



EDITORIAL
UNIAUTÓNOMA

Una mirada territorial al síndrome metabólico

desde el enfoque de la determinación social de la salud

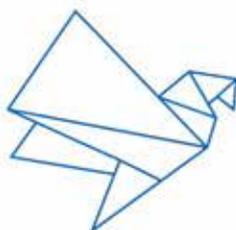


Rosa Elvira Alvarez Rosero PhD.
Edson Jair Ospina Lozano PhD.
Diana Milena Muñoz Solarte PhD.
Autores

SELLO EDITORIAL UNIAUTÓNOMA DEL CAUCA

Una mirada territorial al síndrome metabólico

desde el enfoque de la determinación social de la salud



EDITORIAL
UNIAUTÓNOMA
Desplegamos Historias

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

Una mirada territorial al síndrome metabólico desde el enfoque de la determinación social/ editores, Rosa Elvira Álvarez Rosero, Edson Jair Ospina Lozano, Diana Milena Muñoz Solarte. -- edición en español. -- Popayán: Sello Editorial Uniautónoma del Cauca, 2024.

páginas. -- (Investigaciones)

Incluye datos curriculares de los autores.

ISBN: (impreso 978-628-7691-40-7) -- (digital 978-628-7691-41-4)

1. Investigación en ciencias sociales y humanas 2. Investigación en ciencias de la salud
I. Álvarez Rosero Rosa Elvira, editor II. Ospina Lozano, Edson Jair, editor III Muñoz Solarte, Diana Milena

CDD: 342.861087 ed. 23 CO-BoBN- a1120603

© Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, 2024

© Rosa Elvira Alvarez Rosero, Edson Jair Ospina Lozano, Diana Milena Muñoz. 2024. (Editores)

ISBN Digital: 978-628-7691-41-4

ISBN Impreso: 978-628-7691-40-7

Primera edición en español

Sello Editorial Uniautónoma del Cauca [Septiembre], 2024



Diagramación: Imágenes Creativas - Nelson Guaitaco

Corrección de estilo: Sello Editorial Uniautónoma del Cauca

Diseño de carátula: Imágenes Creativas - Nelson Guaitaco

Sello Editorial Uniautónoma del Cauca

Serie: Investigaciones

Editor General de Publicaciones: Ramsés López Santamaría

Calle 5 No. 3-85

Popayán, Colombia

Teléfono: PBX: 8213000 - Fax: 8214000

<https://www.uniautonomia.edu.co/>

Info copia: 1 copia disponible en la Biblioteca Nacional de Colombia Existencias

Biblioteca Nacional de Colombia Copia Material Localización

1 libro Electrónico Biblioteca Nacional

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de información, ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado: electrónico, mecánico, fotocopia, etc., sin permiso previo de los titulares de los derechos de la propiedad



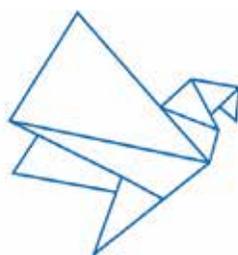
Una mirada territorial al síndrome metabólico desde el enfoque de la determinación social de la salud

Rosa Elvira Álvarez Rosero

Edson Jair Ospina Lozano

Diana Milena Muñoz Solarte

Autores



EDITORIAL
UNIAUTÓNOMA
Desplegamos Historias

POPAYÁN, 2024

Por el derecho al “buen vivir” y a la salud de las madres y padres trabajadores.

Dedicado a:

A las mujeres y hombres trabajadores que con entusiasmo y amabilidad participaron de esta investigación y nos permitieron conocer sus vidas.

LOS AUTORES



Universidad
del Cauca

Este libro reporta los resultados obtenidos en el proyecto de investigación titulado: Determinación social del síndrome metabólico en una población de trabajadores del municipio de Popayán. Aprobado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Cauca con código 5694.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de profesionales y estudiantes que conformaron el equipo de trabajo de esta investigación. GRACIAS!! por su tiempo, dedicación y el compromiso con el que acompañaron en este hermoso proyecto de salvar vidas.

A Colfuturo e Innovación Cauca por la financiación de esta investigación mediante la convocatoria N°002 Doctorados nacionales para profesores Universitarios y la convocatoria N°02-2015 Doctorados nacionales. A la Universidad del Cauca, Universidad Nacional y Universidad Autónoma del Cauca por el apoyo en la consolidación de este proceso de escritura del libro.

A nuestras familias y compañeros del Grupo de Genética Humana Aplicada, Grupo de investigación en Salud Colectiva y Grupo de investigación en Tecnología y Ambiente por su apoyo incondicional.

LOS AUTORES

CONTENIDO

Agradecimientos	11
Prólogo.....	17
Resumen	21
Abstract.....	23
Introducción	25
Referencias Bibliográficas	29
CAPÍTULO 1.....	31
Marco Teórico.....	31
Visibilizando el síndrome metabólico desde el enfoque biomédico	31
1.1. El síndrome metabólico como problema de salud pública	31
1.2. Metodología.....	35
1.2.1. Estudio piloto	35
1.2.2. Estudio descriptivo de corte transversal.....	36
1.3 Resultados y Discusión.....	38
1.3.1. Prevalencia del síndrome metabólico en la muestra de estudio....	38
1.3.2. Perfil sociodemográfico de los trabajadores en estudio	39
1.3.3. Perfil antropométrico, clínico y bioquímico de los trabajadores según sexo.....	40
1.4. A manera de conclusión	43
Referencias Bibliográficas	44

CAPÍTULO 2	51
El síndrome metabólico desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud	51
Marco teórico	51
2.1. Metodología.....	55
Estudio mixto desde el enfoque de la determinación social de la salud	55
A. Revisión documental de la investigación	55
B. Recopilación de información sobre modos y estilos de vida	56
C. Clasificación de los trabajadores por clase social	56
D. Entrevistas a profundidad	57
E. Análisis estadístico	57
F. Diseño y construcción de mapas	57
2.3. Resultados y Discusión.....	58
2.3.1. Dimensión general: Contexto socio-territorial de la ciudad de Popayán.....	58
Comprensión histórico-territorial de la ciudad de Popayán.....	59
La segregación territorial: Un sustrato para las desigualdades sociales	60
Dimensión económica de la ciudad de Popayán.....	60
La accesibilidad como condicionante de la calidad de vida en el territorio ..	62
A manera de conclusión	66
2.3.2. Dimensión particular: Modos de vida de los trabajadores en el territorio urbano de Popayán	67
Clasificación de los trabajadores por clase social.....	68
Características sociodemográficas de los trabajadores con síndrome metabólico.....	69
Condiciones laborales de los trabajadores según clase social	70
Desigualdades territoriales en los modos de vida comunitarios de los trabajadores.....	80
Caracterización de bienes de consumo por clases sociales.....	80
Características del entorno comunitario por clases sociales	82
A manera de conclusión:	87
2.3.2 Dimensión Singular: Estilo de vida de los trabajadores con síndrome metabólico.....	90
Características económicas de los hogares de los trabajadores	91
La inequidad de género como categoría emergente en el estudio.....	91
Patrones de alimentación por sexo y clase social	95

Estrés laboral en los trabajadores de estudio por sexo y clase social	97
Patrones de descanso y recreación por sexo y clase social	97
Adherencia a la práctica regular de actividad física por sexo y clase social .	98
Patrones de consumo de cigarrillo y alcohol por sexo y clase social	99
Conocimientos de los trabajadores en prácticas de autocuidado por sexo y clase social	100
A manera de conclusión	102
Referencias Bibliográficas	104

CAPÍTULO 3.....	113
Análisis del síndrome metabólico desde el enfoque de la determinación social.....	113
3.1. Matriz de procesos críticos	113
3.2 Perfil de la determinación social del síndrome metabólico	118
3.2.1 Procesos protectores y destructivos del orden económico	122
3.2.3 Procesos protectores y destructivos del orden cultural	126

PRÓLOGO

El Síndrome Metabólico (SM) se reconoce como la coexistencia de varias alteraciones cardiometabólicas en un mismo individuo, caracterizadas por la presencia de obesidad de distribución central, disminución de las concentraciones del c-HDL, elevación de las concentraciones de triglicéridos, aumento de la presión arterial, resistencia a la insulina y/o intolerancia a la glucosa. Su impacto no solo es devastador a nivel individual, sino que también supone una carga considerable para los sistemas de salud y la productividad de los países, teniendo en cuenta que el 25% de la población mundial presenta esta condición clínica.

Durante los últimos 30 años, América Latina, viene experimentando un proceso de transición que ha originado una serie de cambios demográficos, epidemiológicos, nutricionales y socioeconómicos, los cuales han tenido un impacto significativo en el estilo de vida y el perfil de salud de sus poblaciones. Como consecuencia en los próximos 10 años se reportará un incremento exponencial del SM del 14%. El aumento en la incidencia del SM es preocupante si se tiene en cuenta que este, contribuye de manera simultánea al desarrollo de dos epidemias paralela que afectan la salud de la población, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo 2, primera causa de muerte y undécima causa de discapacidad en el mundo.

A pesar de la utilidad potencial que representa el diagnóstico del SM para identificar población en alto riesgo de complicaciones cardiovasculares a la fecha no se conocen estudios en Popayán que

evidencien su magnitud, aun conociendo, que la principal causa de muerte en el municipio son las enfermedades del sistema circulatorio. En consecuencia, la identificación del SM en la región se torna relevante si se tiene en cuenta que la pirámide poblacional en el municipio para el periodo 2012-2020 muestra un predominio de personas en edad adulta. Este comportamiento poblacional trae consigo dos importantes retos, por una parte, la posibilidad de incrementar la producción de la economía regional a través de la disponibilidad de una fuerza importante de trabajo y por otro lado, que los sujetos laboralmente activos, abarcan una franja de edad en la que la incidencia por enfermedad cardiovascular es mayor, y es en este colectivo donde los años potenciales de vida perdidos, las bajas laborales o las incapacidades tienen un mayor impacto en la economía de la región.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la población trabajadora, como el principal motor económico de la región, esta investigación se propuso realizar un análisis de sus condiciones de vida, evidenciando que el trabajo capitalista no solo representa un medio generador de bienes, sino que debe reconocerse como un medio que organiza la vida social y en consecuencia, las formas de enfermar y de morir de la población. En el contexto laboral, el síndrome metabólico cobra una relevancia especial, el entorno de trabajo moderno, con su creciente tendencia hacia el sedentarismo, el estrés crónico y la falta de hábitos saludables, determinan un ambiente propicio para el desarrollo de este síndrome. A medida que las exigencias laborales aumentan, muchos trabajadores se encuentran atrapados en un ciclo de largas horas frente a una pantalla, consumo de alimentos ultraprocesados, y falta de tiempo para el ejercicio físico. Este estilo de vida, a menudo acompañado de un estrés laboral constante, contribuye de manera directa al deterioro de la salud metabólica de los trabajadores.

Este libro se presenta como una herramienta esencial para comprender, prevenir y manejar el síndrome metabólico en el ámbito laboral. A lo largo de sus capítulos, se abordan tanto los aspectos médicos del síndrome, como el reconocimiento de los procesos protectores y/o destructivos de

la salud de estos trabajadores tanto en el contexto laboral como en el entorno individual y familiar. Es crucial reconocer que la salud de los empleados es un pilar fundamental para el éxito y la sostenibilidad de cualquier organización. Invertir en la prevención y manejo del síndrome metabólico no solo mejora la calidad de vida de los trabajadores, sino que también se traduce en beneficios tangibles para las empresas, como la reducción del ausentismo, el incremento de la productividad, y una mayor satisfacción laboral.

Este libro es el resultado del esfuerzo conjunto de investigadores en salud, salud colectiva y ciencias ambientales quienes, a partir de un trabajo interdisciplinario se propusieron explorar los múltiples factores que, bajo la lógica capitalista, influyen en la salud de los trabajadores. No solo se trata de las condiciones físicas del lugar de trabajo, sino también de los efectos psicológicos de un entorno que valora la productividad por encima del equilibrio entre trabajo y vida personal. La fatiga, el estrés, las enfermedades crónicas y la alienación son solo algunas de las consecuencias que surgen en un sistema donde el tiempo del trabajador se convierte en una mercancía más, sujeta a las fluctuaciones del mercado y a las exigencias de la competitividad.

Es esencial, entonces, reflexionar sobre cómo el capitalismo configura no solo el trabajo, sino también las vidas de quienes lo realizan. El libro plantea una aproximación a como la salud del trabajador ha sido moldeada y, en muchos casos, comprometida por un sistema que, aunque ha generado prosperidad, también ha impuesto cargas significativas sobre quien sostiene su maquinaria: el ser humano.

Que este libro sea una invitación para que los profesionales de la salud, los líderes empresariales, las dependencias de seguridad y salud en el trabajo, las secretarías de salud y las entidades gubernamentales reflexionen sobre la necesidad de construir entornos de trabajo saludable, que impacten tanto en la calidad de vida como la salud de esos hombres y mujeres trabajadores que aportan los mejores años de su vida al desarrollo de la ciudad.

Por otra parte, los autores asumen el compromiso de re-pensar el papel de la universidad en la formación de profesionales críticos que respondan a las necesidades reales del contexto, como actora social de los procesos de desarrollo local y regional, lo cual requiere de una mirada extramuros que reivindique la responsabilidad social con la vida de los ciudadanos en los escenarios comunitarios a través de acciones concretas de poder con capacidad de acompañar e impulsar a los ciudadanos como protagonistas de procesos emancipatorios del buen vivir.

Este proceso de construcción entre la universidad y la comunidad permitiría pensar, sentir y vivir la ciudad de una forma diferente, lo que ayudaría a trazar nuevos rumbos y a no continuar repitiendo los escenarios de desigualdades sociales establecidos históricamente en la ciudad, identificados y visibilizados en esta investigación, los cuales han afectado la salud de los trabajadores y van en detrimento del derecho al buen vivir.

