mujeres madres "es lo que nos permite dar hijos". Ante la pregunta sobre cómo les gustaría que fuera, se establecen puntos en común, según el sexo: a los jóvenes y adolescentes, "más alto, fuerte, más delgada, dura"; y a los adultos y viejos les gustaría estar más aliviados.

El significado del cuerpo en la sociedad de Medellín está cruzado por diferentes tendencias. Se observa así el hedonismo corporal en respuesta a las ofertas estéticas que venden los medios de comunicación mediante los cuales se universalizan modelos y parámetros. Esta inclinación caracteriza más a las nuevas generaciones que han desplazado los dictados de la religión y la tradición por las directrices de la época actual que hacen de un cuerpo joven y fuerte el elemento apto para el concurso social. Otra tendencia se orienta hacia la búsqueda de un cuerpo sano, en su dimensión biológica, moral y psíquica, propósito asumido masivamente y que acerca a diferentes categorías sociales. Y, de otro lado, es necesario considerar la desvalorización de la vida que se materializa en el cuerpo y, en consecuencia, lo hace blanco de la violencia.

Estos significados del cuerpo se manifiestan en la preocupación por la alimentación, la higiene, la presentación personal y por la participación

en las expresiones motrices. En Medellín, éstas escenifican una transformación de sentimientos conducidos por el cuerpo. Estas prácticas corporales han permitido la manifestación de valores intrínsecos que comprometen no sólo al individuo, sino a la colectividad. Motivaciones como lavarle la cara a la ciudad, buscar la paz, conseguir amigos, vivir bien, sanar el barrio, tener un mejor Medellín, una mejor ciudad son los que enuncian los participantes y espectadores de los grupos de danzas, fútbol, gimnasia para la tercera edad, rap, entre otros, entrevistados en el desarrollo de este trabajo.

Las expresiones motrices facilitan la constitución de microgrupos a partir de sentimientos de pertenencia. En estas pequeñas comunidades, o microculturas, se establecen acuerdos y pautas de convivencia, en ocasiones formalizadas en estatutos, preceptos o reglamentos. Estos grupos conforman *espacios de solidaridad*, lo que significa posibilidad de amistad, cooperación, respeto, compañía e intereses compartidos.

En una entrevista realizada al grupo de danzas de Santo Domingo Savio 1, sus integrantes lo expresan así, por boca de uno de ellos:

Los grupos funcionan con normas y reglas; si deo que ellos trabajen solos el trabajo se desordena (...) La gente entra y modifica la vida cotidiana, se siente amor a la vida, se aprende a querer al otro, se busca hacer realidad los sueños de una comunidad mejor, la gente crea amistad y solidaridad. Antes de

entrar al grupo son individuales, entonces la gente busca el grupo para tener amigos, tener en qué invertir el tiempo libre.¹¹

La dinámica de las expresiones motrices permite que entre los actores se den interdependencias que dan cuenta de los componentes emocionales, físicos e intelectuales de quienes integran la escena lúdica e inciden en ellos, ofrecen pautas de comportamiento comunitario, de tal forma que crean un lenguaje gestual que comunica por medio del cuerpo en movimiento, de esta manera suministran elementos de identificación individuales y colectivos. Ante la ausencia de opciones en el medio, el propio cuerpo constituye el terreno más cierto e inmediato para el reencuentro. La cohesión del grupo se consolida como una fortaleza que le permite protegerse y defenderse.

En Medellín, las expresiones motrices materializan la lucha contra la desaparición de sujetos sociales, como el siguiente testimonio corrobora: "desde que me jubilaron me quedé en la casa, me sentía muerta en vida, me enfermé y fui al centro de salud; ahí, la trabajadora social me invitó a participar en la gimnasia del grupo de la tercera edad; yo volví a nacer, sentir que me podía mover, que pertenecía a un grupo. Ahora no me cambio por nadie".¹²

Las expresiones motrices se constituyen así en la esperanza de configurar una super-identidad gratificante, no sólo del individuo sino también de la unidad social. En Medellín, los pobladores se aglutinan en torno a ideales de protección, de reconocimiento, de diferenciación y de afirmación en el espacio, por medio del *-espacio* inmediato que es el cuerpo. Se busca, de alguna manera, edificar el alter-ego exento del estigma de violencia, sicariato, narcotráfico y muerte al que se ha reducido la imagen de Medellín y de sus comunas.

En un seguimiento realizado a los denominados Eventos por Medellín, programados por el Inder y cuyo común denominador es el cuerpo en movimiento, se ha detectado el afán de adquirir otros rasgos identificatorios: "yo vengo a participar con mi carro de rodillos, porque Medellín no es sólo violencia, no es sólo droga"; "si así conseguimos otra imagen, pues bien, consigámosla"; "Medellín también es linda, también es esto, deporte, relajación y alegría, por eso vengo yo, por eso; a mi me gusta ver a la gente feliz y pensando en Medellín, sin problemas y sin vainas, no participo pero los veo; me gusta esta fiesta de colores, movimiento, sin afanes".¹³ Esta intención de vivificar se encuentra también en unidades sociales más pequeñas, como en el barrio Santo Domingo Savio 1.

¹¹ Entrevista a Mario Arenas, 26 años. Director del Grupo de Proyección Folklórica "Liberación", Santo Domingo Savio.

¹² Entrevista a Melania, de 61 años, miembro del grupo de gimnasia para la tercera edad Nueva vida del barrio Santo Domingo Savio 1.

¹³ Testimonios recogidos en los diferentes *Eventos por Medellín*, entre espectadores y participantes directos. (Notas del diario de campo. Rubiela Arboleda)

El grupo de rap se llama *Contra fuego*, contra todo lo malo, el vicio, la violencia, contra todo eso (...) Nosotros con el grupo de rap queremos decirle a la gente que no somos sólo violencia y muerte; la vida es linda y nos gusta vivirla. Desafortunadamente la gente cree que todos los de acá arriba somos viciosos, malos. Pero no, nosotros somos a lo bien.¹⁴

Con los *cultos al cuerpo* se intenta reconstruir una simetría entre el grupo social y el medio, se pretende contribuir a la instauración de nuevas formas de conducta y de mecanismos reabilitadores susceptibles de apaciguar el conflicto entre los individuos y el individuo y la sociedad. Las expresiones motrices, como se ha dicho, son reguladas por convenios colectivos, por una suerte de regímenes que permiten el control, no sólo durante la ejecución misma de la práctica, sino en la dinámica del grupo, de tal forma que mediante éstas se adquiere disciplina, ordenamiento y compromisos personales que se articulan en la estructura mayor de interdependencias sociales, se presenta así una especie de conexión expresión motriz-norma. Es posible que en Medellín las prácticas motrices sean una opción para tener ejercicios más normatizados, menos violentos, y en los que las leyes se admitan y se cumplan; es también posible que el espacio de las expresiones

motrices permita mitigar la vulnerabilidad social, dada por la pérdida de legitimidad, al restablecer pactos sociales y respetarlos.

En contraposición a las prácticas en la cuales el cuerpo parece carecer de valor, como las de violencia, se dan otras en las que el cuerpo es altamente valorado como fuente de gratificación y vehículo de buena salud física y mental, de éxito erótico y profesional, de ideal estético. Esas actividades, que emergen a manera de contra-expresiones de la violencia hacia el cuerpo, constituyen una importante dimensión de la vida social y una opción para contrarrestar aquellos elementos que colocan a la comunidad en estado de indefensión frente a diferentes acechanzas.

En consecuencia, las expresiones motrices significan esa especie de *reparación* definida por Kendall Blanchard como el regreso o el cambio: "(...) Si alguien considera que su condición actual es peligrosa, entonces deberá recurrir a las técnicas de recuperación que permiten cambiar el comportamiento o la situación presentes. (...) la reparación requiere un cambio en las acciones y las actitudes; y el juego o los juegos son uno de los vehículos de dicho cambio".¹⁵

Una ciudad con una sociopatología estigmatizante vuelve la mirada al cuerpo y efectivamente se incrementan los controles sobre el mismo, se ponen en oferta mecanismos para un

¹⁴Entrevista a David y John Alex, de 16 y 18 años, respectivamente, miembros del grupo de rap *Contra fuego* (que para ellos quiere decir contra lo que hace daño).

¹⁵Kendall Blanchard y Alyce Cheska. Op. cit. p. 146.

mejor estilo de vida, para el incremento de la autoestima, el bienestar y la juventud. El miedo y la inseguridad se visten de virtudes que puedan hacer contrapeso a las amenazas contra la vida. Las expresiones motrices cumplen así una función mitigadora de la incertidumbre y la impotencia frente a situaciones que desbordan lo imaginado; mediante el dominio del cuerpo se transforma el rostro del miedo y de la inseguridad de tal manera que las prácticas corporales cumplen con una función que ya Freud había señalado: "El juego [las expresiones motrices] es una forma de catarsis que permite alejar el miedo por medio de una mayor dominio sobre las experiencias temibles y, eventualmente, de la satisfacción del impulso básico del placer. (...) en este proceso el juego y los juegos procuran un contexto relativamente seguro para las prácticas manipulativas de los distintos elementos de la situación amenazante".¹⁶

Mi vida adquirió sentido cuando empecé a bailar rap. Yo era un cero a la izquierda, ahora soy alguien, la gente me distingue; encontré algo mejor que hacer que estar parado en una esquina con malos pensamientos. Queremos difundir el rap, que mucha gente lo baile y así se alejen del vicio, de las drogas y de la violencia, que la gente tenga algo que hacer.¹⁷

Para que una producción social tenga sentido, los individuos deben tener una autopercepción

que los aproxime al grupo; la identidad se reconstruye gracias a la participación integradora ante el deseo de rehacer esa sociedad como una institución moral: es decir, mediante la creación de sistemas de valores que predeterminen la conducta, sustentados en ideales que grafiquen la nueva vida que proponen. Allí donde se reúnen los intereses de los actores sociales, a través de los cuales los sujetos adquieren identidad, es posible reconstruir los valores cohesionadores del grupo. Los intereses y las necesidades no pueden ser impuestos administrativamente ni a voluntad; tienen su propia lógica.

Si bien los *Eventos por Medellín*, que representan una fuente de información importante en este trabajo, son propuestos por una institución oficial, la respuesta a éstos desborda la fuerza de la divulgación y la promoción, lo cual significa que apuntan a necesidades y placeres tan sentidos de la comunidad que la asistencia es masiva. Igual sucede con las convocatorias en los barrios, en los cuales una motivación esencial es el cuerpo en movimiento y el grupo.

Santo Domingo Savio 1 y La avanzada: vulnerabilidad social en los registros corporales

Con respecto a la vulnerabilidad social en salud para el caso de Santo Domingo Savio 1 y La avanzada se han establecido algunos indicadores que ofrecen un panorama de salud integral, lo cual corresponde al concepto sustentado en

¹⁶Freud, citado por Blanchard y Cheska. Op. cit., p. 146.

¹⁷Entrevista al grupo de rap *Contra fuego*, del barrio Santo Domingo Savio 1.

este estudio y permite, de otro lado, articular las expresiones motrices con la mitigación de dicha vulnerabilidad.

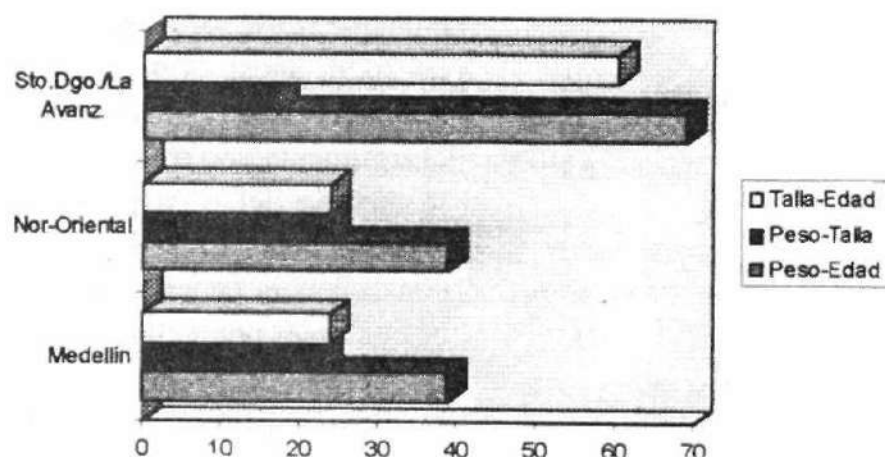
La taxonomía de estos indicadores hace referencia al sistema biológico, psicológico o social en que se manifiesta con mayor énfasis, dado que establecer la génesis de cualquier patología es complejo. Al tratar de rastrear el origen de algunas de estas manifestaciones aflora el entramado cuerpo-sociedad producto de la interdependencia y, se hace clara también en consecuencia, su incidencia recíproca. Los indicadores de biopatologías, sociopatologías y psicopatologías no sólo se cruzan en el punto de origen sino que cada uno puede a su vez proyectarse en los otros: Un mismo indicador permitiría realizar una lectura de los aspectos integrados con relación a la salud y, por ende, a la sociedad.

En el estudio de una población de 203 personas de los barrios Santo Domingo Savio 1 y La

avanzada, estratos socioeconómicos 2 y 1, respectivamente, arrojó los siguientes datos para describir el estado de salud de dicha población.

Con respecto a la variable nutrición no se encontró ningún caso de anemia nutricional según los valores de hemoglobina, los cuales se ubican en los rangos normales.¹⁸ Este resultado sorprende por cuanto los valores esperados para una población de bajos recursos son inferiores y son típicos para una población que esté viviendo a una altura de más de 3000 metros sobre el nivel del mar. Estos datos podría explicarse por la dieta, rica en plátano, que favorece la formación de hemoglobina.

Sin embargo, las medidas antropométricas en jóvenes menores de 18 años muestran una tendencia a las deficiencias nutricionales leves y medianas considerables: la relación peso-edad (población con indicador normal: 31.1%; deficiencia leve 28.9%; deficiencia mediana



Fuentes: Metrosalud/Investigación Cultura somática y perfil social

Figura 1 Índice de desnutrición en porcentaje de Medellín, la zona nororiental, y Santo Domingo Savio 1 y La avanzada.

40.0%), el peso para la talla (exceso 19.2%; normal 63.5%; deficiencia leve 13.5%; deficiencia mediana 3.8%) y la talla para la edad (normal 39.6%; deficiencia leve 27.1%; deficiencia mediana 33.3%). El porcentaje de grasa en la composición corporal indica, en el caso de nutrición, deficiencia, normalidad u obesidad, lo cual se puede traducir, en los obesos (39.6 %), en un factor de riesgo cardiovascular (Rcv). En la Figura 1 se comparan los índices de desnutrición de Medellín, la zona nororiental, y Santo Domingo Savio 1 y La avanzada.

Con respecto a los Rcv se encontró que 58.1% de la población es hipertensa, 23.0% fuma más de diez cigarrillos diarios y 19.0% consume más de 375 ce semanales de alcohol y da cuenta también de tendencias adictivas. El índice de masa corporal (Imc) indica deficiencia nutricional en un 29.8%, un estado normal en 32.5%, sobrepeso de 11.1% y clasifica como obesos al 6.1 % de la población, mientras que la relación cintura-cadera clasifica a 51.1% sin riesgo y a 48.9% con riesgo cardiovascular.

Aparece como un Rcv de alta frecuencia en la muestra la hipertensión, patología asociada a factores de estrés, a la dieta y, en síntesis, a hábitos de vida que se condensan en el cuerpo. Es así como algunos factores de Rcv pueden presentarse como normales y sin embargo estar asociados a otros indicadores que denotan severidad en el riesgo.

Los valores de colesterol muestran el siguiente cuadro: 71.4% se ubica en rangos que no indican

riesgo, 13.8% un bajo riesgo, 8.7% mediano riesgo y en 6.1 % se detectó un alto riesgo. La misma tendencia se encuentra en los resultados del colesterol de alta (Hdl), baja (Ldl) y muy baja densidad (Vldl).

La impresión de una comunidad biológicamente sana se reafirma en la lectura de otros Rcv: triglicéridos (riesgo: 1.0%; sin riesgo: 99.0%), índice arterial (25.0%; 75.0%), antecedentes familiares (15.8%; 84.2%), consumo de pastillas anticonceptivas (11.9%; 88.1%), glicemia (0.6% diabéticos; 1.0% hiperglicemia; 98.4% con valores normales).

Incluso la misma población, al preguntársele por la percepción de su estado de salud, responde en un 14.6% muy bueno, 47.0% bueno, 29.3% regular, 4.5% malo y el mismo porcentaje muy malo.

En el momento de interpretar el estado de salud de esta población hay que tomar en consideración que la muestra tenía un promedio de edad de 26.96 años; es decir, que se trata de una población relativamente joven. Esto respalda la argumentación de este trabajo, según la cual la medida del estado de salud biológica es insuficiente para hablar de la salud y, en consecuencia, de vulnerabilidad social en salud de cualquier población. Por ejemplo, el hecho de que el poco uso de pastillas anticonceptivas pueda disminuir los factores de riesgo cardiovascular, se traduce en un alto número de embarazos en adolescentes, lo que implica no solo un alto riesgo para el mismo embarazo, sino también vulnerabilidad a nivel social

(relaciones intrafamiliares conflictivas como violencia, matrimonios forzados, ausencia paterna o abandono de hijos, ingresos insuficientes, falta de espacio o hacinamiento, proceso educativo incompleto, etcétera).