RESUMEN

Introducción: Históricamente el abordaje del proceso salud-enfermedad se ha realizado desde una visión positivista, centrada en la enfermedad, la cual reduce el estudio de esta a la identificación y caracterización de ciertos factores de riesgos clásicos. Teniendo en cuenta que el estudio de las características individuales no ha permitido explicar en su totalidad la etiología de las enfermedades, cobra interés el estudio de los modos y estilos de vida en el contexto territorial, por cuanto estos conducen a identificar y comprender las desigualdades en salud, desde el lugar y las características socioeconómicas donde viven y trabajan las personas. La necesidad de reconocer las problemáticas de salud como un proceso de carácter biológico y social, motivó a analizar la determinación social de la salud en una muestra de trabajadores con síndrome metabólico. **Objetivos:** analizar el proceso de determinación social y territorial de la salud en una población de trabajadores del municipio de Popayán y establecer la relación entre los diferentes dominios de la determinación para comprender cómo estos imponen procesos protectores y/o destructivos que definen el proceso de salud de los trabajadores. **Metodología:** Esta investigación se sustentó en la epidemiología crítica de acuerdo con los fundamentos propuesto por Jaime Breilh. Durante el desarrollo del trabajo investigativo se triangularon técnicas intensivas (análisis documental y entrevistas en profundidad) y extensivas (información obtenida a partir de fuentes primarias). **Resultados:** Se determinó una prevalencia del síndrome metabólico del 15,2% condición clínica que afectó en mayor proporción a los hombres. Con la información obtenida se construyó la matriz de procesos críticos, y a partir de la identificación de los procesos protectores

y destructivos del dominio general, particular (modos de vida) e individual (estilos de vida) se estructuró el perfil de determinación social de la salud, el cual evidenció un mayor predominio de procesos destructivos, como generadores de enfermedad cardiovascular en este colectivo de trabajadores. **Conclusiones:** Este estudio permitió reconocer como la presencia de ciertas alteraciones fisiológicas y metabólicas reconocidas como importantes condiciones de riesgo cardiovascular encuentran una explicación más allá del hecho biológico, y por tanto se reconocen como una expresión de los procesos críticos generados en el nivel general, los modos de vida y los estilos de vida, desde donde finalmente se encarnan físicamente y se expresan a través de diferentes fenotipos en los trabajadores.

Palabras claves: Determinación social de la salud; Territorio Sociocultural; Proceso Salud-enfermedad; Síndrome metabólico; Epidemiología crítica; Estilo de vida.

ABSTRACT

Introduction: Historically, the approach to the health-disease process has been framed from a positivist perspective, centered on disease, which reduces its study to the identification and characterization of certain classic risk factors. Considering that the study of individual characteristics has not fully explained the etiology of diseases, there is growing interest in studying lifestyles and modes of life in territorial contexts, as these lead to the identification and understanding of health inequalities based on the socioeconomic conditions and places where people live and work. The need to recognize health problems as both biological and social processes motivated the analysis of the social determination of health in a sample of workers with metabolic syndrome.

Objectives: To analyze the process of social and territorial determination of health in a population of workers in the municipality of Popayán, and to establish the relationship between the different domains of determination to understand how they impose protective and/or destructive processes that define workers' health.

Methodology: This research was based on critical epidemiology according to the principles proposed by Jaime Breilh. Throughout the investigation, intensive techniques (documentary analysis and in-depth interviews) and extensive techniques (information obtained from primary sources) were triangulated.

Results: A prevalence of 15.2% of metabolic syndrome was determined, a clinical condition that affected men more significantly. The information obtained was used to build a matrix of critical processes, and based on the identification of protective and destructive processes in the general, particular (modes of life), and individual (lifestyles) domains, the social determination of health profile was structured. This profile revealed a predominance of

destructive processes, which contribute to cardiovascular disease in this group of workers. **Conclusions:** This study allowed for the recognition that certain physiological and metabolic alterations, known as significant cardiovascular risk factors, can be explained beyond biological factors alone. These are recognized as expressions of critical processes generated at the general level, modes of life, and lifestyles, which are ultimately embodied physically and manifested through different phenotypes in workers.

Key words: Social determinants of health; Sociocultural territory; Health-Disease Process; Metabolic syndrome; Clinical epidemiology; Life style.

INTRODUCCIÓN

Por lo general se acepta que el estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran. Uno de estos factores son los ambientales. Desde la perspectiva de las ciencias sociales, el ambiente se reconoce como un campo de interacciones o relaciones entre sociedad y naturaleza o entre cultura y ecosistema (Sáenz, 2007). El concepto de ambiente es utilizado generalmente para señalar el entorno biofísico que sirve de escenario a la actividad humana, y de la cual está se sirve, evidenciando que los problemas ambientales se han ubicado por fuera de la actividad social y se visualizan como problemas de los ecosistemas (Sáenz, 2007).

Esta definición plantea un riesgo, el de interpretar la relación naturaleza-sociedad, desde el naturalismo bipolar, el cual considera a la naturaleza y la sociedad como dominios separados y autónomos, esta concepción que coexiste en el pensamiento moderno, reconoce a los seres humanos como sujetos y a la naturaleza como objeto al servicio de estos, con lo cual se justifican las prácticas sociales predatoras del medio natural y sirve de base al modelo de desarrollo actual, sustentado en la visión mecanicista de la naturaleza (Sacher, 2019; Sáenz, 2007). De otra parte, el naturalismo dialéctico (Descola, 2003) reconoce que la naturaleza y la sociedad son dos entidades involucradas en un proceso de co-evolución y son producto de un continuo proceso histórico de co-determinación mutua, esta relación dialéctica aporta elementos clave para conocer y comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad. Teniendo en cuenta, que la relación entre lo biológico y lo social, representa un proceso dinámico e histórico que ocurre en un espacio social-geográfico

determinado, este trabajo se propuso reconocer la ciudad como un elemento clave para entender y explicar las complejas relaciones que se dan entre los individuos, la sociedad y la naturaleza y que dan cuenta de las dinámicas que determinan la vida y la salud en los territorios. En consecuencia, las políticas de urbanismo tienen un impacto importante en la salud, tanto por la capacidad del entorno de influir en las decisiones más o menos saludables que toma la población como por la capacidad de crear entornos que disminuyan la contaminación y mitiguen su impacto en el cambio climático y las consecuencias de estos en la vida.

El proceso de globalización impuso un contexto de afectación a la salud de los trabajadores, así como el empeoramiento de sus condiciones de vida, sumado a esto, la ausencia de estudios en la región que permitieran conocer como los procesos de producción y reproducción social afectan la salud de los trabajadores en el territorio donde viven, representaron algunos de los elementos que motivaron este estudio. Para responder a este interés, se planteó cómo pregunta de investigación: ¿Cómo se expresa, desde el enfoque de la determinación social de la salud, la relación entre la inserción social, laboral y el síndrome metabólico en una muestra de trabajadores formales de la ciudad de Popayán?

Para dar respuesta a esta pregunta se planteó como objetivo principal: Analizar de manera integral como los elementos individuales o de estilos de vida, los procesos socio-culturales, ambientales, territoriales y los modos de vida determinan la presencia del SM en una población de trabajadores residentes en el municipio de Popayán y como objetivos específicos: a. determinar el perfil socio-demográfico, antropométrico y clínico de la población de trabajadores residentes en un territorio urbano del municipio de Popayán; b. Identificar y analizar como las condiciones del territorio, los modos y estilos de vida se relacionan con el desarrollo del síndrome metabólico en la muestra de estudio; c. Comprender integralmente y en contexto como se expresan los procesos críticos y el perfil epidemiológico del síndrome metabólico en la muestra de trabajadores en estudio desde el enfoque de la determinación social de la salud.

En concordancia con lo planteado, el estudio se desarrolló a través de una metodología mixta, integrando métodos cuantitativo y cualitativo, y conocimientos de la epidemiología crítica y de las ciencias sociales. El diseño cuantitativo, permitió, por una parte, la prevalencia del SM, identificar el perfil sociodemográfico y de riesgo cardiovascular y, de otra parte, caracterizar los patrones de modos y estilos de vida de los trabajadores, lo cual posibilitó conocer cómo a partir del movimiento dialéctico entre inserción laboral, segregación social y el perfil epidemiológico deviene esta condición clínica en el marco de la determinación social de la salud. Por su parte, las entrevistas a profundidad desarrolladas dentro del componente cualitativo contribuyeron a profundizar en el conocimiento de las particularidades y el contexto en el que aparecían las alteraciones antropométricas, clínicas y paraclínicas que afectan la salud cardiovascular de este colectivo de trabajadores.

Desde el paradigma de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, se aportó un conocimiento de línea de base que permitió avanzar en la lectura del vínculo salud y ambiente hacia el reconocimiento de la producción, reproducción social y subjetiva de los territorios, como escenarios cotidianos donde se concretan los modos de vivir, de enfermar y de construir salud de las poblaciones. Desde este enfoque el principal aporte de este trabajo de investigación fue mostrar como la presencia de ciertas alteraciones fisiológicas y metabólicas reconocidas como importantes condiciones de riesgo cardiovascular encuentran una explicación más allá del hecho biológico, y por tanto se reconoce como una expresión de proceso generados en el nivel general, particular (modos de vida) y singular (estilos de vida), desde donde finalmente se encarnan físicamente y se expresan a través de diferentes fenotipos, los cuales confieren diferentes grados de susceptibilidad para el desarrollo de ciertas condiciones patológicas que afectan la calidad de vida del trabajador y su familia.

Con el fin de presentar de manera clara el proceso investigativo realizado, este documento se organizó en tres capítulos: En el capítulo uno se describe como se realizó la identificación del

Síndrome Metabólico (SM) en los trabajadores participantes, basados en los fundamentos de diagnósticos de la biomedicina y su modelo hegemónico imperante en la práctica clínica actual. En este capítulo se fundamenta el tema de interés del estudio, basado en el marco teórico, se presenta la metodología empleada para el diagnóstico del SM, los resultados obtenidos y las conclusiones parciales del estudio desde el enfoque del modelo biomédico.

Esta organización del capítulo permitió dar respuesta al primer objetivo específico, el cual representa la caracterización antropométrica, clínica y bioquímica de los trabajadores en estudio, caracterización que, a su vez, permitió identificar los diferentes fenotipos de riesgo cardiovascular presentes en la muestra de estudio y que contribuyó a obtener la muestra de estudio para las fases posteriores de la investigación.

En el capítulo dos, se presentan los resultados de la determinación social del síndrome metabólico en los trabajadores formales de la ciudad de Popayán, el cual representa los resultados del segundo objetivo específico. Inicialmente se presenta un recorrido histórico por los eventos que determinaron el desarrollo económico de la ciudad y que permitieron entender cómo se re-producen las desigualdades sociales en el territorio y como estas explican los modos de vida de los trabajadores en estudio, a partir del análisis de su inserción y la posición social de estos. Los elementos teóricos que, apoyados en la geografía crítica y la ecología política, contribuyeron a describir y comprender tanto la configuración socio-territorial de la ciudad, como su impacto en la configuración y reproducción de los modos de vida del colectivo en estudio.

Este mismo capítulo, permite presentar el análisis de las desigualdades de los modos de vida de los trabajadores en estudio. En él se analizan en el dominio general, las condiciones del entorno laboral y se describen como estas definen procesos protectores y/o nocivos que configuran la salud de los trabajadores. Adicionalmente, se presenta en el dominio particular, el estudio del modo de vida comunitario, aquí se profundiza sobre cómo el territorio permite o restringe el acceso a recursos públicos o privados, a dotaciones y a equipamientos para mejorar la vida y la salud

de los habitantes, así como a los derechos colectivos. Adicionalmente, se revisan aspectos del dominio singular, relacionados con los estilos de vida, y su relación con la presencia del síndrome metabólico como condición de riesgo cardiovascular. En este aparte, se identificaron los procesos protectores y/o destructivos relacionados con el patrón familiar y personal de consumo: alimentación, vivienda, acceso y calidad de servicios y sus capacidades personales para el autocuidado de su salud. En el capítulo tres, se presenta la matriz de procesos críticos y el perfil epidemiológico de la determinación social del síndrome metabólico en la muestra de trabajadores en estudio. Esta caracterización representa los resultados obtenidos a partir del tercer objetivo específico. En él se explica cómo desde los modos de vida grupales y los estilos de vida individuales se determinan formas de vivir, marcadas por elementos y tendencias contradictorias que forjan tanto procesos protectores como nocivos de la salud, estos últimos reconocidos como potenciales condicionantes de enfermedad en los trabajadores, en los diferentes órdenes económico, político y cultural.

Referencias Bibliográficas

- Descola, P. (2003). *Antropología de la naturaleza*. Instituto Francés de Estudios Andinos, Lluvia Editores.
- Sacher, W. (2019). *Naturalismo moderno y corrientes del ecologismo. Ecología política*.
- Sáenz, O. (2007) *Ciencias ambientales: una nueva área de conocimiento*. Red Colombiana de Formación ambiental, RCFAL.

CAPÍTULO 1.

Marco Teórico

Visibilizando el síndrome metabólico desde el enfoque biomédico

1.1 El síndrome metabólico como problema de salud pública

El Síndrome Metabólico (SM) se define como la coexistencia de varios factores de riesgo cardiovascular en un mismo individuo, representados por presencia de obesidad de distribución central, disminución de las concentraciones del c-HDL, elevación de las concentraciones de triglicéridos, aumento de la presión arterial (PA), resistencia a la insulina y/o intolerancia a la glucosa, estado protrombótico y proinflamatorio (Srikanthan et al. 2016; O’neill y O’driscoll, 2015; Zimmet et al. 2005; Grundy et al. 2004).

Durante los últimos años, varias organizaciones a nivel mundial han intentado establecer criterios de diagnóstico para el SM (Tabla 1), el primero intento fue realizado en 1998 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien denominó a esta “nueva” entidad nosológica como “síndrome metabólico”(OMS, 1999). De igual manera, en 1999 el Grupo Europeo para el estudio de resistencia a la insulina (EGIR) presenta una modificación a la definición de la OMS (Balkau y Charles, 1999).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del síndrome metabólico

Parámetro	IDF	ALAD	NCEP-ATP III	OMS
Obesidad abdominal	Perímetro de cintura ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres	Perímetro de cintura ≥ 94 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres	=102 en hombres o =88 en mujeres	-
Triglicéridos altos	>150 mg/dl (o en Tratamiento hipolipemiente específico)	>150 mg/dl (o en Tratamiento hipolipemiente específico)	>150 mg/dl	≥ 150 mg/dl
cHDL bajo	<40 mg/dl en hombres o <50 mg/dl en mujeres (o en tratamiento con efecto sobre cHDL)			
PA elevada	PAS ≥ 130 mmHg y/o PAD ≥ 85 mmHg o en tratamiento antihipertensivo	PAS ≥ 135 mmHg y/o PAD ≥ 85 mmHg o en tratamiento antihipertensivo	>130 PAS o >85 PAD	PAS ≥ 135 mmHg y/o PAD ≥ 85 mmHg
Alteraciones en la regulación de la glucosa	Glucemias ayunas ≥ 100 mg/dl o en tratamiento para glucemia elevada	Glucemia anormal ayunas, intolerancia a la glucosa o diabetes.	≥ 100 mg/dl	-
Diagnostico	Obesidad abdominal+2 de los 4 restantes	Obesidad abdominal+2 de los 4 restantes	3 o más de cualquiera de los criterios	Más de 2

Abreviaturas: *IDF: International Diabetes Federation, ALAD: Asociación Latinoamericana de Diabetes, NCEP-ATP III: The Third Report of the Adult Treatment Panel, OMS: Organización Mundial de la Salud. Fuente: Elaboración propia.*

En 2001, el Panel Nacional de Tratamiento para adultos del Programa de Educación sobre el Colesterol (NCEP/ ATP) publicó su definición (Cleeman, 2001). Posteriormente, la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE) en 2003 presentó su propuesta sobre la definición de síndrome (Einhorn, 2003). En el 2005, ante la necesidad de unificar una definición la Federación Internacional de Diabetes (IDF) por su sigla en inglés, propone una nueva definición del SM (IDF, 2005).