88 personas de la muestra fueron evaluadas a nivel de parasitología. De ellas 77.3% resultó positiva a algún parásito, en un 35.3% se encontró como mínimo un protozoo y un helminto. De esta misma muestra, 89.7% equivalía a protozoos: apareció en 41.0% *Entamoeba Histolytica*, en 1.8% *Giardia Lamblia*, en 68.9% *Endolimax Nana* (especie patógena) y en 49.2 % *Entamoeba Coli* (especie patógena). Estas altas valencias de protozoos, patógenos y no patógenos indican que hay una gran contaminación fecal, ya sea por medio de alimentos, agua o por vía ano-mano-boca, lo que refuerza el planteamiento sobre los hábitos de higiene y las condiciones sanitarias como una factor agravante para la vulnerabilidad social en salud.

Otros datos permiten contribuir al perfil de la vulnerabilidad social en salud en la muestra: ausencia paterna del 50.0%, 39.7% de los padres clasifica la paternidad como algo sustituible o como mero compromiso económico; 71.2% siente perturbado su sueño, de ellos 16.7% por preocupaciones; 48.5% ha tenido que compartir la cama en la infancia con personas distintas a los padres. Del grupo de ochenta personas a las cuales se les hizo un seguimiento individual, 55.4% indicó tendencias a neurosis y 4.1% a sociopatías. Estos porcentajes indican que las condiciones de salud mental de la población no

son las más óptimas, dado que existen factores que, desde el punto de vista de la psicopatología, favorecen la aparición de estructuras y caracteres enfermizos.

Es pertinente resaltar que el aspecto socio-patológico, dentro del cual la violencia es un indicador importante, no pudo ser evaluado de una manera confiable en la muestra seleccionada, ni con los instrumentos diseñados para el estudio, y que igualmente existieron dificultades para registrar esta información precisa para los barrios estudiados a partir de fuentes secundarias. Sin embargo, por medio de métodos cualitativos, entrevistas, testimonios, observación, análisis de contenido de la prensa oral y escrita, se puede inferir que esta comunidad está profundamente expuesta a situaciones límite de desorden público, lo cual penetra el estado de salud en todas sus dimensiones. Ni la génesis ni la manifestación específica de las patologías es unívoca, existe una interrelación e interdependencia que hace difícil delimitar los territorios. El entorno social puede favorecer procesos biológicos, patógenos o no; por tanto, la salud no es competencia exclusiva de las denominadas instituciones de salud, sino que es un asunto que compromete a todas las instancias sociales desde diferentes ángulos de acción.

El cuerpo en movimiento: una opción de mitigación

Para hacer una propuesta de protección desde el cuerpo en movimiento es decisivo partir de las características y de la valoración que la

comunidad de interés tiene alrededor de estas prácticas. En el estudio de la población descrita se puede observar que la práctica de las expresiones motrices es habitual en la comunidad. De las 218 personas invitadas, 203 participaron en el circuito de evaluación. De ellas 74.5% (La avanzada, 73.6% y Santo Domingo Savio 1, 76.0%) ha realizado algún tipo de actividad físico-deportiva en su vida y 63.4% (62.9% y 63.8%, respectivamente) las realizan en la actualidad. Sobre si les gustaría hacerlo actualmente 86.4% (La avanzada 84.9% y Santo Domingo Savio 1, 88.5%) respondió afirmativamente.

Según el estudio, la población masculina ha participado y participa con mayor frecuencia en las actividades físico-deportivas. Con respecto a la expectativa de practicarlas, ambos sexos manifiestan un destacado nivel de interés. Esto significa que si bien los hombres se han beneficiado en mayor proporción de estos usos corporales, las mujeres tienen un potencial, la motivación, que hace factible ofrecer esta alternativa de protección.

Con respecto a la relación práctica-edad se detecta que los jóvenes son quienes manifiestan un mayor interés por las prácticas, bien sea porque las han realizado, las realizan o desean hacerlo. Sin embargo, es pertinente anotar que hoy día se ha incrementado, con relación a los jóvenes, el número de personas adultas vinculadas a las expresiones motrices y que, frente a la expectativa de practicarlas, la diferencia entre grupos etáreos no es muy significativa. El menor número de viejos

vinculados a la práctica físico-deportivas puede obedecer a prejuicios socioculturales, según lo sugerido en algunos testimonios: "no hago actividad física porque me da pena ponerme esa ropa"; "no hago deporte porque los jóvenes se burlan de nosotros, los viejos"; "a mí no me dejan salir de la casa".

Según los datos obtenidos en el estudio, no es posible establecer una relación directa entre el nivel educativo y las prácticas de la actividad físico-deportiva. Podría deducirse que el sistema educativo formal no promueve las expresiones motrices como un hábito cotidiano. Es notable la ausencia de profesionales de la educación física en el aparato educativo, como consecuencia de lo cual éstas son orientadas por personal no capacitado o, en el peor de los casos, se excluye esta asignatura del plan de estudios. Tanto lo uno como lo otro genera, de un lado, aversión a las prácticas físico-deportivas y, de otro, ignorancia en torno a sus posibles beneficios y condiciones para ejecutarlas adecuadamente.

Es de mencionar que estas prácticas motrices están circunscritas al espacio geográfico de la zona nororiental y que es poca la participación de los pobladores en las convocatorias a prácticas colectivas como los *Eventos por Medellín*. 166 (83.0%) personas encuestadas respondieron que nunca habían asistido a ninguno de ellos. Esta ausencia de las actividades programadas en la ciudad respalda la idea de marginalidad y segregación de estos barrios en relación con los demás sectores de Medellín

Las actividades que tipifican las prácticas corporales en esta muestra, y que gracias a la observación permanente pueden inferirse para los barrios de interés, son en orden de preferencia: baloncesto 54.7% (22.8% en La avanzada y 31.9% en Santo Domingo Savio 1), fútbol 54.1% (27.8%; 26.3 %), gimnasia de mantenimiento 40.0% (20.5%; 19.5 %), trote 39.2% (21.3%; 17.9%), natación 26.6% (5.2%; 21.4%), ciclismo 20.7% (6.9%; 13.8%), preparación física 13.1% (5.9%; 7.2%), voleibol 12.3% (5.7%; 6.6%), caminata 7.9% (1.4 %; 6.5%), ajedrez 5.8% (2.9%; 2.9%), aeróbicos 3.2% (0.9%; 2.3%).

La práctica de alguna expresión motriz puede, como se ha sustentado aquí, mitigar la vulnerabilidad social en salud, pero la frecuencia de dicha actividad puede así mismo significar riesgo. La respuesta a la pregunta por la frecuencia con que se practica es: todo el año 73.5% (Santo Domingo Savio 1, 74.0%; La avanzada 73.1%), por épocas 23.5% (20.0%; 26.9%). El 74.9 % de quienes practican alguna expresión motriz lo hace con una frecuencia menor a dos veces por semana, lo cual puede tener efectos contraproducentes y convertirse en otro factor de riesgo, mientras que solamente 25.1% registra una actividad igual o mayor a dos veces por semana. En esta muestra, los hombres tienden más hacia la práctica permanente de expresiones motrices (57.3%) que las mujeres (42.7%). La información anterior pone de manifiesto la necesidad de una intervención que permita una práctica, orientada y adecuada, de las expresiones motrices, y las transforme de factor de riesgo en factor de protección.

Los escenarios que esta población frecuenta para las expresiones motrices son: en el caso de la primera actividad el 53.0% (Santo Domingo Savio 1, 59.0%; La avanzada 46.3%) practica en la cancha, mientras que 42.6% (36.1%; 50.0%) practica en la calle. Con respecto a la segunda actividad mencionada por la población encuestada, la tendencia a utilizar espacio público no adecuado para las expresiones motrices es incluso más pronunciada: 36.1% (35.0%; 37.5%) frecuenta la cancha; 61.1% (62.5%; 59.4%), la calle.

Por dos razones principales no son la cancha, la pista atlética, el coliseo o la placa polideportiva, los sitios donde se desarrollan las actividades deportivas de la mayoría de la población: 1) la falta de escenarios, el mantenimiento de los mismos y el difícil acceso geográfico: la construcción de espacios lúdico-deportivos no obedece a una planeación de acuerdo con una infraestructura que satisfaga las demandas de potenciales usuarios, sino que es el resultado de construcciones espontáneas, en su mayoría durante campañas electorales. Esto se refleja en el posterior deterioro físico de los espacios, o por falta de uso, falta de presupuesto, personal capacitado o abuso de los mismos. Muchos de ellos son de difícil acceso por la distancia, la topografía de los barrios populares y la misma identidad territorial de sus pobladores, que prefieren jugar en las calles estrechas y pendientes del barrio. Otras instalaciones son de limitado acceso al público (coliseo, estadio) o se encuentran en el centro de la ciudad (piscina, gimnasios, incluso la mayoría de los *Eventos por Medellín*), lo que significa gasto de tiempo

y dinero por el desplazamiento. 2) La dificultad de acceso por conflictos sociales: las distintas fuerzas armadas demarcan claramente sus sectores de autoridad pública. La entrada a estas zonas, o el paso por ellas, no solamente es imposible para los integrantes del otro bando, sino en muchos casos para todos los habitantes del sector donde actúa el grupo enemigo. No son pocas las oportunidades en las que la cancha de fútbol se utiliza para la limpieza colectiva de armamento o para el entrenamiento de los grupos armados en conflicto. En otros casos, grupos de viciosos se toman el espacio lúdico-deportivo abandonado y éste se convierte en lugar vedado para los jóvenes sanos. En algunos casos además son de riesgoso acceso para las mujeres que se ven expuestas a amenazas de violación. Ambos factores impiden la utilización adecuada de los escenarios destinados a la actividad física en los sectores populares de la ciudad y privilegian, para las expresiones motrices, el uso del espacio público inmediato.

Diferentes motivaciones que transitan entre la salud y la competencia conducen a la práctica de actividades físico-deportivas. En la muestra, presentadas en orden decreciente, son la salud, la diversión, la competencia y la estética. Las dos primeras favorecen la mitigación de la vulnerabilidad social en salud, mientras que la competencia, tradicionalmente asociada a estas prácticas, ha perdido importancia en el campo de las motivaciones.

Respecto a las motivaciones que convocan a la práctica de las expresiones motrices, con relación al género, se puede observar que se

conserva la tendencia de la población en general para la cual la salud y la diversión representan el propósito principal, gradiente que abona el territorio para desarrollar un proyecto de mitigación centrado en el cuerpo en movimiento. Si bien la competencia ha perdido importancia en el campo de los intereses, los hombres presentan una mayor inclinación hacia ella y las mujeres, por el contrario, tienden más hacia la estética. Una y otra motivación, adecuadamente orientadas, pueden convertirse en elementos favorecedores de la salud. Cuando, por el contrario, se convierten en una meta ciega pueden significar exposición del cuerpo y con ello sacrificio del potencial mitigador y agudización de la vulnerabilidad social en salud.

La motivación salud parece estar más asociada a la educación informal, como la suministrada por los medios de comunicación, los programas que ofrecen las cajas de compensación familiar, los centros de salud, las cooperativas, y similares, que a la educación formal. Precisamente, es la población con bajo nivel educativo la que responde con más alta frecuencia a este interés, mientras que la población con el nivel educativo alto se siente motivada por el aspecto de la competencia.

La salud y la diversión conservan los primeros lugares en las motivaciones de todas las edades. Estos dos elementos pueden integrarse en el primero, puesto que la diversión conlleva la relajación, el descanso, la liberación del estrés. La salud es el mayor motivador para los adultos, que cada vez se ven más abocados a participar" en expresiones motrices en grupos, lo cual

puede poner en evidencia la asociación que existe de esta prácticas con beneficios como la prolongación de la existencia, el establecimiento de lazos afectivos, la generación de sentimientos de solidaridad e identificación con los pares; en suma, el amarre con la vida que representa el movimiento.

La competencia es un factor importante en la motivación de los menores de 35 años, en especial en los niños y los adultos jóvenes (18-35 años), mientras que la diversión, en apariencia, pierde importancia solamente en los viejos. La estética fue mencionada en este sentido solamente por menores de 35 años, y se destacó en el grupo de los niños (10-12 años). La población que incluye la competencia y a la estética en sus propósitos es la más altamente influida por los medios de comunicación, que promocionan las prácticas lúdico-deportivas desde una perspectiva de belleza y rendimiento. La incidencia de los medios de comunicación se puede observar en los siguientes datos: el medio por el cual la población se informa con respecto a las actividades físico-deportivas es: la televisión, con 46.0% (42.5%; 49.5%); la radio, 24.5% (28.3%; 20.4%), los eventos barriales 14.0% (11.3%; 17.2%), los espectáculos 9.0% (8.5%; 9.7%), la prensa 4.0% (6.6%; 1.1%), las revistas 2.0% (1.9%; 2.2%) y libros 0.5% (0.9%; 0.0%).

Este cuadro de motivaciones se proyecta también al resto de la sociedad. A la pregunta *¿por qué cree que la gente hace deporte ?* las respuestas son las siguientes: salud 46.5% (50.9% en Santo Domingo Savio 1. 41.9% en

La avanzada), diversión 23.5% (23.6%; 22.6%), estética 9.0% (7.5%; 10.8%) y competencia 6.0% (4.7%; 7.5%). Y con respecto al interés por las expresiones motrices, clasifican como: muy poco 14.1 % (13.2%; 15.1 %), poco 14.1% (11.3%; 17.4%), regular 21.1% (18.9%; 23.9%). mucho 38.7% (40.6%; 37.0%) y muchísimo 12.1% (16.0%; 7.6%).

Tanto las motivaciones como el interés por practicar las expresiones motrices constituyen a priori individuales y colectivos en favor de la acogida de las propuestas preventivas que desde el cuerpo en movimiento se han sustentado en este trabajo, y representan un potencial estimable para la reducción de la vulnerabilidad.

Bibliografía .

- Alvarez Alvarez, Guillermo et al. *Cultura urbana en Colombia*. Etcétera. Medellín, 1993
- Arbeláez Arboleda, Apolinar. *Historia del bar rio Santo Domingo Savio J 964-1978*. Secretaria de educación y cultura, Medellín, 1986
- Arboleda Toro. Cecilia. Santo Domingo Savio: El barrio que se levanta airoso entre la adversidad del terreno y la pobreza de sus gentes. En: *Concurso Historia de mi barrio*. Secretaría de educación municipal, Medellín, 1986
- Arboleda, Rubiela, Correa. Elvia, Griesbeck. Jürgen y Vélez, Beatriz. *Cultura somática y perfil social de una urbe latinoamericana*, Medellín. investigación interdisciplinaria del fenómeno deporte. Proyecto de Investigación. Medellín, 1994
- Arboleda, Rubiela; Vélez, Beatriz. Entre la violencia y la esperanza. El deporte en la ciudad de Medellín. En: *Memorias del congreso Images of Sport in the World*. Colonia/Alemania. 1995

- Aries, Philippe y Duby, Georges. Directores: Historia de la vida privada. Taurus, Madrid, 1991. Tomos I-X.
- Arturo Lucio, Julián. Estudios contemporáneos de cultura y Antropología urbana. En: Maguare, Bogotá, Vol.8, N°. 5, 1993; p. 53-72.
- Aulangier, Piera. *Cuerpo, historia e interpretación*. Barcelona: Paidós, 1991.
- Balandier, Georges. *El desorden: la teoría del caos y las ciencias sociales. Elogio de la fecundidad del movimiento*. Gedisa, Barcelona, 1994.
- Barbero, Jesús M. La ciudad entre medios y miedos. En: Gaceta, Bogotá, No.8 (Agosto-Septiembre 1990); p. 3-4.
- Barthes, Roland. De nuevo el cuerpo. En: *Diálogos*. México, Vol.21, N°. 3, 1985.
- Baudrillard, Jean. *La sociedad de consumo: sus mitos, sus estructuras*. Plaza y Janes, Barcelona, 1974.
- Bedoya Marín, Diego A. y Jaramillo Martínez, Julio. De la Barra a la Banda. Estudio analítico de la violencia juvenil en Medellín. Medellín: El propio bolsillo. 1991. En: Beriain, Josetxo. *Representaciones colectivas y proyecto de modernidad*. Gedisa, Barcelona, 1990.
- Bernard, Michel. *El cuerpo*. Paidós, Buenos Aires, 1980.
- Betancur, María Soledad. Los trabajadores informales y el derecho a la ciudad. Ponencia del Seminario Comunicación y Ciudad. Medellín 15-17 de Junio de 1995.
- Blanchard, Kendall y Cheska, Alyce. Antropología del Deporte. Bella Terra S.A., Barcelona, 1986.
- Buriticá, Fabio. Del padre y la Ley como objetos iransicionales. En: *Revista colombiana de psicología*. N°. 2. 1993. p. 15-19.
- Bustillo Naranjo, Hugo. Santo Domingo Savio o treinta años de solidaridad. En: III Concurso Escriba la historia de su barrio. Secretaría de Desarrollo Comunitario Municipal. Medellín, 1994.
- Caillois, Roger. *Los juegos y los hombres: la máscara y el vértigo*. Fondo de Cultura Económica. México. 1986.
- El mito y el hombre. Fondo de cultura económica. México, 1988.
- Camy, Jean. Sporting Uses of the City. Urban Anthropology applied to the Sports Practices in the Agglomeration of Lyon. En: *International Review for the Sociology of Sport* (Special Issue). Sport and Space. Volume 28, N°.2/3. Munich 1993, p. 175-184.
- Cardona R, María Teresa y Gal vis M., Jorge Iván. *Relación entre actitudes hacia el deporte y ajuste psíquico en adolescentes de Medellín*. Universidad de Antioquia. Facultad de Educación, 1978.
- Davis, Flora. *La comunicación no verbal*. Alianza, Madrid. 1982.
- De Vos, George. Antropología psicológica. Anagrama. Barcelona, 1982.
- Denis, Daniel. El cuerpo enseñado. Paidós, Barcelona. 1982
- Departamento administrativo de planeación metropolitana. Macroindicadores del municipio de Medellín. Alcaldía de Medellín, Medellín, 1993.
- Anuario Estadístico Metropolitano 1994. Alcaldía de Medellín. Medellín, 1995.
- Anuario estadístico metropolitano 1992. Alcaldía de Medellín, Medellín, 1993.
- Anuario estadístico metropolitano 1993. Alcaldía de Medellín. Medellín, 1994.