Dentro de los factores desencadenantes del síndrome se reconocen la inactividad física, la edad avanzada, la presencia de factores endócrinos, biológicos, genéticos, conductuales y ambientales, lo que evidencia su etiología multifactorial de curso progresivo, comenzando con factores de riesgo limítrofes que eventualmente progresan a factores de riesgo categóricos (Liao y Lin, 2018; Lizarazu et al. 2013; Alberti et al. 2009; García et al. 2008; Grundy, 2006; Kaur et al. 2004). Su emergencia en países en desarrollo se relaciona a su vez, con la transición demográfica (menor fertilidad, menor mortalidad y mayor expectativa de vida) y la transición epidemiológica (cambio en los patrones de enfermedad de las infecciosas a las relacionadas con el estilo de vida) (Castillo et al. 2018; Betancourt et al. 2016; Hoes et al. 2016; Navarrete y Cartes, 2014; Zaldivar y Soriano, 2014). Entre otros factores asociados se incluyen el fumar, la historia familiar de diabetes, el nivel socioeconómico, bajo

nivel de escolaridad, inequidades sociales, inactividad física, patrones dietarios, alcoholismo, hábito de fumar, tensión psicosocial y condiciones laborales (Das Mercedes *et al.* 2019; Vieira *et al.* 2014; Chandola *et al.* 2006). Adicionalmente, se reconoce que factores ambientales como la contaminación atmosférica, la contaminación sónica, el cambio en los patrones climáticos y la presencia de ciertos factores políticos y económicos como la pobreza, las carencias educativas y las deficiencias en el sistema de salud son determinantes en la etiología del síndrome (Navarrete y Cartes, 2014; Hernández, 2013; Babisch *et al.* 2013 Román *et al.* 2009; Román *et al.*, 2008; Pérez, 2003).

Según la FID, se estima que alrededor del 25% de la población mundial presenta SM (Alberti *et al.* 2005). En tanto, se reporta que la prevalencia mundial puede variar ampliamente entre países en el rango del 10 al 84% y que estas diferencias entre regiones dependen de factores tales como el origen étnico, el género, la edad, la raza, los aspectos socioculturales y la definición empleada (Saklayen, 2018; Kaur, 2014). A nivel mundial se reconoce que la creciente prevalencia del SM se debe en gran parte a el aumento de la obesidad, agravada por los estilos de vida sedentarios (Park *et al.* 2003).

El aumento progresivo del SM hace prever una nueva epidemia mundial de enfermedades cardiovasculares por lo que actualmente se reconoce como un importante problema de salud pública. (Reilly *et al.* 2003; Isomaa *et al.* 2001). Para América Latina, se reporta una prevalencia general del 25%, la cual varía entre el 19% y el 43% (Márquez *et al.* 2011). Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) se estima que en los próximos 10 años se espera un incremento del SM del 14%, teniendo en cuenta que una de cada tres o cuatro personas mayores de 20 años, cumple criterios para su diagnóstico (ALAD, 2010).

El aumento en su incidencia es preocupante si se tiene en cuenta que este, contribuye a largo plazo de manera simultánea al desarrollo de Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (ASCVD) y DM2 (Grundy, 2006). En Colombia, se estima que la prevalencia oscila entre el 20 y el 35% según la definición diagnóstica empleada (Pinzón *et al.* 2007). En función de la definición que se emplee, el diagnóstico y la estimación de la

prevalencia puede variar, así como la predicción del riesgo cardiovascular, lo que dificulta en términos de aplicabilidad, uniformidad y resultados positivos, su valor predictivo (Mortillo et al. 2010; Kaur et al. 2004).

Los cambios cualitativos y cuantitativos en las dietas actuales, junto con los cambios reflejados en un descenso en la actividad física, y adicionalmente las cargas laborales que generan estrés e impiden tener rutina de descanso y tiempo para ser físicamente activo han provocado un alarmante aumento en el número de trabajadores con alteraciones metabólicas y fisiológicas. Estas alteraciones de forma independiente suponen un proceso nocivo para la salud a mediano y largo plazo. Este efecto aditivo sumado a la presencia de ciertos genotipos individuales y a otras características de los estilos y los modos de vida, incrementan el riesgo de una persona a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

Teniendo en cuenta que la coexistencia en un individuo de alteraciones antropométricas y fisiológicas incrementan el riesgo a desarrollar SM, este estudio, se propuso desarrollar un trabajo de campo en cada una de las empresas participantes. con el fin de identificar la presencia de criterios diagnósticos para esta condición clínica entre los trabajadores, lo cual permitió dar respuesta al primer objetivo específico planteado. Identificar los fenotipos y posibles genotipos de susceptibilidad a enfermedad cardiovascular, representó un paso importante en términos de prevención primaria hacia la concientización del cambio de actitudes y una mayor adherencia a estilos de vida saludables sobre todo en personas en edad laboral activa de la ciudad de Popayán.

El diagnóstico del síndrome metabólico se realizó desde el modelo biomédico, el cual tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana (Palacios, 2018). Este enfoque acoge estudios de tipo: descriptivos, analíticos y experimentales, a través de los cuales reduce la salud a la enfermedad individual, traslada la realidad de la salud a los fenómenos empíricamente observables. La lógica formal del reduccionismo constituye un sistema de razonamiento lineal e inductivo que congela la realidad en factores aislados a los que hay que unir para buscar una asociación (Palacios, 2018).

Este modelo que sienta las bases conceptuales de la medicina moderna, integra los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y con la anatomía patológica, con lo cual crea una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades, desde este enfoque los individuos se clasifican como sanos o enfermos. En consecuencia, reconoce la enfermedad como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y en concordancia la práctica médica debe estar orientada a intervenir física o químicamente el cuerpo para corregir las alteraciones presentadas.

1.2 Metodología

1.2.1 Estudio piloto

Con el fin de verificar el proceso de muestreo, recolección de datos, validación de la encuesta, control de los sesgos de información y entrenamiento de los investigadores en la valoración antropométrica, clínica y bioquímica, se realizó un estudio piloto con un grupo de treinta y tres personas (Thabane et al. 2010; Browne, 1995), laboralmente activas en un periodo de tiempo de 3 meses, la población del estudio se seleccionó por muestreo no probabilístico.

El método de selección de la muestra definió como criterios de inclusión: Edad ≥ 18 años, tener vigente un contrato laboral por al menos 1 año con alguna empresa y aprobación previa del consentimiento informado de la investigación. Se consideró como criterios de exclusión: La presencia de cualquier tipo de enfermedad, incapacidad mental, enfermedades neoplásicas activas, trastornos de la conducta alimentaria (bulimia o anorexia), embarazo, ascitis o la no aprobación a participar en el estudio.

Los resultados del estudio piloto, contribuyeron a modificar algunas de las preguntas de la encuesta y a dar mayor claridad a las encuestas, formato de entrevista a profundidad, con el fin de adaptarlas en términos más contextuales, para que estas fueran más comprensibles y permitieran mantener la escala de medición. Adicionalmente, se logró realizar la estandarización de los procedimientos técnicos, realizados los ajustes

respectivos a los instrumentos de recolección de datos y verificado la formación de los asistentes de investigación e investigadores en los procedimientos definidos en la metodología. De otra parte, el desarrollo del estudio permitió determinar el tiempo promedio de diligenciamiento de los instrumentos, valoración clínica, antropométrica, bioquímica y de las entrevistas a profundidad.

Consideraciones éticas: Este estudio se desarrolló bajo la normatividad establecida en la Resolución 008430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas que rigen la investigación en salud en Colombia. De acuerdo con esta resolución se clasifica como una investigación con riesgo mínimo según el artículo 11. Este estudio fue avalado por el comité de ética de la Universidad del Cauca, registrado con ID 5694.

1.2.2 Estudio descriptivo de corte transversal

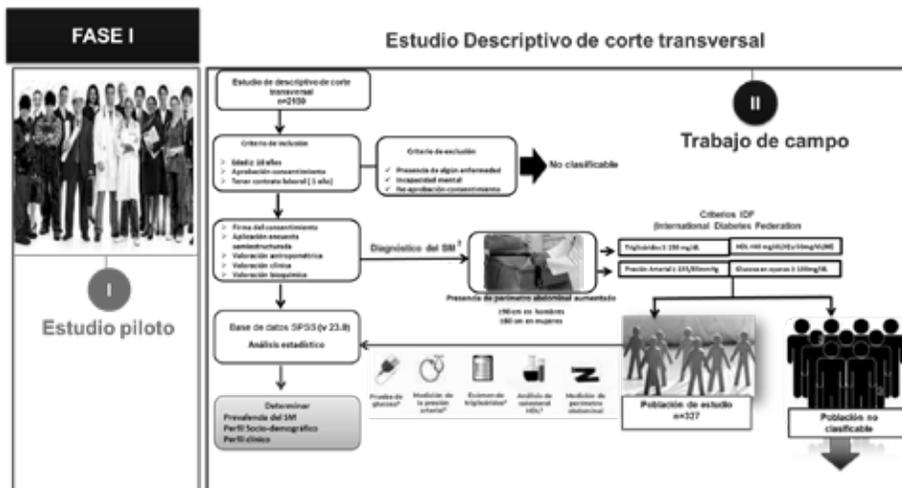
Una vez concluido el piloto, se procedió a realizar un estudio descriptivo de corte transversal, con el fin de dar respuesta al primer objetivo específico, para esto se realizó un trabajo de campo durante 12 meses en 23 empresas invitadas a participar en el estudio, se decidió incluir la población laboralmente activa, por cuanto es un colectivo que abarcan una franja de edad en la que la incidencia de las enfermedades cardiovasculares es mayor.

La selección de la muestra para el estudio descriptivo de corte transversal se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual permitió seleccionar los casos que fueron incluidos por la accesibilidad que ofrecieron las empresas participantes a sus trabajadores, por lo tanto, esta población no es representativa de la totalidad de trabajadores con SM de la ciudad de Popayán, la metodología de este estudio se presenta en la Figura 1. Para la recolección de los datos, previa verificación de los criterios de inclusión y exclusión, los participantes que aceptaron participar en el estudio firmaron el consentimiento informado. Posteriormente, fueron encuestados con el fin de coleccionar información sociodemográfica, antecedentes clínicos personales y familiares.

Posteriormente, se procedió a realizar la valoración antropométrica, para determinar el peso corporal (Kg), la talla (cm) y el Índice de Masa Corporal (IMC: peso/talla) de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Internacional para Avances de la Cineantropometría (ISAK) (154). Los criterios utilizados para clasificar el peso fueron: Peso normal (IMC<25Kg/m²), Sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9 Kg/m²) y obesidad (>30Kg/m²). Además, se midió el perímetro Abdominal (pAb) un valor de circunferencia abdominal ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres, se consideró indicador de obesidad abdominal de acuerdo con los criterios de la IDF (Alberti y Zimmet, 2005). Luego se midió la presión arterial a cada participante, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión (Lurbe et al. 2009). Posteriormente, a todos los participantes se les tomó una muestra de 5cc de sangre periférica, previo ayuno (mínimo 8 horas), con el fin de realizar los respectivos análisis bioquímicos: glucemia venosa y perfil lipídico (colesterol total, colesterol cHDL, triglicéridos), los análisis se realizaron en un laboratorio centralizado utilizando las muestras de suero.

Una vez obtenidos los resultados de todas las valoraciones anteriores, se procedió a hacer el diagnóstico del SM, el cual estuvo a cargo de un médico e investigador del proyecto quién tomó como base para el diagnóstico los criterios de la IDF, los cuales refieren que la presencia de perímetro abdominal aumentado en una persona más dos de los siguientes criterios diagnósticos: presión arterial sistólica ≥ 130 mmHg y diastólica ≥ 85 mmHg; niveles de c-HDL <40 mg/dL en hombres y <50 mg/dL en mujeres; un nivel de triglicéridos ≥ 150 mg/dL en ambos géneros; y una glicemia ≥ 100 mg/dL en ayunas son confirmativos de la presencia del SM (Zimmet et al. 2005; Alberti y Zimmet, 2005). Una vez obtenidos los resultados de todas las valoraciones anteriores, se procedió a hacer el diagnóstico del SM, se tomó como base para el diagnóstico los criterios de la IDF, los cuales refieren que la presencia de perímetro abdominal aumentado en una persona más dos de los siguientes criterios diagnósticos: presión arterial sistólica ≥ 130 mmHg y diastólica ≥ 85 mmHg; niveles de c-HDL <40 mg/dL en hombres y <50 mg/dL en mujeres; un nivel de triglicéridos ≥ 150 mg/dL en ambos géneros; y una glicemia ≥ 100 mg/dL en ayunas en son confirmativos de la presencia del SM (Zimmet et al. 2005; Alberti y Zimmet, 2005).

Figura 1. Metodología estudio descriptivo de corte transversal



Fuente: Elaboración propia

Con el fin de almacenar y organizar, la información colectada en esta fase, se construyó una base de datos en el programa SPSS Statistic v 26.0, este programa a su vez fue empleado para el análisis estadístico de los resultados. El trabajo desarrollado en esta fase permitió identificar a la muestra de trabajadores objeto de estudio, los cuales corresponden aquellos diagnosticados con SM.

1.3 Resultados y Discusión

1.3.1 Prevalencia del síndrome metabólico en la muestra de estudio

La muestra estuvo conformada por 2150 trabajadores vinculados laboralmente a una de las 23 empresas participantes ubicadas en el área urbana de la ciudad de Popayán. Con el fin de dar respuesta al primer objetivo específico, se determinó la prevalencia del SM de acuerdo con los criterios de la Federación Internacional de Diabetes, Esta mostró que el 15,2% (327/2150) de los trabajadores participantes en el estudio tenían SM. Aunque no existen datos globales sobre la prevalencia del SM, pero dado que es tres veces más común que la diabetes, se estima que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial lo padece, es decir más de un billón de personas (González, 2019).

Una revisión sistemática realizada por Roomi y Mohammadnezhad (2019) encontró una prevalencia del SM del 27,6% en trabajadores “aparentemente sanos”. Esta prevalencia promedio es mucho mayor que la encontrada en este estudio (15,2%) y más baja que la reportada en algunos estudios realizados por Rodríguez et al. (2020) en conductores de taxi de la ciudad de México, prevalencia del 36,7% de acuerdo con los criterios ATP-III Valencia y Medina (2020) en docentes y administrativos de la Universidad Andina del Cusco (28,6%) y Robbins et al. (2020) (52,4%) en una población de conductores de camiones estadounidenses. Por otra parte, un estudio realizado por Abbate et al. (2021), encontró una prevalencia de 9,5% según IDF.

El porcentaje de trabajadores afectados con SM en este estudio, es comparativamente superior al observado en registros nacionales, un 10,4% en Boyacá, según López et al. (2019) e inferior al observado por Rodríguez et al. (2017) (49,6%) en Armenia y por Lizarazu et al. (2010), quienes encontraron una prevalencia para ambos sexos de 23,3% utilizando los criterios ATP III-AHA e IDF en trabajadores de una universidad en Barranquilla y a la prevalencia reportada en Bogotá en el estudio SIMETRA (26,7%) según criterios IDF (Pinzón et al. 2014). La comparación de las prevalencias observadas en esta muestra con las de otros estudios es compleja y heterogénea y evidencia la falta de consenso entre organizaciones internacionales para unificar los criterios del síndrome. Probablemente el factor que más ha influido en las diferencias observadas entre las distintas definiciones es la adaptación de los criterios para identificar la obesidad abdominal, el punto de corte propuesto por la IDF para Latinoamérica aumenta la prevalencia de obesidad cuando se comparan con los criterios propuestos por la OMS o el ATP III entre otras.

1.3.2. Perfil sociodemográfico de los trabajadores en estudio

La caracterización sociodemográfica (Tabla 2) mostró que esta condición clínica afecta en mayor proporción a los hombres del grupo etario entre los 40-49 años y se mantiene entre los trabajadores mayores de 50 años. De otra parte, se logró caracterizar el perfil sociodemográfico de la muestra, conformado por trabajadores en su mayoría hombres (63%), con un bajo nivel educativo (40%) representado en primaria o bachillerato, el 91% se

auto declararon mestizo, mientras que el 52% del total de trabajadores reciben ingresos económicos mensuales entre 1 y <3 SMLV.

Tabla 2. Características sociodemográficas por sexo

Variable		Hombre n=206	Mujer n=121	p
Edad	< 40	39 (18,9)	18 (14,9)	0,46
	40-49	84 (40,8)	57 (47,1)	
	> 50	83 (40,3)	46 (38,0)	
Etnia	Mestizo	193 (93,7)	109 (90,1)	0,40
	Afrodescendiente	6 (2,9)	7 (5,8)	
	Indígena	7 (3,4)	5 (4,1)	
Nivel educativo	Primaria/Bachillerato	109 (52,9)	21 (17,4)	0,001
	Técnico/tecnólogo	36 (17,5)	50 (41,3)	
	Universitario	61 (29,6)	50 (41,3)	

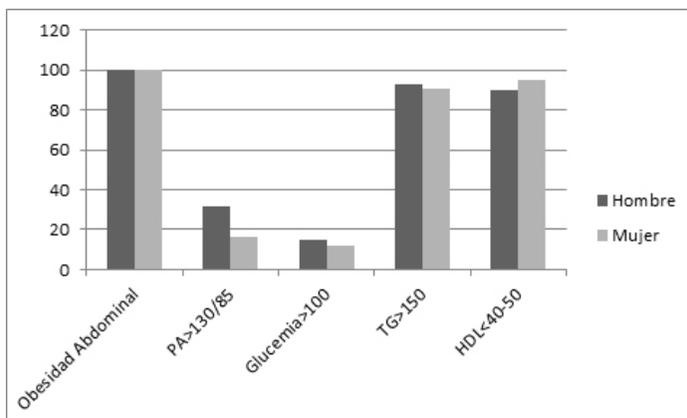
Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primaria

1.3.3 Perfil antropométrico, clínico y bioquímico de los trabajadores según sexo

Los criterios para el diagnóstico del síndrome metabólico se identificaron a través de una valoración antropométrica, clínica y bioquímica realizada de manera personal a cada uno de los participantes durante el trabajo de campo realizado en las empresas participantes.

Se decidió incluir a personas laboralmente activas por cuanto abarcan una franja de edad en la cual la incidencia de los criterios diagnósticos es mayor y en consecuencia se presenta una alta incidencia de las enfermedades cardiovasculares, los resultados obtenidos en la caracterización antropométrica, clínica y bioquímica se presentan en el Figura 2.

Figura 2. Criterios antropométricos, clínicos y bioquímicos según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias

En cuanto a los componentes del SM, los más prevalentes fueron: la obesidad abdominal presente en el 100% de la muestra de estudio, seguida de una alta concentración de triglicéridos (92,4%), bajo nivel de c-HDL (92%), hipertensión arterial (26%) y glucemia basal alterada (13,5%). Todos los componentes del SM fueron más prevalentes en los hombres, excepto los cHDL bajos, presentes más comúnmente en las mujeres. Se reconoce que el fenotipo más frecuentemente encontrado en la muestra estuvo conformado por tres criterios diagnósticos. En tanto, el 20,2% presentó un fenotipo definido por cuatro criterios, este último al encarnar un mayor número de componentes del SM representa un mayor riesgo cardiovascular. Estos fenotipos evidencian el alto riesgo cardiovascular en el que se encuentra el total de los trabajadores en estudio.

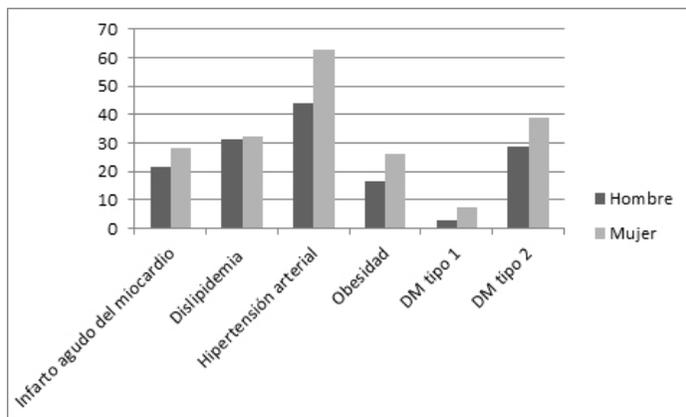
Desde las particularidades del contexto territorial, el diagnóstico de este síndrome es preocupante, por cuanto su presencia triplica el riesgo de un trabajador a desarrollar enfermedad cardiovascular e incrementa en cinco veces el riesgo de diabetes mellitus tipo 2. Esta preocupación cobra mayor relevancia, cuando se evidenció que a la fecha del estudio, el total de trabajadores participantes se reconoce como sujetos asintomáticos “aparentemente sanos” de acuerdo con la declaración de salud auto percibida.

La caracterización de los criterios diagnóstico obtenida en este estudio muestra concordancia con los resultados de uno de los estudios más grandes conducidos en Europa por Mantilla, sobre la prevalencia del SM en trabajadores asalariado-españoles, reportó que los criterios más prevalentes del SM fueron el sobrepeso y el bajo nivel de c-HDL en hombres y mujeres respectivamente, en tanto el menos prevalentes para ambos sexos fue la glucemia (Mantilla et al. 2020). De igual manera, concuerdan, con los resultados presentados en una revisión sistemática por Roomi y Mohammadnezhad, (2019), quienes encontraron que los componentes más prevalentes del SM reportados en diferentes estudios a nivel mundial son la obesidad abdominal, seguido de la hipertrigliceridemia, los bajos niveles de c-HDL, la hipertensión arterial y los altos niveles de glucemia en su orden.

Resultados similares, encontraron los estudios realizados en profesionales de la salud en Brasil por Das Mercedes et al. (2019), el estudio de Espinosa et al. (2024), realizado en una población de trabajadores del Ecuador reportaron como principales criterios del SM en su orden, la obesidad abdominal, la hipertrigliceridemia, los bajos c-HDL, la hiperglucemia y la hipertensión arterial. En contraste, un estudio realizado en México en población trabajadora, refieren como principales hallazgos del SM, la presencia de hipertensión arterial y dislipidemia en este colectivo en estudio (Rodríguez et al. 2010). A nivel nacional, algunos estudios, López et al. (2019); Castaño et al. (2018) y Lizarazu et al. (2013) reportan la obesidad, los altos niveles de triglicéridos, los bajos niveles de c-HDL y glucemia, representan en su orden los criterios más prevalentes del SM en las poblaciones laborales estudiadas, caracterizaciones que concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio. El análisis de los hallazgos bivariados evidenció que dos de los criterios diagnóstico del SM: cHDL y el perímetro abdominal aumentado mostraron diferencias fisiológicas y antropométricas por sexo, hallazgos reportados previamente en la literatura científica (Abate et al. 2021; Ribeiro et al. 2015; Sánchez et al. 2008; Alegría et al. 2005; Brunner et al. 1997).

Sumado a la presencia de estos fenotipos encarnados en el tiempo, se observa una alta proporción de trabajadores con genotipos (antecedentes familiares) que le confieren una mayor susceptibilidad al desarrollo de comorbilidades, lo cual representa una sumatoria de procesos nocivos para su salud. Los resultados evidencian que entre las patologías más prevalentes se encuentran la hipertensión arterial (51%), la DM2 (32,4%), la dislipidemia (31,5%), el infarto agudo de miocardio (24%) y la obesidad (20%) (Figura 3).

Figura 3. Presencia de antecedentes clínicos familiares según sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias

1.4 A manera de conclusión

Desde la aproximación al modelo biomédico o hegemónico, se realizó el tamizaje cardiovascular a esta muestra de trabajadores, el cual permitió identificar dos grupos de riesgo cardiovascular: El primer formado por el 15,2% de los trabajadores con SM reconocidos como potenciales enfermos. El otro grupo corresponde al 22,4% del total de la muestra, quienes tenían como único criterio, la presencia de obesidad abdominal, reconocido como principal predictor de riesgo cardiovascular, estos hallazgos representan un importante aporte a la salud de este colectivo, por cuanto, a la fecha del estudio, ambos grupos de trabajadores desconocían su condición de riesgo cardiovascular y se convierte en una población a la cual se debe intervenir de manera inmediata.

Los perfiles epidemiológicos construidos en este estudio aportan elementos sobre los que se debe construir la justiciabilidad en salud, un perfil que promueva los procesos saludables/protectores que aporten a la promoción de la salud y defensa de la vida y un perfil de procesos malsanos/destructivos, que debe ser contrarrestando con estrategias de prevención, anticipándose para evitar los daños de una enfermedad y el evitar el sufrimiento humano a estos trabajadores y sus familias.

Referencias Bibliográficas

- Abbate, M., Pericas, J., Yañez, A. M., López-González, A. A., De Pedro-Gómez, J., Aguilo, A., ... y Bannasar-Veny, M. (2021). Socioeconomic inequalities in metabolic syndrome by age and gender in a Spanish working population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10333.
- ALAD. (2010). Epidemiología, diagnóstico, control, prevención y tratamiento del síndrome metabólico en adultos. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 1, 25-44.
- Alberti, K. G. M., Zimmet, P., y Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *The Lancet*, 366(9491), 1059-1062.
- Alberti, K. G., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., ... y Smith Jr, S. C. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention; national heart, lung, and blood institute; American heart association; world heart federation; international atherosclerosis society; and international association for the study of obesity. *Circulation*, 120(16), 1640-1645.
- Alegria, E., Cordero, A., Laclaustra, M., Grima, A., León, M., Casanovas, J. A., ... y Ferreira, I. (2005). Prevalencia del síndrome metabólico en población laboral española: registro MESYAS. *Revista española de cardiología*, 58(7), 797-806.
- Babisch, W., Pershagen, G., Selander, J., Houthuijs, D., Breugelmans, O., Cadum, E., ... y Hansell, A. L. (2013). Noise annoyance—A modifier of the association between noise level and cardiovascular health?. *Science of the total environment*, 452, 50-57.
- Balkau, B y Charles, M. A. (1999). Comment on the provisional report from the WHO consultation. *Diabetic medicine*, 16(5).
- Betancourt, Ó., Mertens, F., y Parra, M. (2016). Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente: aportes teórico-metodológicos de una comunidad de práctica.
- Browne, R. H. (1995). On the use of a pilot sample for sample size determination. *Statistics in medicine*, 14(17), 1933-1940.
- Brunner, E. J., Marmot, M. G., Nanchahal, K., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., Juneja, M., y Alberti, K. G. M. (1997). Social inequality in coronary risk: central obesity and the metabolic syndrome. Evidence from the Whitehall II study. *Diabetologia*, 40, 1341-1349.

- Castaño, C., De Avila, L. D., Tapia, E., Díaz, D., y Orozco, R. C. (2018). Prevalencia de síndrome metabólico en trabajadores de una institución de educación superior, Cartagena, Colombia. *Ustasalud*, 17(1-S), 40-40.
- Chandola, T., Brunner, E., y Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *Bmj*, 332(7540), 521-525.
- Cleeman, J. I. (2001). Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-2497. doi:10.1001/JAMA.285.19.2486
- Das Mercedes, M. C., Santana, A. I. C., Lua, I., Da Silva, D. A. R., e Silva, D. D. S., Gomes, A. M. T., ... y D'Oliveira Júnior, A. (2019). Metabolic syndrome among primary health care nursing professionals: a cross-sectional population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2686.
- Einhorn, D. (2003). American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome. *Endocrine practice*, 9, 5-21.
- Espinosa, M., Yaruquí, K., Espinosa, F., y Ordóñez, V. (2014). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en trabajadores universitarios de Loja-Ecuador. *Medicina*, 18(3), 179-183.
- García-García, E., la Llata-Romero, D., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M. T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., ... y Sotelo-Morales, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. *Archivos de cardiología de México*, 78(3), 318-337.
- González Vargas, J. (2019). *Los conceptos de espacio y territorio en el pensamiento contemporáneo en salud*. [Tesis de Maestría, Universidad Complutense, Madrid]. <https://docta.ucm.es/entities/publication/4726e33c-9637-4235-b854-7c569172b1cc>.
- Grundy, S. M. (2006). Metabolic syndrome: connecting and reconciling cardiovascular and diabetes worlds. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(6), 1093-1100.
- Grundy, S. M., Brewer Jr, H. B., Cleeman, J. I., Smith Jr, S. C., y Lenfant, C. (2004). Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*, 109(3), 433-438.
- Hernández, C. G. G. (2013). Los problemas ambientales y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *lud. s*, 396.