- Departamento administrativo nacional de estadística (Daño). Censo 1985. Presidencia de la República, Santafé de Bogotá, 1985.
- Censo 1994. Presidencia de la República, Santafé de Bogotá, 1994.
- Las estadísticas sociales de Colombia. Presidencia de la República. Santafé de Bogotá, 1993.
- Dirección seccional de salud de Antioquia. *Boletín epidemiológico de Antioquia. AñoXVn N°4*. Medellín, 1994.
- (Oficina de epidemiología). *Series cronológicas en salud*. Medellín, 1994.
- Dolto, Françoise. *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona, 1990.
- Duby, Georges y Perrot, Michelle. Directores: *Historia de las mujeres*. Taurus, Madrid, 1992. Tomo II.
- Dunning, Eric y Elias, Norbert. *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*. Fondo de cultura económica, México, 1992.
- Entrevista con Mahalú, indígena sikuani. Bogotá, octubre, 1992.
- Entrevista con William Restrepo Rianza, Director del Instituto de estudios políticos de la Universidad de Antioquia. Medellín, febrero, 1994.
- Estadística metropolitana. *Encuesta de población y vivienda*. Alcaldía de Medellín, Medellín, 1991.
- Evans-Pritchard, E. E. *Las teorías psicológicas*. Siglo XXI, Madrid, 1979.
- Feher, Michel; Nadaff, Ramona y Tazi, Nadia. Editores. *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*. Taurus, Madrid, 1990. Tomo I y II.
- García Canclini, Néstor. *Políticas culturales en América Latina*. México, 1987.
- *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México, 1990.
- Geertz, Clifford. *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona, 1990.
- Gómez S., Beatriz et al. Políticas estatales en el habitat popular, 1968-1988. El caso de Medellín. Investigaciones 15, Medellín: Universidad Nacional de Colombia - Centro de Estudios del habitat popular (cehap), 1991.
- Griesbeck, Jürgen, Vélez, Beatriz. A la búsqueda del cuerpo perdido. Aproximación a una conceptualización moderna del fenómeno deporte. En: 5 Lustrós. Universidad de Antioquia, Medellín, 1996. p. 55-70.
- Griesbeck, Jürgen. Las ciencias del deporte y la sociedad moderna. En: *Revista de educación física y deporte*. Vol. 17 (enero-diciembre 1995). Universidad de Antioquia. Medellín, 1995. p. 93-101.
- Deporte y salud pública. En: Memorias del Congreso *Images of Sport in the World*. Colonia/Alemania. 1995.
- Gutiérrez S., Nelchor. *Valores sociales y deporte: La actividad física y el deporte como transmisores de valores sociales y personales*. Gimnos, Madrid, 1995.
- Heller, Agnes y Feher, Ferenc. *Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo*. Península. Barcelona, 1995.
- Hoyos, Juan José. *Sentir que es un soplo la vida*. Medellín: Universidad de Antioquia. 1994.
- Huizingajohan. *Homoludens*. Alianza, Madrid, 1995.
- Instituto de estudios políticos Universidad de Antioquia. Investigación. Función institucional e imagen social de la policía en Medellín. Medellín, 1993. 164 p.

- Instituto de recreación y deporte (Inder). Plan de desarrollo deportivo y recreativo de Medellín. Alcaldía de Medellín, Medellín, 1992.
- Plan operativo de desarrollo. Alcaldía de Medellín, Medellín, 1995.
- Jaramillo, Ana María. Marginalidad y delincuencia en Medellín reciente entre lo imaginario y lo real. En: Memoria *Seminario Actores urbanos y proyectos de ciudad*. Medellín 1994.
- Leroi Gourhan, Andrés. El gesto y la palabra. La biblioteca, Venezuela, 1971
- López Camacho, Uldarico. *Y esta es la historia de nuestro barrio*. Medellín, 1988.
- Lorite Mena, José. La persona, su claustro socio-cultural y la mediación femenina. En: *Cuadernos de filosofía y letras*, Bogotá, Vol. 3 , N°. 2 (Abril-junio. 1980), p. 55-77.
- *El animal paradójico*. Alianza, Madrid. 1982.
- *El orden femenino. Origen de un simulacro cultural*. Anthropos, Barcelona, 1987.
- Luschen, Günther. The Specificity of Status Crystallization and its Meaning in Sport. En: *International Review of Sociology of Sport*, Vol. 26, N°. 3. München: Oldenbourg Verlag GmbH. 1991. p. 217-232.
- Mauss, Marcel. *Sociología y antropología*. Tecnos, Madrid, 1971.
- Medina, Gonzalo. Una gambeta a la muerte. Medellín: Fondo editorial cooperativo, 1994
- Medina, Gonzalo. *Una gambeta a la muerte*. Universidad de Antioquia, Medellín, 1994.
- Meló, Jorge Orlando. *Medellín: crisis y perspectivas*. Escuela Nacional Sindical, Medellín, 1994.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Fenomenología de la percepción*. Península, Barcelona, 1975.
- *El ojo y el espíritu*. Paidós, Barcelona.
- Metrosalud. Informe de mortalidad por U.P.S.S. (área de influencia) de residencia habitual y por grupos de edad. Agrupación a 183 causas de la C.I.E. 9a. Revisión. Medellín 1993.
- Diagnóstico de la situación de salud en Medellín 1984-1993. Medellín 1995a.
- Informe de gestión, segundo semestre 1992, años 1993-1994. Medellín 1994.
- Informe de tasas de incidencias de las enfermedades de notificación obligatorias durante el año 1994. U.P.S.S. Manrique. Medellín. 1995c.
- Informe de tasas de morbilidad por grupos de edad y Centros de Salud de la Zona Nor-Oriental. Medellín. 1995b.
- Metrosalud/Unidad prestadora de servicios de salud Manrique. Evaluación. Medellín 1994.
- Miranda, J. Cultura y cultura corporal. En: *Apunts*, Barcelona, N° 20S (Junio 1990). p. 83-92.
- Mojica, Rocío y Quintero, Martha Yolanda. *Niñez y violencia. El caso de Colombia*. Santaafé de Bogotá. 1993.
- Montero. Fernando. *Retorno a la fenomenología*. Anthropos, Barcelona, 1987.
- Morales, Jorge. Cuerpo humano y contexto cultural en el golfo de Morrosquillo. En: *Revista colombiana de antropología*, Bogotá, Voi. XXIX (1992); p.193-205.
- Morales, Manuel José. *Laproxemia urbana de Medellín*. Medellín, 1993.