- Hernández, J. L. C., González, M. J. C., Galiana, M. A., y Hernández, E. Y. R. (2018). Síndrome metabólico, un problema de salud pública con diferentes definiciones y criterios. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 17(2), 7-24.
- Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M. T., y Zamorano, J. L. (2016). Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 939-e1.
- IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. (2005). International Diabetes Federation: The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. http://www.idf.org/webdata/docs/Metabolic_syndrome_def.pdf.
- Isomaa, B. O., Almgren, P., Tuomi, T., Forsen, B., Lahti, K., Nissen, M., ... y Groop, L. (2001). Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes care*, 24(4), 683-689.
- Kaur, J. (2014). A Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. *Cardiology research and practice*, 2014(1), 943162.
- Kaur, S., Cohen, A., Dolor, R., Coffman, C. J., y Bastian, L. A. (2004). The impact of environmental tobacco smoke on women's risk of dying from heart disease: a meta-analysis. *Journal of Women's Health*, 13(8), 888-897.
- Liao, C. M., y Lin, C. M. (2018). Life course effects of socioeconomic and lifestyle factors on metabolic syndrome and 10-year risk of cardiovascular disease: A longitudinal study in Taiwan adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(10), 2178.
- Lizarazu-Diazgranados, I., Rossi-Trespalcios, C., Iglesias-Acosta, J., y Villanueva-Torregroza, D. (2013). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y evaluación del riesgo cardiovascular global en trabajadores de la Universidad Libre seccional Barranquilla, 2010 (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 52-63.
- Lizarazu-Diazgranados, I., Rossi-Trespalcios, C., Iglesias-Acosta, J., y Villanueva-Torregroza, D. (2013). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y evaluación del riesgo cardiovascular global en trabajadores de la Universidad Libre seccional Barranquilla, 2010 (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 52-63.
- López, L. X., Calero-Saa, P. A., Arias-Holguín, G. J., Quincos-Echeverry, D. C., Tipazoca-Nontién, L. A., y Monroy-Díaz, Á. L. (2019). Síndrome metabólico en conductores de transporte intermunicipal de Tunja, Boyacá. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 188-200.

- Lurbe, E., Cifkova, R., Cruickshank, J. K., Dillon, M. J., Ferreira, I., Invitti, C., ... y Zanchetti, A. (2009). Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension. *Journal of hypertension*, 27(9), 1719-1742.
- Márquez-Sandoval, F., Macedo-Ojeda, G., Viramontes-Hörner, D., Ballart, J. F., Salvadó, J. S., y Vizmanos, B. (2011). The prevalence of metabolic syndrome in Latin America: a systematic review. *Public health nutrition*, 14(10), 1702-1713.
- Matilla-Santander, N., Espinola, M., Cartanyà-Hueso, À., Lidón-Moyano, C., González-Marrón, A., Martín-Sánchez, J. C., ... y Martínez Sánchez, J. M. (2020). Prevalence and determinants of metabolic syndrome in Spanish salaried workers: evidence from 15 614 men and women. *Journal of Public Health*, 42(1), 141-148.
- Medina Estrada, C. (2020). Estilos de vida y su relación con el síndrome metabólico en docentes y personal administrativo de la Universidad Andina del Cusco. 2019. [Tesis de pregrado, Universidad Andina de Cusco] <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3702>
- Mottillo, S., Filion, K. B., Genest, J., Joseph, L., Pilote, L., Poirier, P., ... y Eisenberg, M. J. (2010). The metabolic syndrome and cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(14), 1113-1132.
- Navarrete Briones, C., y Cartes-Velásquez, R. (2014). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en comunidades pehuenches, Chile. *Revista Médica Electrónica*, 36(1), 34-48.
- O'Neill, S., y O'Driscoll, L. J. O. R. (2015). Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obesity reviews*, 16(1), 1-12.
- Palacios Espinoza, E. D. C. (2018). Determinación social de la contaminación del aire urbano y de su relación con el deterioro de la salud respiratoria en los niños y niñas menores de 5 años (Cuenca, Ecuador) 2012-2014. [Tesis de doctorado, Universidad Andina Simón Bolívar] UASB-Digital. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6218>
- Park, Y. W., Zhu, S., Palaniappan, L., Heshka, S., Carnethon, M. R., y Heymsfield, S. B. (2003). The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Archives of internal medicine*, 163(4), 427-436.
- Pérez-Martínez, M. E. (2003). La conformación territorial en Colombia: entre el conflicto, el desarrollo y el destierro. *Cuadernos de desarrollo rural*, (51), 61-90.

- Pinzón, A., Velandia, Ó. O., Ortiz, C. A., Azuero, L. F., Echeverry, T., y Rodríguez, X. (2014). Síndrome metabólico en trabajadores de un hospital de nivel III de atención Estudio SIMETRA. *Acta médica colombiana*, 39(4), 327-335.
- Pinzón, J. B., Serrano, N. C., Díaz, L. A., Mantilla, G., Velasco, H. M., Martínez, L. X., ... y Moreno, D. (2007). Impact of the new definitions in the prevalence of the metabolic syndrome in an adult population at Bucaramanga, Colombia. *Biomedica*, 27(2), 172-179.
- Polo Almeida, P. (2020). Determinación social de la salud en el territorio: miradas de los trabajadores bananeros en Tenguel (Ecuador). *Revista Ciencias de la Salud*, 18 (SPE), 152-173.
- Reilly, M. P., y Rader, D. J. (2003). The metabolic syndrome: more than the sum of its parts?. *Circulation*, 108(13), 1546-1551.
- Ribeiro, R. P., Marziale, M. H. P., Martins, J. T., Ribeiro, P. H. V., Robazzi, M. L. D. C. C., y Dalmas, J. C. (2015). Prevalence of Metabolic Syndrome among nursing personnel and its association with occupational stress, anxiety and depression. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 435-440.
- Robbins, R. B., Thiese, M. S., Ott, U., Wood, E. M., Effiong, A., Murtaugh, M., ... y Hegmann, K. (2020). Metabolic syndrome in commercial truck drivers: prevalence, associated factors, and comparison with the general population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(7), 453-459.
- Rodríguez, J. M., Rosales Flores, R. A., y Granados Cosme, J. A. (2020). Asociación entre condiciones de trabajo, estilos de vida y síndrome metabólico en conductores de taxi de la Ciudad de México.
- Rodríguez-Miranda, C. D., Jojoa-Ríos, J. D., Orozco-Acosta, L. F., y Nieto-Cárdenas, O. A. (2017). Síndrome metabólico en conductores de servicio público en Armenia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19, 499-505.
- Román, O., Prieto, M. J., Mancilla, P., Astudillo, P., Acuña, C., y Delgado, I. (2009). Aumento del riesgo de consultas cardiovasculares por contaminación atmosférica por partículas: Estudio en la ciudad de Santiago. *Revista chilena de cardiología*, 28(2), 159-164.
- Román, O., Prieto, M. J., Mancilla, P., Astudillo, P., Dussaubat, A. M., Miguel, C., y Lara, J. (2009). Daño cardiovascular por material particulado del aire. Puesta al día 2008. *Revista médica de Chile*, 137(9), 1217-1224.
- Roomi, M. A., y Mohammadnezhad, M. (2019). Prevalence of metabolic syndrome among apparently healthy workforce. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 31(2), 252-264.

- Saklayen, M. G. (2018). The global epidemic of the metabolic syndrome. *Current hypertension reports*, 20(2), 1-8.
- Sanchez-Chaparro, M. A., Calvo-Bonacho, E., Gonzalez-Quintela, A., Fernandez-Labandera, C., Cabrera, M., Sainz, J. C., ... e Ibermutuamur. Cardiovascular Risk Assessment (ICARIA) Study Group. (2008). Occupation-related differences in the prevalence of metabolic syndrome. *Diabetes care*, 31(9), 1884-1885.
- Srikanthan, K., Feyh, A., Visweshwar, H., Shapiro, J. I., y Sodhi, K. (2016). Systematic review of metabolic syndrome biomarkers: a panel for early detection, management, and risk stratification in the West Virginian population. *International journal of medical sciences*, 13(1), 25.
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., ... y Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology*, 10, 1-10.
- Valdés, P. (2006). Paradigmas de la Investigación en Salud. Documento de trabajo para el Curso GIS III. https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/paradigmas.pdf, 1-5.
- World Health Organization. (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications* : report of a WHO consultation. Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. World Health Organization.
- Zaldivar, J. A. G., y Soriano, J. I. A. (2014). Síndrome metabólico: una epidemia en la actualidad. *Revista Médica Hondureña*, 82(3), 121-125.
- Zimmet, P., Alberti, K. G. M., y Ríos, M. S. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Revista española de cardiología*, 58(12), 1371-1376.

CAPÍTULO 2

El síndrome metabólico desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud

En respuesta al objetivo específico dos, Identificar y analizar las características del territorio, los modos y estilos de vida en los que construyen su vida los trabajadores, se propuso un acercamiento a esta condición de riesgo cardiovascular desde un nuevo marco interpretativo: la Determinación Social de la Salud (DSS), con el fin de contextualizarse esta nueva mirada se presentan las bases epistemológicas, conceptuales y metodológicas de la investigación, la cual se enmarca en los planteamientos teóricos de la salud colectiva desarrollados durante las últimas décadas en América Latina.

Marco teórico

La visión de salud como proceso biológico y social tiene sus orígenes en (Salvador Allende, 1939), (Friedrich Engels, 1840) y (Rudolf Virchow 1840) quienes reconocieron el papel que juegan las dimensiones política y económica en el desarrollo de la enfermedad (Waitzkin, 2013) citado por (Polo Almeida, 2020). Estas propuestas, permitieron reconocer, ampliar y profundizar como el proceso salud-enfermedad es socialmente determinado por los aspectos políticos y económicos que se imponen en la sociedad. En Latinoamérica, ante el influjo social de los años 70 del siglo XX, emergen varios autores que aportaron elementos teóricos respecto a la forma de comprender la relación entre el orden social capitalista y la salud de las poblaciones, siendo el eje central de estas reflexiones el

marxismo (Polo, 2020). Entre estos grupos de académicos y activista, se consolida el grupo de Salud Colectiva (SC), el cual tiene como objetivo el estudio de los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad.

En respuesta a esta necesidad, la SC propuso la DSS, como una alternativa ante el causalismo, no para indagar la relación lineal causa-efecto ni la explicación probabilística de riesgo/vulnerabilidad individual, sino para superar el fuerte predominio de miradas reduccionistas en el campo de la salud, basadas en un marco empírico funcionalista, que dificultan descifrar y comprender los procesos estructurales que generan los problemas de salud y en consecuencia transformar la realidad en este momento histórico donde está en riesgo la viabilidad de la vida sobre el planeta (Otálvaro, 2019).

Desde este punto de vista, la DSS representa una propuesta contra hegemónica, que plantea una crítica a la epidemiología tradicional, la biomedicina y a otras disciplinas que fragmentan la realidad, al individuo y a las sociedades, y los despojan de sus historias como sujetos y sociedades. A su vez, que reconocen que el proceso salud-enfermedad es fundamentalmente una producción histórica, política, económica y sociocultural resultado del modo de producción dominante en la sociedad (Polo, 2020; Breilh, 2003a; Almeida, 2000).

Como categoría conceptual, la DSS está orientada a comprender como los modos de vivir, de enfermar y de morir de las diversas clases sociales, géneros y etnias se determinan por las formas de propiedad, poder, división del trabajo formas de producción y reproducción de las sociedades capitalistas (Soliz, 2014; Morales et al. 2013; Breilh, 2013; Eibenschutz, 2011). La DSS juntamente con la noción de reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza conforman las tres categorías centrales de la propuesta de la epidemiología crítica (Breilh, 2013). La cual sostiene que el sujeto que investiga, el objeto de investigación y la praxis, parten de una estructura compleja y multidimensional, que reconoce un espacio formado por tres dominios: general (sociedad), particular (modos de vida) y singular (estilos de vida, genotipo y fenotipo),

los cuales sostienen relaciones de interdependencia, interafección e interinfluencia a través de un movimiento dialéctico (Solíz, 2016).

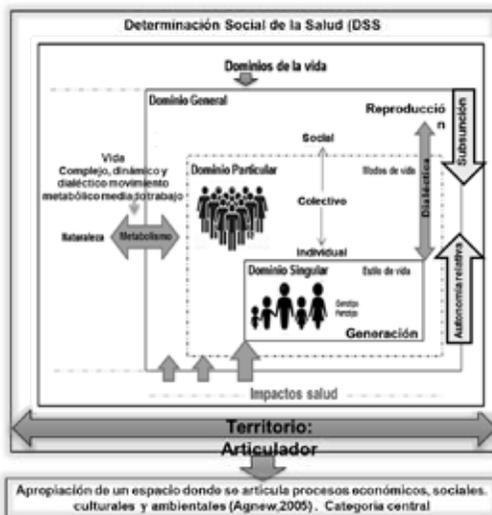
El **dominio general**, hace referencia a la dimensión estructural analiza cómo las relaciones de carácter económico, político y ambiental, propias del modo de producción capitalista, y que suceden a escala planetaria, influyen en el modo de relacionarse al interior de las sociedades y entre individuos, y cómo esta interrelación y movimiento continuo de las tres dimensiones determinan fisiopatologías en individuos y grupos sociales (Breilh, 2010a). En tanto, el **dominio particular**, se refiere a los modos de vida, entendidos como la realización de la vida del grupo social en el espacio comunitario, mientras que el **dominio singular**, representa los estilos de vida, el que hacer de una persona en su dinámica particular y vinculado a su trayectoria espacial particular y comunitaria (Breilh, 2003). Las dimensiones [General, particular y singular] están relacionadas y se configura mutuamente en una ida y vuelta constante a sí mismas y entre ellas, y en este movimiento la dimensión estructural se impone sobre y configura, tanto los modos de vida y los estilos de vida (Breilh, 2010a; Breilh, 2003). Sin embargo, los estilos y modos de vida pueden, a su vez, generar relaciones-respuesta que aporten al cuidado del proceso salud-enfermedad (Breilh, 2010b). Esas relaciones evidencian procesos críticos, entendidos como objetos dinámicos que influyen las condiciones de salud de los individuos que habitan en un territorio (Gómez, et al. 2007). Estos procesos críticos, a su vez se integran en una matriz, la cual incluye aspectos económicos, políticos y culturales (ordenes) de cada uno de los dominios general, particular y singular en un espacio social y territorial concreto, buscando superar la mirada segmentada de la realidad social (Gómez, et al. 2007; Concha, 2015).

Esta dinámica de interacción entre las tres dimensiones configura procesos complejos de cuidado de la salud o destructores de esta tanto para los individuos como para los grupos sociales, lo que Breilh denomina el perfil epidemiológico (Breilh, 2010a), entendido como un recurso que sistematiza un complejo proceso dialéctico de determinación histórica que opera en los dominios general que subsume al particular y al singular, mediados por procesos protectores y destructivos que permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales,

y que se configura como una trama compleja, contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo (Breilh,2013). Los procesos protectores y destructivos surgen frente a la necesidad de superar la visión unidimensional de la epidemiología clásica y esto se logra mediante la ruptura epistemológica que incorpora la complejidad y el movimiento, lo que implica deslindarse de la concepción de “factor” y trascender a la noción de “proceso”.