- Morris, Desmond. *El cuerpo al desnudo*. Círculo de Lectores, Barcelona, 1985.
- Naranjo G., Gloria. Estado y proyecto de ciudad 1960-1994. *Memoria Seminario Actores urbanos y proyectos de ciudad*. Medellín 1994.
- Ospina, Wiliam. *Es tarde para el hombre*. Santafé de Bogotá, 1994.
- Paffenberger, R.S. et al. Physical Activity and Physical Fitness as Determinants of Health and Longevity. En: Bouchard, C; Shepard, R.J.; Stephens, T.; Sutton, J.R. y McPherson, B.D. (ed.). *Exercise, Fitness and Health*. IL Human Kinetics Books, Champaign 1990, p. 33-48.
- Páramo, Guillermo. *Seminario de actualización en antropología simbólica*. Medellín, julio 1993.
- Parlebas, Pierre. *Etnomotricidad. Un enfoque cultural de las prácticas motrices*. Le Mirail, Toulouse. s.f.
- Patt, Dieter. Fomento del deporte desde el punto de vista político-comunal. En: *Memorias del tercer seminario internacional de sociología del deporte*, 5-9 de septiembre de 1994, Medellín.
- Pinzón, Carlos E.; Suárez P., Rosa y Garay A., Gloria. *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*. Santafé de Bogotá, 1993.
- Revista antioqueña de desarrollo. *De mercaderes a comerciantes*. Cámara de comercio, Medellín, N°. 30 (Septiembre-Diciembre 1989); 1161 p.
- Rico Bovio, Arturo. Cuerpo y cultura: Una teoría de la corporeidad. En: *Análisis*, Bogotá.
- Rittner, Volker. Cuerpo, salud, deporte y estilo de vida como puntos de referencia del desarrollo social. Consideraciones sobre el proyecto de investigación colombo-alemán desarrollo del deporte como problemática cultural y socioestructural. Oportunidades, problemas y restricciones del desarrollo deportivo en América latina. Ejemplo a partir de la ciudad de Medellín y el Departamento de Antioquia. *Tercer congreso internacional de sociología del deporte*: Medellín, 1994a.
- Servicios de salud y potenciales de autoayuda para la población ante un cambio en el panorama de las enfermedades. En: *Memorias del Tercer seminario internacional de sociología del deporte*, 5-9 de septiembre de 1994. Medellín, 1994b.
- Rodas P., Silvio. Aspectos psicosociales del deporte. Universidad de Antioquia (Facultad de educación), Medellín, 1982.
- Rousselle, Aliñe. *Porneia: del dominio del cuerpo a la privación sensorial*. Península, Barcelona, 1989.
- Salazar, Alonso. La resurrección del desquite. En: *gaceta*, Bogotá, N°. 8 (Agosto-septiembre 1990); p. 32-35.
- Sanabria, José Rubén: Fenomenología existencial. En: *Universitas Philosophica*. Bogotá, Vol. 3, N°. 6 (Junio 1986).
- Sánchez Martín, Ricardo. El deporte ritualizado y su importancia en la formación de la identidad. En: *Apunts*, Barcelona, N°. 26 (Diciembre, 1991); p. 77-82.
- Synnott, Anthony. *The Body Social. Symbolism, Self and Society*. Routledge, London, 1993
- Thomas, Louis-Vincent. *Antropología de la muerte*. México, 1993.
- Turbay, Sandra. *El cuerpo humano como objeto de reflexión etnológica*. Universidad de Antioquia. Medellín, 1991.
- Turner, Bryan. *El cuerpo y la sociedad*. Fondo de cultura económica. México, 1993.

Turner, Víctor W. El proceso ritual. Estructura y antiestructura. Madrid: Taurus, 1988.

----- . *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Siglo XXI, Madrid, 1980.

Uribe, María Teresa. La negación del otro. En: *gaceta*, Bogotá, N° 8, (Agosto-septiembre 1990); p. 28-29.

Urrea, Fernando y Zapata, Diego. El síndrome de los nervios en el imaginario popular en un población urbana de Cali. En: *Revista colombiana de antropología*. Bogotá, Vol. XXIX (1992); p. 209-232.

Van Gennep, Arnold. *Los ritos de paso*. Taurus, Madrid, 1986.

Van Melé, Veerle y Renson, Roland. *Tradicional Games in South America*. Germany: Schorndorf, 1992

Vargas Velásquez, Alejo. Los ejes de los conflictos en el mundo urbano colombiano. Violencias y criminalidad. Memorias Seminario Actores Urbanos y proyectos de Ciudad. Medellín, 1994.

Vásquez Gómez, Benilde. *La educación física en la educación básica*. Madrid: Gymnos, 1989.

Viviescas Monsalve, Fernando. Medellín del terror a la ciudad. En: *Gaceta*, Bogotá, N° 4 (Octubre-Noviembre 1989); p. 24-25.

----- Avatares culturales de la propuesta urbana colombiana. En: *Maguare*, Bogotá, Vol. 8, N° 9 (1991); p. 73-98.

Wilches Chaux, Gustavo. Anotaciones sueltas para una filosofía de los desastres. En: Wilches Chaux, Gustavo. *Desastres, ecologismo y formación profesional*. SENA. Popayán, 1989b7p. 2-1 a 2-13.

Winkler, Eike y Schweikhardt, Josef. *El conocimiento del hombre*. Barcelona: Planeta, 1982.

Anexo. Vusaga: Lo social en cifras **El**

concepto

Después de una revisión bibliográfica y de intercambiar experiencias con expertos y con diferentes poblaciones afectadas o amenazadas por algún evento desastroso, se observó la carencia de un conocimiento adecuado acerca de la vulnerabilidad social de una población dada y de una herramienta para orientar, sistematizar y jerarquizar previamente los esfuerzos de intervención en las zonas de riesgo. La tabla de puntuación Vusaga, que aquí se presenta, materializa en cierta forma el concepto de vulnerabilidad social que se plantea en este trabajo, y es una aproximación a su cuantificación. Con respecto a la aplicabilidad de la tabla elaborada se sugiere delimitar su uso principalmente a estratos socioeconómicos bajo-bajo y bajo, 1 y 2 respectivamente, en contextos urbanos o semiurbanos.

En la tabla propuesta se definen dimensiones, categorías, variables, indicadores y rangos. De acuerdo con la situación encontrada en la población estudiada, se ubica el valor de cada uno de los indicadores, y se ordenan los indicadores según niveles de carencia de 4 (más alto nivel de carencia) a 0 (sin carencia). Los rangos que se establecen para clasificar cada uno de los indicadores con un nivel de carencia determinado ya implican un primer nivel de ponderación de los valores; es decir, que la mayor importancia, por ejemplo, del suministro de alcantarillado con respecto al de la red telefónica domiciliar se toma en consideración

al definir los respectivos rangos de carencia de una forma diferenciada. El total de puntos de cada categoría se clasifica en un segundo nivel de ponderación con un factor multiplicador para un total de 10 en cada dimensión. Con el fin de establecer un juicio final acerca de la vulnerabilidad social calculada para determinada población, se definen los siguientes rangos de calificación: de 0 a 10, ninguna vulnerabilidad social; de 10.1 a 15, baja vulnerabilidad social; de 15.1 a 20, mediana vulnerabilidad social; de 20.1 a 25, alta vulnerabilidad social; de 25.1 a 30, vulnerabilidad social crítica.

El resultado no debe depender de la cantidad de información que se tenga de una población dada, ni debe presentar mayor dificultad en su aplicación. Es así como se propone un nivel único de aplicación de la tabla. Se basa en datos obligatoriamente existentes y sistematizados en cualquier municipio para los estratos socioeconómicos 1 y 2, procedentes del Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales (Sisben), en otros no obligatoriamente sistematizados, pero indispensables para el momento de cuantificar la vulnerabilidad social en esta tabla de puntuación, y en algunos fácilmente observables y sin registro oficial. Un mayor número de datos sistematizados, disponibles en las administraciones municipales, permitirá completar la tabla de puntuación en algunos aspectos.

En consecuencia y con el fin de cuantificar la dimensión *vivienda* en la tabla de puntuación de vulnerabilidad social, se trabajará con las siguientes categorías: estructura de la vivienda,

servicios públicos, espacio interno de la vivienda, localización del sector, infraestructura de servicios, ámbitos de participación y comunicación, seguridad y confianza y contorno urbano.

La estructura de la vivienda se refiere al carácter de permanencia o transitoriedad de los materiales de sus techos, paredes y pisos. Se diferencian materiales permanentes (techo: teja, zinc, loza con cielo raso/pared o sin él: ladrillo, bloque, piedra, adobe, prefabricado, bahareque, tapia pisada/piso: cemento, baldosa, vinilo, tableta, alfombra, mármol, parquet, madera pulida) y transitorios (techo: materiales de desechos como cartón o lata, paja, palma/pared: zinc, tela, cartón, latas, guadua, caña, esterilla, sin paredes/piso: madera burda, tabla, tierra).

El tipo de vivienda será evaluado por los porcentajes de casas y apartamentos en contraste con los cuartos, carpas, refugios y viviendas móviles.

Los *servicios públicos básicos* integran la cobertura de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y la recolección de basura. La falta de abastecimiento de agua incluye fuentes como río, manantial, pozo con bomba o sin ella, carrotanque y pilas públicas. La cobertura del sistema de alcantarillado significa la disponibilidad de un sistema de eliminación de excretas que sea un inodoro conectado a la red. La no cobertura incluye la carencia total de un servicio sanitario, letrina, inodoro sin conexión al alcantarillado o conectado a un pozo. Se clasifica como servicio de recolección de basura lo que

ofrecen los servicios de aseo municipales; la carencia de servicio cubre el contenedor o basurero público y la deposición en los patios o en lotes desocupados. En el caso de la disponibilidad de un sistema de alumbrado se clasifica la cobertura de la red de energía eléctrica. La carencia incluye los siguientes sistemas de alumbrado: kerosene, petróleo, gasolina, vela.

Como *servicios públicos complementarios* se entiende el alumbrado público, el suministro de teléfonos (públicos o domiciliarios) y la estación de policía o de otra institución responsable del orden público. Como suficiencia de alumbrado público se clasifica aquello que permite, a nivel de iluminación, el desplazamiento seguro en la zona determinada. La clasificación es cualitativa y se basa en la observación del evaluador y el juicio de los habitantes. Con respecto a la estación de policía se clasifica por su presencia

y aceptación/credibilidad en la zona. En el caso de Medellín, y posiblemente de otros escenarios colombianos o latinoamericanos también, la presencia de la policía significa un riesgo para la población cercana, independiente del nivel de confianza. En muchos casos la razón para la alta vulnerabilidad de la zona a nivel social, en especial de orden público, y de peligro a que se expone pues se tornan blanco de otros grupos armados, ha sido la ubicación de una estación de policía cerca.