La comprensión de la estructura compleja y dialéctica de los dominios de la realidad, su estructura jerárquica y los movimientos dialécticos de la reproducción-generación, subsunción-autonomía relativa que existe entre los contextos sociohistóricos, los modos de vida y los estilos de vida, se presentan en la Figura 4 , mediante el esquema gráfico propuesto por Jaime Breilh (Breilh, 2003). En este gráfico se simboliza las relaciones dialécticas existentes entre los tres niveles de la complejidad en salud, mirada desde la que se hace una crítica al modelo biomédico tradicional y desde el cual se re-conoce que los seres humanos no existen en un vacío ecológico ni social, por el contrario, se reivindican las relaciones de interacción constante con sus naturalezas vivas (Solíz, 2016). Tal como lo evidencia, el gráfico la salud está determinada social y ambientalmente en una relación dialéctica de subsunción-autonomía relativa entre lo individual-colectivo y la relación sociedad-naturaleza (Solíz, 2014).

Figura 4. Modelo propuesto desde la epidemiología crítica



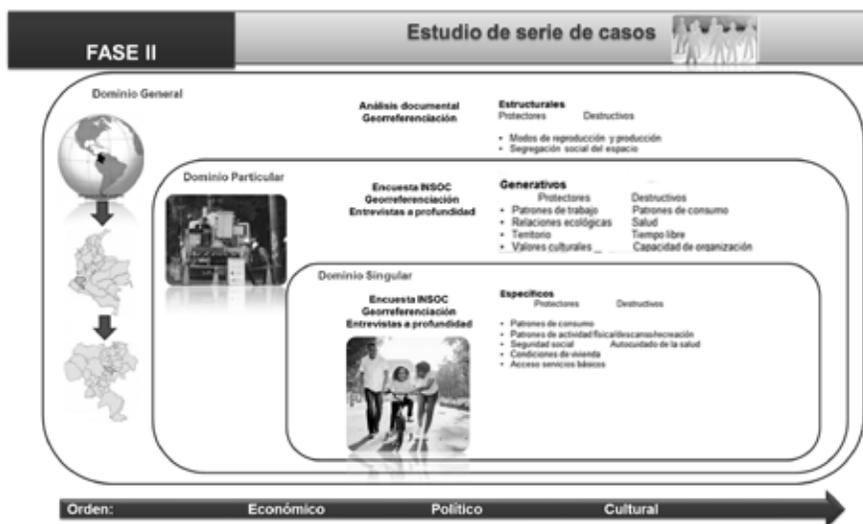
Fuente: Elaboración propia (Modificado de Jaime Breilh, 2004).

2.1 Metodología

Estudio mixto desde el enfoque de la determinación social de la salud

Para la segunda fase de este estudio, se propuso un estudio de serie de casos empleando métodos mixtos, conformado por un diseño explicativo secuencial con una fase cuantitativa y otra cualitativa (Hernández et al. 2010), las cuales contribuyeron a comprender e interpretar la complejidad del objeto de estudio a partir de un proceso de triangulación (Figura 5). Para este estudio se tomó un tamaño de muestra de 327 trabajadores, los cuales tenían como principal criterio de inclusión haber sido diagnosticados con SM en la fase I de esta investigación.

Figura 5. Metodología estudio mixto



Fuente: Elaboración propia.

Los métodos empleados en esta fase se organizaron en seis ítems presentado de la A-F a saber:

A. Revisión documental de la investigación

Con el fin de aproximarse a las diferentes dimensiones de estudio, en especial la general, se realizó una investigación documental, la cual permitió conocer los acontecimientos históricos, espaciales y temporales de la ciudad. Entre las fuentes primarias de información se destacan los registros impresos como libros y documentos y personales;

los registros suministrados por la Alcaldía de Popayán, Cámara de comercio del Cauca, DANE, secretaria municipal de salud en respuesta a la solicitud realizada por la investigadora. Adicionalmente, documentos audiovisuales como mapas y fotografías.

Entre las fuentes secundarias se destacan las bibliotecas públicas y los centros de documentación de la Universidad del Cauca, Colegio mayor y las bibliotecas personales de investigadores en el tema, así como las páginas web de varias instituciones gubernamentales nacionales y regionales vinculadas al tema. Dentro de las técnicas de investigación documental se empleó la bibliografía anotada, la cual permitió crear un listado de documentos de interés para el estudio, teniendo en cuenta criterios como la validez y representatividad de la información. Se revisaron y evaluaron los documentos para extraer e identificar los temas de interés que serían aportados al estudio, posteriormente, se realizó el análisis textual de los documentos teniendo en cuenta su claridad y comprensión. Finalmente, dentro del marco hermenéutico se interpreta el material revisado.

B. Recopilación de información sobre modos y estilos de vida

A los trabajadores que aprobaron continuar con su participación en la segunda fase de la investigación, se les pidió el auto diligenciamiento del instrumento INSOC en formato físico con acompañamiento de los investigadores. Esta encuesta permitió recopilar información sobre sus modos de vida y estilos de vida, la información obtenida, se almacenó en la base de datos construida en el programa estadístico SPSS V26 para este estudio.

C. Clasificación de los trabajadores por clase social

La clasificación de clase social se realizó de acuerdo con el modelo teórico propuesto por Breilh (Breilh, 1979) y las modificaciones realizadas por Otálvaro (Otálvaro, 2019) y Morales (Morales, 2021). En este modelo se emplean cuatro categorías a saber: a) Relación de propiedad frente a los medios de producción/tipo de propiedad, b) Lugar que ocupa el trabajador en el proceso productivo, c) Control sobre el proceso productivo y d) El tipo de cuota y forma de riqueza social del que disfruta el trabajador.

D. Entrevistas a profundidad

Se realizaron una serie de entrevistas a profundidad con el propósito de enriquecer los temas investigados inserción social, modos y estilos de vida, relación territorio y salud, en ella se indagan las razones que sustentan la opinión, percepciones, motivaciones, emociones asociadas, expectativas o intenciones, entre otras del entrevistado sobre los temas de estudio. Para la entrevista, se elaboró una guía de temas y preguntas orientadas por el marco teórico propuesto en el estudio. Las preguntas no se realizaron secuencialmente, sino conforme a los aspectos que traían las personas a la conversación, la posibilidad de respuesta amplias y variadas facilito en algunos casos responder a las preguntas subsiguientes, teniendo en cuenta que al final ninguna pregunta se quedara sin ser respondida.

La selección de la muestra de estudio (n= 8 entrevistas), se realizó mediante un cuadro de tipologías, el cual permitió relacionar las variables clase social, sexo y ubicación geográfica de la vivienda (comunales).

Todas las personas entrevistadas fueron debidamente informadas sobre el objetivo y la utilidad de este estudio. La información obtenida de los trabajadores fue registrada en audio, posteriormente transcrita de manera textual. El procesamiento de la información permitió la segmentación de las entrevistas y su codificación de acuerdo con las categorías de análisis, utilizando el Software ATLAS. Ti 7.5.4.

E. Análisis estadístico

Ante de iniciar los análisis estadísticos la base de datos fue sometida a revisión con el fin de identificar la presencia de casos duplicados y casos perdidos. Finalmente, se realizó el análisis de los datos colectados con el instrumento INSOC, estos se analizaron mediante la aplicación de diversas pruebas estadísticas dirigidas a identificar medidas de tendencia central o medidas de resumen, el comportamiento de las variables del estudio, el resultado de cruces bivariados y multivariados y las correlaciones entre las variables.

F. Diseño y construcción de mapas

La información obtenida en la fase documental, en la encuestas y entrevistas permitió una aproximación a la estructura del territorio y localización de algunos elementos de los modos de vida de los trabajadores en estudio.

Con esta información, se elaboraron, una serie de mapas que permitieron georreferenciar aspectos como la estratificación socioeconómica de la ciudad, ubicación de equipamientos de salud, sitios de disponibilidad de alimentos saludables, actividades deportivas y recreativas, comuna de residencia y ubicación de la empresa donde labora a partir de la información primaria obtenida en el trabajo de campo.

La construcción y posterior análisis de estos mapas se realizó desde enfoques y métodos de investigación que combinan métodos cualitativos y cuantitativos. La incorporación de los mapas al trabajo de investigación se realizó desde una perspectiva crítica de la sociología urbana, la geografía y la ecología política del tiempo y del espacio social de y para una vida digna en el territorio urbano de la ciudad de Popayán. La elaboración de mapas requirió el empleo de herramientas de Google maps y la búsqueda de información de la ciudad que no estaban disponibles en ninguna fuente. Los mapas producto del trabajo investigativo del estudio fueron diseñados el arquitecto Jean Paolo Zarta del Colegio Mayor del Cauca

La articulación de ambos componentes cualitativo y cuantitativo se lleva a cabo mediante la lectura contextualizada de la información derivada de las técnicas y los métodos empleados en el estudio, así como de la triangulación entre estas.

2.3 Resultados y Discusión

En esta segunda fase del estudio, se propuso un estudio de serie de casos conformado por una muestra de trabajadores (n=327), los cuales fueron diagnosticados con síndrome metabólico en el estudio descriptivo de la fase uno. A partir de la información obtenida de estos trabajadores se realizó el análisis de la determinación social en el contexto territorial de estudio: Popayán. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el análisis de la dimensión general, particular y singular.

2.3.1 Dimensión general: Contexto socio-territorial de la ciudad de Popayán

Con el propósito de conocer el dominio general, se aportan elementos que contribuyen a comprender tanto la configuración socio-territorial de la

ciudad de Popayán como su impacto en la configuración y reproducción de los modos de vida de la población, en cuanto que esta determina las condiciones diferenciales de acceso y disfrute de las oportunidades y los recursos con los que cuentan los grupos sociales que la habitan.

Desde la perspectiva de la DSS, se hizo explícita la importancia del espacio y del territorio en el proceso de salud-enfermedad. Breilh propone avanzar hacia una construcción innovadora del espacio de la salud. Indicando que el espacio no es un “lugar estático, continente y pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador” lo que señala la necesidad de “superar la acepción empírica de la noción de ‘lugar’ que reduce esta categoría a un simple continente físico o circunscripción administrativa” (Breilh, 2010a). Elis Borde y Mauricio Torres, señalan que “la gente vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción), condiciones que se generan unidas al territorio” evidenciando la importancia del territorio dentro de la configuración del proceso salud-enfermedad (Borde y Torres, 2017). El conocimiento de los mecanismos específicos a través de los cuales los lugares afectan la salud, así como la cuantificación de su impacto, es importante no sólo para fortalecer las inferencias causales, sino también para identificar posibles vías de intervención que contribuyan a diseñar programas de salud pública que impacten de manera significativa la calidad de vida y la salud de las poblaciones (Bilal et al. 2016; Cummins et al. 2007).

Comprensión histórico-territorial de la ciudad de Popayán

Popayán, es un municipio colombiano, capital del Departamento del Cauca, localizado al suroccidente de Colombia, en el Piedemonte de la cordillera Central. Su fundación data de 1537 por lo que se reconoce como una de las ciudades más antiguas de América, lo que se refleja en su arquitectura y tradiciones religiosas. Las características físicas del territorio muestran que es eminentemente urbano, un 90% de la población ocupa esta área, la cual cuenta con una extensión de 2.821 hectáreas y el 10% restante corresponde al área rural con 51.200 hectáreas. El municipio alberga una importante composición étnica, representada por mestizos, indígenas y negritudes, con características culturales y necesidades diferentes a pesar de compartir espacio del mismo territorio.

La segregación territorial: Un sustrato para las desigualdades sociales

La segregación socioespacial¹ de la ciudad, muestra la localización de nuevos asentamientos fragmentados en la periferia, lo que lleva a un modelo de ocupación extendido. La segregación se percibe y se vive a través de los accesos diferenciados de los individuos a la ciudad, fuertemente marcados por la apropiación privada. Estas dinámicas establecen procesos de territorialización determinados por el uso del suelo según la ubicación geográfica, lo cual ha llevado al establecimiento de soluciones de vivienda estratificadas según la capacidad adquisitiva de los hogares. Por otra parte, en el sector histórico, la mixticidad de usos del suelo se hace más palpable, el centro tiene déficit en cuanto al número de residentes, pues las actividades terciarias, las administrativas, el comercio, y el elevado coste de este sector ha generado un proceso de gentrificación².

Este proceso de poblamiento y ubicación de los grupos humanos, ha estado unido a los antecedentes sociales, políticos y económicos que han marcado la dinámica nacional, regional y local y a los procesos de urbanización, que de manera continua han tenido efectos en la concentración territorial de la población aproximadamente 325,477 habitantes y en la formación de las nueve comunas (conformadas por 285 barrios), las cuales comparten características de proximidad territorial y cierta homogeneidad socioeconómica y cultural (Castrillón et al. 2020; Plan de Ordenamiento territorial [POT], 2002) . La segregación socioespacial generada desde 1946, ha dado origen a un proceso de múltiples territorializaciones, el cual impuso un alto nivel de precariedad en las condiciones de vida para las personas que habitan las comunas 2,5,6 y 7, zonas donde se presenta una mayor concentración de hogares.

Dimensión económica de la ciudad de Popayán

Las estadísticas del DANE posicionan a Popayán, como la cuarta ciudad del país con mayor nivel de pobreza (44,9%), posición que además

1 **Segregación espacial:** Hace referencia a la distinción espacial entre las áreas de residencia de grupos poblacionales que viven en un mismo territorio (Henao, 2019).

2 **Gentrificación:** Es un proceso asociado con el desplazamiento y la sustitución de población de una clase social por otra de mayores recursos económicos producto de una transformación espacial venida de acciones de mejoramiento o renovación urbana en los centros de las ciudades (Benavides, 2017)

conserva en la clasificación del nivel de pobreza extrema (11,4%) y se reconoce como la sexta ciudad de Colombia con mayor nivel de desigualdad, con un Coeficiente de Gini: 0,488 (DANE, 2020). Por su parte, el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV, 2018) reportó que los hogares con el mayor Índice de Pobreza Multidimensional concentrado (IPM) se ubican en la periferia de las comunas 5,6 y 7, las cuales corresponden a las zonas más densamente pobladas de la ciudad. Por su parte, los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y miseria se concentran en la periferia de la ciudad, específicamente en las comunas 5 y 7.

En el contexto de pobreza de la ciudad, se revisó cuál es la tendencia de la dinámica del mercado laboral. Al respecto, se encontró que la economía de la región se basa en el sector comercial y de servicios, lo cual limita la generación de empleos cualificados y estables (Gómez et al. 2016). La combinación de estas actividades económicas tanto a nivel departamental como municipal, hacen que la economía de la ciudad se encuentre en una etapa evolutiva, la cual se basa en la producción y el intercambio de bienes.

Este rezago económico del territorio obedece entre otros factores estructurales, a la gran dependencia del sector servicios y del agro y a los bajos niveles de industrialización, generados como parte del desarrollo económico moderno de la ciudad (Arbués et al. 2019; Gómez et al. 2016). Este desarrollo se ha caracterizado por una continua transferencia de población desde las actividades agrícolas hacia las de servicios e industriales, provocando un crecimiento importante de este sector en la economía. Este contexto económico trae consigo, entre otros, una problemática social, representada por el aumento de demandas laborales frágiles y estacionales, lo que impide que se generen empleos de calidad, estables y bien remunerados. Sumado a lo anteriormente, en los últimos años se ha presentado un panorama económico crítico que al parecer ha estado asociado a la presencia de problemas sociales, como el conflicto armado y los constantes bloqueos en la vía panamericana por parte de grupo indígenas y campesinos, lo que explican el bajo dinamismo

de la economía payanesa, ya que la confianza de los inversionistas puede estar afectada por las problemáticas anteriormente expuestas (Matilla et al. 2020). El conflicto armado, motivó la migración a la zona urbana de la ciudad de Popayán, generando altas tasas de flujos migratorios no provistos, que causan tanto un detrimento en la calidad de vida como una afectación en las dinámicas del mercado laboral del territorio (Arbués et al. 2019; López et al. 2019)

En la ciudad se presenta una tasa de desempleo del 19,1% (tasa de desempleo nacional del 17,3% a enero 2021) siendo las mujeres (22,4%) las más afectadas con respecto de los hombres (16,5%) (DANE, 2021), la georreferenciación mostró que las mayores tasas de desempleo se concentran en el norte y sur de la ciudad, específicamente en las comunas 2,5,6, y7.

La accesibilidad como condicionante de la calidad de vida en el territorio

En la ciudad se vive las contradicciones entre los intereses del capital y la necesidad de una vida plena, estas nuevas formas de desigualdades urbanas, consentidas por las acciones pública, como mecanismo que se supone busca generar condiciones de equidad, lamentablemente lo que generan es el efecto inverso y niegan el derecho a la ciudad para amplios sectores de la población. Lefebvre, plantea que el establecimiento de la vida cotidiana y la producción del espacio, integran de manera profunda el ciclo de reproducción del capitalismo, el cual se expande para tomarse en su totalidad la vida en la ciudad, sometiéndola a su lógica. Desde esta mirada, la cotidianidad pasa a ser un importante producto de la historia para comprender el progreso histórico del capitalismo particularmente durante los siglos XX y XXI (Lefebvre y Nicholson, 1991).

El espacio como mercancía es parte constitutiva de la problemática de la vida urbana, la segregación, característica de la producción de la ciudad contemporánea vivida en la dimensión de lo cotidiano es expresión de la mercantilización del espacio y ha generado la creación de nuevas formas sociales, nuevos valores y nuevas maneras de vivir, que han adaptado

la vida de las personas a su lógica. Es la sumisión de todo y de todos al modo de la mercancía, imponiendo la lógica del valor de cambio sobre el valor de uso, es el desencuentro del hombre y su ciudad.

La praxis urbana bajo el capitalismo supone la desigualdad social y espacial como su fundamento, es una realidad que el proceso de urbanización y el modelo de desarrollo actual favorecen a las clases sociales dominantes. En este sentido, un estudio realizado por (Chamorro, 2019), caracterizó las condiciones de accesibilidad dotacional³ en la ciudad como un indicador de vulnerabilidad urbana, asociada a la dimensión físico-urbana. Esta vulnerabilidad producto de la fragmentación y la segregación del espacio urbano, genera no solo una degradación funcional en el sistema, sino que impacta de manera negativa la calidad de vida de los habitantes (Kapstein, 2010; Hernández, 2007; Alguacil, 2006) citados por (Gómez, 2019).

El análisis de la Infraestructura en salud mostró un total de 15 instituciones prestadoras, de las cuales 11 pertenecen al nivel I, 3 al nivel II y 1 al nivel III. El principal centro de atención en salud de la ciudad es el Hospital Universitario San José, el cual ofrece cobertura al 65% de la población del municipio (Gómez, 2019). Estas dotaciones de carácter público o privado ofrecen atención básica o especializada en servicios médicos o quirúrgicos.

Por otra parte, dentro de los centros de abastecimiento de alimentos, la ciudad cuenta con cinco plazas de mercado que disponen de 475 locales en servicio, los cuales no cumplen con las especificaciones técnicas requeridas para su funcionamiento, generando impactos ambientales negativos en su entorno, en especial las plazas de la Esmeralda y el barrio Bolívar. Se reconocen otros sitios de abastecimiento: 18 supermercados, el 61% de los cuales se encuentran localizados en la comuna 4; 11% en la comuna 8 y el resto entre las comunas 1,2 y 3 (Figura 6).

³ **Accesibilidad dotacional**, entendida como una situación de desventaja que enfrenta un grupo poblacional frente a la dificultad de acceso físico a dotaciones básicas urbanas de carácter público (instituciones educativas, centros de salud y zonas verdes mantenidas de carácter público

Figura 6. Principales centros de abastecimiento de la ciudad



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes secundarias.

Es de resaltar que, en los últimos cinco años, la ciudad se ha visto impactada por la presencia de un gran número de placitas campesinas, que representa una amenaza para el pequeño comercio de frutas y verduras que se da en las plazas de mercado, pero que, a su vez, son una oportunidad de acceso para los habitantes de algunos barrios, de poder contar con sitios de venta de alimentos saludables en su entorno inmediato.

Adicionalmente, cuenta con algunos centros de comercio, la mayoría ubicados en la comuna 4 y otros en las comunas 1,2,3 y 8. Esta mayor disponibilidad de centros, ha generado en la comuna 4 problemas de congestión e impide el disfrute del patrimonio. Adicionalmente, cuenta con dos grandes centros comerciales: campanario ubicado en la comuna 1, el cual a su vez ofrece los servicios de un almacén de cadena (Jumbo) con una amplia oferta de productos de primera necesidad o de consumo. El otro centro corresponde a Terraplaza con oferta de mercancías y entretenimientos ubicado en la comuna 2. De igual manera, cuenta con la presencia de dos almacenes Éxito, ubicados en la comuna 1 y 4 y cinco supermercados de la cadena Olímpica,

ubicados en las comunas 1,2 y 3 (Figura 6). Por otra parte, la ciudad ofrece centros de barrio como alternativa a la ciudad polarizada actual, de forma que se pueda acceder a diferentes servicios sin necesidad de trasladarse a puntos alejados o dirigirse a estos sectores de tanta conflictividad en la ocupación del espacio público y tensiones asociadas a la falta de disponibilidad del espacio.

La disponibilidad de zonas verdes y espacios recreativos no cumple con la normatividad, los parques se encuentran ocupados por actividades comerciales o viviendas informales y los corredores ambientales de los ríos y quebradas se ven alterados por ocupaciones indebidas, el área verde por habitante se reduce paulatinamente (Findeter, 2019). En cuanto, a los equipamientos para la práctica de actividad física y recreación, la ciudad cuenta con cuatro centros principales: el estadio Ciro López, el coliseo la Estancia, el centro deportivo Universitario de Tulcán y la Unidad deportiva Villa Olímpica (Figura 7). Los dos primeros cuentan con regulares condiciones de infraestructura, producto del paso del tiempo y la falta de planes de mantenimiento, en cambio, el centro deportivo universitario, cuenta con una buena infraestructura y actualmente se encuentra en proceso de remodelación. Adicionalmente, cuenta con el parque de la salud, el complejo deportivo, el centro recreativo de Comfacauca y el centro deportivo de Bello Horizonte, los cuales cubren eventos de carácter local e interdepartamental.

A nivel barrial, los espacios recreativos corresponden a canchas multifuncionales, en condiciones físicas y de mantenimiento no adecuadas. A nivel cuantitativo se presenta un déficit de escenarios para la recreación, el cual es total en las comunas 5,6,7 y 8, en tanto, las comunas 1,2,3,4 y 9 disponen de algunas alternativas de recreación (POT, 2002). Como se evidencia, la ciudad maneja un déficit cualitativo de escenarios deportivos y recreativos. Los comentarios realizados por varios de los trabajadores, respecto a la necesidad de este tipo de equipamiento, se justifica por la ausencia de programas gubernamentales de construcción y mantenimiento de estos escenarios, y la falta de apropiación por parte de la comunidad para trabajar en su cuidado y mantenimiento.

Figura 7. Equipamiento para la práctica de actividad física y recreación



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes secundarias

A manera de conclusión

Históricamente, Popayán ha sido reconocida como una entidad local básica dentro de la organización territorial del Estado colombiano. Actualmente, reconocida como una ciudad intermedia, con alto crecimiento poblacional y marcados niveles de pobreza y desempleo, teniendo en cuenta que la economía de la región se basa en el sector comercial y de servicios, lo cual limita la generación de empleos cualificados y estables.

De otra parte, se evidenció en el territorio un proceso constante de cambio en el uso del suelo, siendo el más predominante el de vivienda, seguido del uso mixto, el comercial y en menor proporción el industrial. Estos cambios en el patrón de territorialización han respondido a la necesidad de

anclar a un sustrato los intereses financieros sobre la base de la ciudad, de esta manera, una ciudad construida históricamente se convirtió en materia prima para la reproducción del capitalismo. Estas formas de expropiación de la ciudad requieren ser estudiada a profundidad como una forma de concientización y comprensión de la reproducción de las desigualdades sociales y la realidad que necesita ser transformada a través de procesos de educación que contribuyan a robustecer las fuerzas emancipatorias comprometidas con la construcción de una sociedad más justa y que dignifique el derecho a la ciudad y al buen vivir.

Los mapas construidos a partir del análisis documental representan para este trabajo un lenguaje visual, político y de transformación a través del cual se expresó la realidad del contexto territorial que se esperan sirvan de insumos para re-conocer que el territorio no representa únicamente una entidad territorial político-administrativa, por el contrario, sea reconocido como un área cargada de contenido natural y humano en el cual viven y se desarrollan diferentes grupos sociales.

2.3.2 Dimensión particular: Modos de vida de los trabajadores en el territorio urbano de Popayán

En esta dimensión, se analiza y explica los modos de vida, entendidos como aquellas organizaciones de la vida de los trabajadores, relacionados directamente con la actividad laboral que estos desempeñan. Por eso y para ello se toma el análisis de clase social como categoría central derivada del análisis del trabajo principal que tienen los trabajadores, que son el asunto central para analizar en esta investigación y en esta categoría. Desde la perspectiva sociológica, se reconoce que las clases sociales están conformadas por personas que “se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en el sistema de producción, las relaciones de propiedad, el papel que desempeñan en la organización del trabajo y las relaciones de distribución” (Breilh, 1979).

El primer elemento denominado: categoría ocupacional se refiere a la posición del individuo en el aparato productivo, el segundo se refiere a la propiedad frente a los medios de producción, el tercer elemento trata de identificar el grado de control del individuo sobre

el proceso de trabajo, y el cuarto elemento señala el tipo y monto de cuota de riqueza del que disfruta la persona. Así, la combinación de estos cuatros aspectos permite ubicar los individuos alrededor de diferentes posiciones de clase social (Breilh, 1979).

Clasificación de los trabajadores por clase social

Esta clasificación (Figura 8) permitió la configuración de cuatro clases sociales a saber: i. asalariados de clase media (45,2%), ii. asalariados de clase baja (30,9%), iii. subasalariados de clase media (15%) y ii. subasalariados de clase baja (8,9%). De acuerdo con la inserción social, este estudio define al asalariado, como un trabajador con un contrato a término indefinido o fijo, regulados por el Código Sustantivo del Trabajo.

Figura 8. Algoritmo para la clasificación de clase social

Inserción social	Lugar proceso productivo	Control proceso productiva	Cuota de riqueza	Ingresos mensuales	Clase social
Asalariado 248 (16,1%)	Empleado titulado	Dirige y Hace 12 (3,7%)	Contrato laboral a término indefinido 133 (88,9%)	Entre 1 y <3 SMLV Entre 3 y <5 SMLV Entre 5 y 7 SMLV	Asalariado clase media 148 (45,2%)
		Hace 136 (41,8%)	Contrato laboral a término fijo 18 (18,1%)	Entre 1 y <3 SMLV Entre 3 y <5 SMLV Entre 5 y 7 SMLV	Asalariado clase baja 101 (38,9%)
	Empleado no titulado	Hace	Contrato laboral a término indefinido 41 (48,8%)	Entre 1 y <3 SMLV	
			Contrato laboral a término fijo 60 (59,4%)		
Subasalariado 78 (23,9%)	Empleado titulado	Hace	Prestación de servicios	Entre 1 y <3 SMLV Entre 3 y <5 SMLV Entre 5 y 7 SMLV	Subasalariado clase media 48 (15%)
	Empleado no titulado		Prestación de servicios	Entre 1 SMLV	Subasalariado clase baja 29 (8,9%)

Fuente: Elaboración propia

A su vez estos trabajadores se diferencian en asalariados de clase media, cuenta con un título profesional o técnico/tecnológico, no son propietarios, dirigen o hacen el trabajo y sus principales ingresos económicos (entre 1 y 7 SMLV) provienen de su relación laboral. Por su parte, los asalariados de clase baja no tienen un título de formación superior, hacen el trabajo, no son propietarios y sus ingresos principales (inferiores a 3 SMLV) provienen de su relación laboral. Por su parte, un subasalariado, se reconoce como un trabajador con contrato de prestación de servicios, forma de contratación, donde la empresa sólo paga por el trabajo contratado y no genera para esta la obligación de

pago de prestaciones sociales. La clase media, estuvo conformada por los trabajadores con título profesional o técnico, quienes tienen ingresos (entre 1 y 7 SMLV) que provienen de su relación laboral. De clase baja, se reconoce aquel trabajador sin título de formación superior, quienes hacen el trabajo, no son propietarios y sus ingresos principales (inferiores a 3 SLMV) provienen de su relación laboral.

Características sociodemográficas de los trabajadores con síndrome metabólico

Como producto del estudio descriptivo, se obtuvo la muestra de estudio a analizar en la siguiente fase de esta investigación. Las características sociodemográficas (Tabla 3), muestran que el 82,6% de los trabajadores son mayores de 40 años. Los más jóvenes son subasalariados de ambas clases sociales y por tanto con menos años de vinculación laboral, lo que evidencia el proceso de flexibilización impuesto en los últimos años en el mercado laboral. El análisis entre clase social y sexo evidenció una mayor proporción de mujeres entre los trabajadores asalariados y subasalariados de clase media, mientras que los hombres pertenecen en su mayoría a la clase baja en ambas clasificaciones. En cuanto al nivel educativo, los trabajadores asalariados y subasalariados de clase media, cuentan en mayor proporción con formación superior, en tanto los trabajadores de clase baja tenían un menor nivel de cualificación (primaria o bachillerato). El 78% de estos trabajadores se reconocen como jefes de hogar, con una mayor proporción entre los trabajadores de clase baja.

Tabla 3. Características sociodemográficas según clase social.