El *espacio* hace referencia a la suficiencia o insuficiencia de espacio en la vivienda. Se define como insuficiencia de espacio o hacinamiento un promedio de tres personas o más por cuarto en una vivienda; es decir, un promedio donde la relación cuartos-personas es menor o igual al valor de 0.33 en la tabla de clasificación de hacinamiento.

Personas cuartos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1.0	0.5	0.33	0.25	0.2	0.16	0.14	0.12	0.11	0.1	0.09	0.08
2	2.0	1.0	0.66	0.5	0.4	0.33	0.28	0.25	0.22	0.2	0.18	0.16
3	3.0	1.5	1.0	0.75	0.6	0.5	0.42	0.38	0.33	0.3	0.27	0.25
4	4.0	2.0	1.33	1.0	0.8	0.66	0.57	0.5	0.44	0.4	0.36	0.33
5	5.0	2.5	1.66	1.0	0.83	0.71	0.63	0.55	0.5	0.45	0.41	
6	6.0	3.0	2.0	1.5	1.2	1.0	0.85	0.75	0.66	0.6	0.54	0.5

Fuente: Sisben

Tabla 1: Clasificación de hacinamiento

La *localización* de la vivienda y del sector (barrio) enfatiza en la fuerte relación que tiene ésta con la productividad de la fuerza de trabajo y los desgastes psicológicos y de salud en general. Está compuesta por los siguientes condicionantes: ubicación en zona de riesgo geofísico, transporte (distancia del centro, horarios del servicio, cantidad y estado de vehículos, seguridad del transporte), cohesión social (organizaciones barriales, eventos comunitarios, presencia de invasiones), edad del sector, densidad poblacional, sistema vial y peatonal, vías de acceso, y estado de orden público (presencia de grupos armados como pandillas, milicias populares, grupos paramilitares o de delincuencia común).

La *infraestructura del servicio* da cuenta del suministro institucional, que es el "equipamiento comunal" referido a educación, salud y expresiones motrices. La oferta adecuada de instituciones educativas se medirá con los Índices de ausentismo en primaria (Iap) y secundaria (Ias), la cobertura con un servicio de salud con los factores número y calidad de unidades de salud, número de camas, número de ambulancias, recursos humanos y materiales, sistemas de referencia, planes hospitalarios de emergencia internos y externos, programas de vigilancia epidemiológica y organizaciones de voluntariado. Finalmente, el suministro de ofertas en el área de expresiones motrices es medido con el estado, el uso y la seguridad de los escenarios y el número de actividades dirigidas profesionalmente en relación con la población estudiada; mientras que el ámbito de participación y comunicación busca evaluar la

dotación del sector con espacios públicos, estado y uso, y la capacidad de autogestión de la misma comunidad. Esto se reflejaría en el grado de organización comunal.

Uno de los aspectos destacables en este concepto integral de vivienda es el de *seguridad y confianza*, que caracterizan la estabilidad emocional medida por los factores: tenencia de la vivienda, interrelacionado con el origen del sector, dado el número considerable de "viviendas propias" en zonas de invasión, jefes de hogar sin pareja, ubicación en el contexto urbano (marginalidad), posición ocupacional e índice de desempleo.

El último aspecto y menos usual en las tradicionales definiciones de vivienda es el del *contorno urbano*, que busca integrar las condiciones que caracterizan la vida en determinado sector a un contexto urbano. Esto contrarresta la visión de que en Medellín existen varias ciudades, a las que se separa como hechos sociales. Las potencialidades o limitaciones del referente mayor, la ciudad, influyen incuestionablemente en las oportunidades de desarrollo de sus microestructuras. Se incluye la situación del mercado laboral (la posición ocupacional, dando cuenta de la economía informal o subempleo, y el índice de desempleo), la densidad poblacional, los servicios públicos básicos (acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, teléfono domiciliario), el suministro en educación (Iap/Ias), el índice de necesidades básicas insatisfechas (Nbi), el panorama de morbilidad y mortalidad (posición de las enfermedades infecto-contagiosas y de los actos

violentos que causan enfermedad o muerte, en el orden de importancia), el uso, el estado y la seguridad de espacios públicos para fines recreativos y de expresiones motrices, y el número de actividades dirigidas en este campo.

La **vulnerabilidad social en salud** se medirá por la carencia de fuentes accesibles para obtener datos sistematizados referentes a los otros aspectos que integran el concepto salud con las posiciones, en orden de importancia establecido a partir de la frecuencia, de las enfermedades infecto-contagiosas y de las enfermedades y muertes causadas por actos violentos. Las enfermedades infecto-contagiosas se interpretan en este marco como un indicador de subdesarrollo, e integran los aspectos más importantes de las tasas de morbilidad materna e infantil, afecciones del sistema inmunológico por mala nutrición o desnutrición, las inadecuadas condiciones de vida en estados de pobreza o indigencia, las alteraciones psicológicas y en el comportamiento social, entre otros. Los actos violentos se entenderán como el mayor alterador de las estructuras psicológicas

individuales, de las relaciones intrafamiliares y sociales en general.

El tercer aspecto de la vulnerabilidad social, que igualmente será incluido en la tabla de puntuación, es el nivel educativo, como factor fundamental del desarrollo social en cualquier contexto urbano. Se medirá el nivel con las relaciones entre la población con cinco años o más/diez años o más de asistencia a un centro educativo formal y la tasa de analfabetismo y se diferenciarán dos niveles de población: primero la población en general, y segundo los jefes de hogar, responsables del ingreso económico y orientadores del desarrollo familiar.

Con los indicadores seleccionados para el diseño de Vusaga, donde cada uno de ellos está ponderado según el grado de importancia de la categoría que indica, se quiere facilitar la jerarquización de zonas de estrato socio-económico 1 y 2 en grados de calidad o déficit frente a diferentes tipos de amenazas. En la ponderación de los atributos se tomaron en consideración las consultas a expertos y a la misma comunidad.

Tabla 2: Plantilla de Vusaga

Dimensión	Categoría	Variable	Indicador	Rangos	Nivel de carencia*
Vivienda	estruct.	básica	pared (mat. permanente)	91 -100 %	0
				76 - 90 %	1
				51 - 75 %	2
				26 - 50 %	3
				0 - 25 %	4
			piso (mat. permanente)	91 -100 %	0
			76 - 90 %	1	

Dimensión	Categoría	Variable	Indicador	Rangos	Nivel de carencia*	
Vivienda				51 - 75 %	2	
				26 - 50 %	3	
				0 - 25 %	4	
			techo	91 -100 %	0	
			(mat. permanente)	76 - 90 %	1	
				51 - 75 %	2	
				26 - 50 %	3	
				0 - 25 %	4	
		tipo vivienda	casa - apartamento	81 -100 %	0	
				51 - 80 %	2	
				0 - 50 %	4	
			vivienda móvil	0 - 5 %	0	
				6 - 10 %	2	
				11 -100 %	4	
		Factor multiplicador: 1			Subtotal:	
SSPP	básicos	acueducto	(cobertura)	91-100 %	0	
				81- 90 %	2	
		alcantarillado		0- 80 %	4	
				91-100 %	0	
		energía eléctrica		81- 90 %	2	
				0- 80 %	4	
		recolección basuras		81-100 %	0	
				81- 90 %	2	
		complement.	alumbrado público**	seguro	0- 80 %	4
				inseguro		0
			teléfono dom.0/públ.** (hab./tel.)		0- 10	0
					11- 20	2
		estación de policía**		> 21	4	
				eficiente	0	
		ineficiente	4			
	Factor multiplicador: 1			Subtotal:		
espacio	hacinamiento	personas/cuarto		0- 10 %	0	
				11- 25 %	2	
				26-100 %	4	
	Factor multiplicador: 2			Subtotal:		

Dimensión	Categoría	Variable	Indicador	Rangos	Nivel de carencia*
Vivienda	localiz.	condiciones	z. de riesgo geofísico+	No	0
				Si	4
			transporte++	Nivel A	0
				Nivel B	1
				Nivel C	2
				Nivel D	3
				Nivel E	4
			cohesión social+++	Nivel A	0
				Nivel B	2
				Nivel C	4
			edad del sector (años)	> 10	0
				6 - 10	2
				0 - 5	4
			dens. poblacional*** (H/ha)	0 - 100	0
				101 - 200	2
				201 -	4
			sistema vial**/++++	Nivel A	0
				Nivel B	1
				Nivel C	2
				Nivel D	3
Nivel E	4				
sistema peatonal**/++++	Nivel A	0			
	Nivel B	1			
	Nivel C	2			
	Nivel D	3			
	Nivel E	4			
vías de acceso (#)	2 o más	0			
	0 - 1	4			
	estado orden público**	ausencia	0		
		presencia	4		
Factor multiplicador: 1					Subtotal:
infraestr. de servicio	equipamiento comunal	educación: Iap ¹	0-10 %	0	
			11-20 %	2	
		Ias ²	21-100 %	4	
			0- 10 %	0	
		salud ⁰⁰	11- 20 %	2	
			21-100 %	4	
			Nivel A	0	
			Nivel B	1	
			Nivel C	2	
			Nivel D	3	
	Nivel E	4			

Dimensión	Categoría	Variable	Indicador	Rangos	Nivel de carencia*
			expresión motriz	2 o más 1 0	0 2 4
			Factor multiplicador: 1		Subtotal:
Vivienda	participación/ comunicación	espacio públ.	**/+****	Nivel A Nivel B Nivel C	0 2 4
			Factor multiplicador: 1		Subtotal:
	seguridad y confianza	estabil. emoc.	tenencia de vivienda	81-100 % 51- 80 % 0- 50 %	0 2 4
			jefes hogar sin pareja	0- 10 % 11- 20 % 21-100 %	0 2 4
			marginalidad000	estrato IV-VI estrato III estrato II estrato I	0 2 3 4
			pos. ocupacional (empleo formal)	0- 10 % 11- 20 % 21-100 %	0 2 4
			índice desempleo***	0- 10 % 11-100 %	0 4
			Factor multiplicador: 2		Subtotal:
	contorno urbano	empleo	pos. ocupacional (empleo formal)	91-100 % 81- 90 % 0- 80 %	0 2 4
			índice desempleo***	0- 10 % 11-100 %	0 4
		dens. poblac. (H/ha)	0 - 100 101 - 200 201 -	0 2 4	0 2 4
		serv. públicos	acueducto	91-100 % 81- 90 % 0- 80 %	0 2 4

Dimensión	Categoría	Variable	Indicador	Rangos	Nivel de carencia*
Vivienda			alcantarillado	91-100 %	0
				81- 90 %	2
			energía eléctrica	0- 80 %	4
				81-100 %	0
Vivienda	contorno urbano (cont.)		teléfono domiciliario ⁰ (hab./tel.)	51- 80 %	2
				0- 50 %	4
				0-10	0
				11- 20	2
				> 21	4
		NBI ciudad ³		91-100 %	0
				81- 90 %	2
				0- 80 %	4
		educación	lap ¹	0- 10 %	0
				11- 20 %	2
				21-100 %	4
			las ²	0- 10 %	0
				11- 20 %	2
				21-100 %	4
		morbilidad	****1	Nivel A	0
				Nivel B	2
				Nivel C	4
			****2	Nivel A	0
				Nivel B	2
				Nivel C	4
		mortalidad	****1	Nivel A	0
				Nivel B	2
				Nivel C	4
			****2	Nivel A	0
				Nivel B	2
				Nivel C	4
		esp. público	**/+****	Nivel A	0
				Nivel B	2
				Nivel C	4
Factor multiplicador: 1					
					Subtotal:
TOTAL 1:					

Dimensión	Categoría	Variable	Indicador	Rangos	Nivel de carencia*	
Salud	nivel zonal	mortalidad***	panorama epidemiológ.	Nivel A	0	
				Nivel B	2	
				Nivel C	4	
				Factor multiplicador: 5	Subtotal:	
		mortalidad***	panorama epidemiológ.	Nivel A	0	
				Nivel B	2	
				Nivel C	4	
				Factor multiplicador: 5	Subtotal:	
				Total 2:		
Nivel educ.	población gral.:	nivel básico	5 años o más	91-100 %	0	
				81- 90 %	2	
				0- 80 %	4	
				10 años o más	91-100 %	0
					81- 90 %	2
					0- 80 %	4
				analfabetismo	91-100 %	0
					81- 90 %	2
					0- 80 %	4
					Factor multiplicador: 5	Subtotal:
	jefes de hogar:	nivel básico	5 años o más	91-100 %	0	
				81- 90 %	2	
				0- 80 %	4	
				10 años o más	91-100 %	0
					81- 90 %	2
					0- 80 %	4
				analfabetismo	91-100 %	0
					81- 90 %	2
					0- 80 %	4
					Factor multiplicador: 5	Subtotal:
			Total 3:			
Gran total (total 1 + total 2 + total 3):						

Convenciones

- * carencia crítica = 4, alta carencia = 3, mediana carencia = 2, baja carencia = 1. ninguna carencia = 0.
- ** datos no sistematizados, obtenidos por observación y consulta con la comunidad.
- *** referencia de la zona popular^.
- ****₁ enfermedades infecto-contagiosas en el 3º lugar de las causas de morbilidad o mortalidad = Nivel A. 2º = Nivel B. 1º = Nivel C.
- ****₂ actos violentos en el 3º lugar de las causas de morbilidad o mortalidad = Nivel A. 2º = Nivel B. 1º = Nivel C.
- ****₃ se toma en cuenta las posiciones en orden de importancia de los perfiles epidemiológicos de enfermedades infecto-contagiosas (Eic), enfermedades crónico-degenerativas (Ecd) y morbilidad y mortalidad causadas por actos violentos (Mav). Se suma las posiciones de las Eic y de las Mav y se define 3 como Nivel A = 0; 4 como Nivel B = 2; 5 como Nivel C = 4.
- 0 N° de habitantes de la zona popular^, N° de teléfonos en la zona popular.'
- 00 según satisfacción de 10 indicadores: número y calidad de unidades de salud, número de camas, número de ambulancias, recursos humanos, recursos materiales, sistemas de referencia, planes hospitalarios internos y externos, programas de vigilancia epidemiológica, organizaciones de voluntariado^, Satisfacción de 9-10 indicadores — Nivel A; 7-8 = Nivel B; 5-6 = Nivel C; 3-4 = Nivel D; 0-2 = Nivel E.
- 000 según estratificación municipal: estrato socioeconómico 1 = bajo-bajo; 2 = bajo; 3 = medio-bajo; 4 = medio; 5 = medio-alto; 6 = alto.
- + se clasifica zona de riesgo si es declarada por el respectivo municipio como tal.
- ++ cinco criterios satisfechos (horario de servicio, cantidad y estado de vehículos, seguridad y distancia del centro urbano) = Nivel A. 4 = Nivel B, 3 = Nivel C. 2 = Nivel D. 0 y 1 = Nivel E.
- +++ tres criterios con un grado de desarrollo adecuado (organizaciones barriales, eventos comunitarios, invasiones) = Nivel A. 2 = Nivel B. 0 y 1 = Nivel C.
- ++++ cinco criterios satisfechos (existencia, estado, dimensión, congestión, declive) = Nivel A. 4 = Nivel B. 3 = Nivel C. 2 = Nivel D, 0 y 1 = Nivel E. En el caso de inexistencia = Nivel E.
- +++++ tres criterios satisfechos (seguridad, estado, uso) = Nivel A, 2 = Nivel B. 0 ó 1 = Nivel C.
- 1 Índice de ausentismo en la básica primaria.
- 2 Índice de ausentismo en la básica secundaria.
- 3 % de población (hogares) con Necesidades básicas insatisfechas.^ En caso de no tratarse de una de las 13 principales ciudades del país, se considera la de más cercanía a la zona a la cual se aplica esta tabla de puntuación.

Para calcular el valor de vulnerabilidad en cada una de las categorías (Ve) se divide el número obtenido al sumar los niveles de carencia de cada uno de los indicadores (Total Pnc) por el número de indicadores (I) por cuatro (el valor más alto de los niveles de carencia). Este valor, entre 0 y 1, se multiplica por el factor multiplicador (Fm) estipulado para cada una de las categorías, dando así un subtotal entre un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 2 en la dimensión de vivienda, y de 5 en las dimensiones salud y nivel educativo.

$$\text{Categoría: } V_c = \frac{\text{Total Pnc}}{I \times 4} \times F_m$$

La suma de los subtotales (resultado de los Ve) da el total (Vs) de cada una de las dimensiones.

$$\text{Subtotal: } V_s = V_{c1} + V_{c2} + V_{c3} + V_{cn}$$

$$\text{Gran total: } V_g = V_{s1} + V_{s2} + V_{s3}$$

Sumando los totales de las tres dimensiones se obtiene el *Gran total* (Vg), que finalmente indica el grado de vulnerabilidad social de la respectiva población en las escalas que se observan en la tabla 3.

Tabla 3: Escalas de vulnerabilidad social (según Vusaga)

Grados de vulnerabilidad social	Escalas
Vulnerabilidad social crítica	25.1 - 30
Vulnerabilidad social alta	20.1 - 25
Vulnerabilidad social mediana	15.1 - 20
Vulnerabilidad social baja	10.1 - 15
Capacidad de respuesta adecuada	0 - 10