Variables	Clase social n (%)				p	
	Asalariados clase media	Asalariados Clase baja	Subasalariados Clase media	Subasalariados Clase baja		
Edad (años)	< 40	23 (15,5)	8 (7,9)	15 (30,6)	11 (38,0)	0,001
	40-49	67 (45,3)	49 (48,5)	16 (32,7)	9 (31,0)	
	> 50	58 (39,2)	44 (43,6)	18 (36,7)	9 (31,0)	
Sexo	Hombre	79 (53,4)	87 (86,1)	18 (36,7)	22 (75,9)	0,001
	Mujer	69 (46,6)	14 (13,9)	31 (63,3)	7 (24,1)	
Etnia	Mestizo	137 (92,5)	91 (90)	40 (81,6)	29 (100)	0,150
	Afrodescendiente	6 (4,1)	5 (5,0)	6 (12,2)	-	
	Indígena	5 (3,4)	5 (5,0)	3 (6,2)	-	
Nivel educativo	Primaria/Bachillerato	-	101 (100)	-	29 (100)	0,001
	Técnico/tecnólogo	62 (41,9)	-	24 (49,0)	-	
	Universitario	86 (58,1)	-	25 (51,0)	-	
Estado civil	Casado	113 (76,4)	76 (75,2)	34 (69,4)	22 (75,9)	0,806
	Sin pareja	35 (23,6)	25 (24,8)	15 (30,6)	7 (24,1)	
Jefe de hogar	No	39 (26,4)	9 (8,9)	17 (34,7)	6 (20,7)	0,001
	Sí	109 (73,6)	92 (91,1)	32 (65,3)	23 (79,3)	

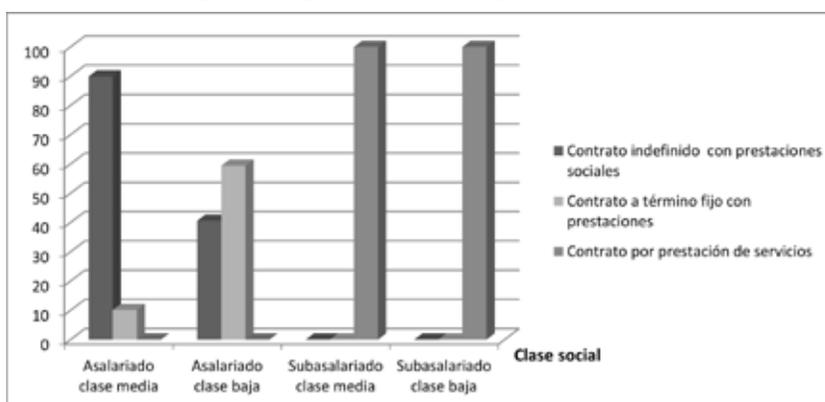
Fuente: Elaboración propia.

Condiciones laborales de los trabajadores según clase social

Teniendo en cuenta que las condiciones laborales, determinan los modos de vida de los trabajadores, y en consecuencia definen procesos protectores o nocivos que configuran su salud. Este estudio, se propuso caracterizar los procesos del ámbito laboral que impactan de manera positiva o negativa la salud del colectivo de trabajadores en estudio.

En cuanto a la modalidad de contratación (Figura 9), se encontró que el 53% de los trabajadores tenían una contratación directa a través de contratos escrito a término indefinido con prestaciones sociales (prima de servicios, vacaciones con remuneración y cesantías), lo cual bajo el contexto territorial de estudio representa un proceso protector de la salud, que beneficia en mayor proporción a los trabajadores asalariados de clase media. Por otra parte, el 47% de los participantes están afectados por los procesos de flexibilización laboral, representado en contratos a término fijo de manera directa y una minoría contratados a través de terceros. De estos, participantes, el 24% cuentan con un contrato por Orden de Prestación de Servicios (OPS), el cual representa la totalidad de los subasalariados de clase media y baja y el 23% tenían un contrato escrito a término fijo, presente en mayor proporción entre asalariados de clase baja.

Figura 9. Tipo de contrato según clase social



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias

La alta proporción de contrataciones a término fijo o por OPS evidencian la realidad de las organizaciones, cuyos modelos fortalecen los factores de inestabilidad laboral. Estas condiciones contractuales generan

un patrón diferencial que afecta tanto al personal calificado como no calificado y va en contra de las aspiraciones de los trabajadores a tener estabilidad y mejores beneficios laborales y sociales, que le aseguren el derecho a un trabajo decente⁴ (Lizarazu et al. 2013).

La precarización laboral a la que son sometidos estos trabajadores se evidencia en la siguiente declaración, donde se reconoce que las formas tradicionales de contratación son reemplazadas por la subcontratación de servicios a través de la tercerización⁵ desde la cual no se hace el pago de los mínimos legales a los empleados. Al respecto, Mónica una mujer de 33 años, psicóloga y con una especialidad en neuro-psicopedagogía infantil y de adolescentes, quien desde hace 4 años trabaja con una entidad del Estado, argumenta:

“Al principio nos contrataron durante 3 meses, ellos nos llaman los 3 meses de prueba, pero realmente no es así nos contratan, vuelven y nos agregan un otrosí durante ese tiempo; durante todo el año estamos en renovación de contratos y eso es angustiante porque no se sabe si a los tres meses van a finiquitar, te van a remover de tu empleo o si va a continuar en el programa, todo esto me genera angustia, frustración y estrés. Yo creo que esto de alguna u otra manera genera un poco de acoso laboral porque me siento forzada a tratar de cumplir al máximo con las funciones del trabajo, todo con la finalidad de que las metas se logren y nuevamente nos recontracten” (MA, entrevista individual).

Este testimonio, evidencia las condiciones de precarización laboral, que imponen este tipo de contratos, los cuales impiden garantizar la posibilidad de un trabajo digno⁶ reconocido como un derecho fundamental en la legislación colombiana.

4 **Trabajo decente:** Entendido como la oportunidad de contar con un trabajo que produzca un ingreso digno, seguridad laboral, protección social, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad, libertad de expresar sus opiniones y participación en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidad para mujeres y hombres (OIT,1999).

5 **Tercerización:** En Colombia según el decreto 583 de 2016, se entiende como un proceso que un beneficiario desarrolla para obtener bienes o servicios de un proveedor, siempre y cuando cumpla con las normas laborales vigentes” (Función Pública, 2016).

6 **Trabajo digno:** Entendido como la “Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales, garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad” (Agudelo al.,

En concordancia, con nuestros resultados, (Fernández, 2006) señala que el surgimiento de las políticas de flexibilización del mercado laboral, se enmarcaron en las reformas del carácter neoliberal, a finales de los años setenta, como respuesta a una serie de problemas que aquejaban a la sociedad en ese momento. Las transformaciones generadas por estas políticas se ven reflejadas en el deterioro de las condiciones de vida de los trabajadores, pérdida de poder adquisitivo, aumento en la percepción de inseguridad laboral, que se soportan en la precarización de las condiciones de trabajo (Mendoza, 2005).

En contraste con nuestros resultados, un estudio realizado por Luna et al. (2015), en trabajadores de la salud, del sector público en Bogotá, encontraron que las reformas actuales, en el modelo de flexibilización laboral y sus nuevas formas de contratación, bajo la orientación de las políticas neoliberales han producido considerables alteraciones en la estabilidad y continuidad laboral, lo cual va en contra del derecho a un trabajo digno y al disfrute de la calidad de vida.

En lo relacionado con el entorno laboral (Tabla 4), se encontró que a pesar de las dificultades estructurales que enfrentan en su trabajo, más del 80% de los trabajadores participantes desean mantener su trabajo, argumentando que una ciudad tan pequeña como Popayán, no ofrece posibilidades de escoger entre varias opciones laborales, por lo que se ven obligados a permanecer en estas empresas, ya sea por la necesidad de mantener a su familia, por la edad o porque no han tenido la oportunidad de capacitarse para aspirar a otro tipo de trabajo. Al respecto un trabajador comento:

“Considero que Popayán no es una ciudad de oportunidades laborales, de hecho, para alguien que es profesional solo encuentra puestos de auxiliares o técnicos o tecnólogos que no permiten el desarrollo y el crecimiento de cada uno como profesional”. “me gustaría que hubiera más empresas que apoyaran a los jóvenes y las personas recién graduadas porque en los contratos piden experiencia, pero como no nos dan ningún tipo de experiencia perdemos buenas oportunidades” (CB, entrevista personal).

2017; Montoya et al. 2017; Ordoñez et al. 2011).

Este testimonio permite reconocer algunos de los sentimientos del trabajador sobre su nivel de satisfacción, los cuales reflejan su situación de conformidad laboral, al reconocer el desempleo como uno de los mayores problemas del país, la calidad del empleo pasa a un segundo plano y prima una sensación de conformidad por el simple hecho de tener un trabajo. Un factor fundamental que afecta la percepción de trabajo digno son las jornadas laborales agotadoras, al respecto el 27% de los trabajadores indicaron que esta es una de las principales causas de insatisfacción, percepción que es más común entre trabajadores de clase baja. Al respecto una trabajadora comentó:

“Yo creo que, bajo este tipo de contratos, no se respetan los derechos laborales porque se supone que es OPS y para eso se asignan unas funciones, pero al final uno termina haciendo funciones fuera del contrato y eso se vuelve un poco de sobrecarga laboral” (MA, entrevista individual).

Tabla 4. Características del entorno laboral de los trabajadores por clase social

Características		Clase social n (%)				p
		Asalariado clase media	Asalariado clase baja	Subasalariado clase media	Subasalariado clase baja	
Nivel de satisfacción laboral	Satisfecho	98 (66,2)	71 (70,3)	27 (55,1)	15 (51,7)	N.A
	Insatisfecho	50 (33,8)	30 (29,7)	22 (44,9)	14 (48,3)	
Alternativas sociales/laborales	Apoyo sindical	125 (84,5)	88 (87,1)	-	-	0,001
	Ninguna	23 (15,5)	13 (12,9)	49 (100)	29 (100)	
Tipo de riesgos	Físico/químico/biológico	13 (8,8)	19 (18,8)	10 (20,4)	11 (37,9)	0,001
	Postural	135 (91,2)	82 (81,2)	39 (79,6)	18 (62,1)	
Hace pausas activas	No	21 (14,2)	23 (22,8)	4 (8,2)	10 (20,7)	N.A.
	Si	127 (85,8)	78 (77,2)	45 (91,8)	23 (79,3)	
Alimentación jornada laboral	Saludable	62 (41,9)	22 (21,8)	20 (40,8)	10 (34,5)	0,009
	No-saludable	86 (58,1)	79 (78,2)	29 (59,2)	19 (65,5)	
Lugar/preparan almuerzo	Casa	106 (71,6)	32 (31,7)	32 (65,3)	11 (37,9)	0,001
	Restaurante	42 (28,4)	69 (68,3)	17 (34,7)	18 (62,1)	
Asiste programas/salud	No	100 (67,6)	31 (30,7)	36 (73,5)	18 (62,1)	0,001
	Si	48 (32,4)	70 (69,3)	13 (26,5)	11 (37,9)	
Su trabajo/permite cuidar su salud	No	22 (14,9)	40 (39,6)	10 (20,4)	14 (48,3)	0,001
	Si	126 (85,1)	61 (60,4)	39 (79,6)	15 (51,7)	

Fuente: Elaboración propia

Estos resultados se tornan importante, por cuanto, un estudio realizado por Yu et al. (2023) encontró que una jornada laboral igual o mayor a 60 horas/semana estuvo relacionada con la presencia de alteraciones cardio-metabólicas entre trabajadoras coreanas. Por su parte, Suwasono et al. (2010), sugieren que los sujetos que trabajan más de 10 horas/día tienen el doble de probabilidades de desarrollar síndrome metabólico respecto de los que tienen jornadas laborales entre 7 y 8 horas/día. De igual

manera, una revisión sistemática, realizado por Bannai y Tamakoshi (2014), sobre la influencia de las largas jornadas de trabajo en la salud de los trabajadores evidenció que trabajar durante largas horas se asocia con estados depresivos, trastornos del sueño y enfermedad coronaria.

A su vez, la totalidad de la población trabajadora está afiliada y cotiza a los tres regímenes básicos de seguridad social a saber: salud, riesgos laborales y pensión, esta última representa la única alternativa con la que el 94% de estos trabajadores cuenta para la vejez, por cuanto les posibilita tener una mesada que les permita cubrir sus necesidades básicas durante sus últimos años de vida. En lo relacionado con la proyección de alternativas para su vejez, algunos trabajadores manifestaron que a pesar de tener la edad requerida para su jubilación no cuentan con las suficientes semanas para pensionarse, porque el pago del seguro de pensión fue irregular, ante el engaño de algunas cooperativas con afiliaciones ficticias, situación que ha afectado en mayor medida al gremio del transporte vinculado actualmente a Sociedades por Acciones Simplificadas (SAS). Esta situación evidencia la problemática de evasión y la elusión de las contribuciones obligatorias al Sistema de Seguridad Social por parte de los empleadores, lo cual no permite establecer las reales contribuciones a la seguridad social, violando uno de los derechos adquiridos por el trabajador en el momento de su contratación.

Otra de las dimensiones de modos de vida analizada fue el empoderamiento, organización y soporte de acciones en beneficio del grupo. Al respecto se analizaron las relaciones de poder, las cuales evidenciaron que más del 50% de los trabajadores reconocen contar con el apoyo sindical, como única alternativa que les ayuda en la defensa de sus condiciones laborales. La participación en este tipo de organizaciones fue más común entre los asalariados de ambas clases y contrasta con una nula participación por parte de los subasalariados, quienes reconocen no contar con estas alternativas en beneficio de sus condiciones laborales.

Estos estudios, evidencian como las condiciones de precariedad laboral en Colombia, impide que estos trabajadores cuenten con una representación, derecho fundamental estipulado en el convenio 87 de la

Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la libertad sindical (Agudelo, 2017; Bustamante, 2013). Sin el cual estas personas carecen de voz individual o colectiva que les permitan protegerse del entorno laboral y contar con los derechos laborales básicos que contribuyan a mitigar el desequilibrio de poder inherente en la relación de empleo (Mendoza, 2005). Esto se evidencia en las declaraciones de Francisco, un trabajador subasalariado de clase baja, quién manifestó vivir con zozobra a ser despedidos, sin ningún tipo de explicación, dado las constantes reestructuraciones que generan cambios de personal, al respecto comentan:

“Sí esa es la incertidumbre ya que cuando uno ya firma contrato está tranquilo de ahí para allá siempre hay incertidumbre ya que nosotros a merced de la institución porque si la institución no necesita a un trabajador no lo van a contratar más” (FS, entrevista personal).

De otra parte, se identificó que las actividades propias de su oficio, les confiere a los trabajadores un patrón de exposición a cargas fisiológicas asociadas a la postura. Esta información permitió reconocer que este tipo de exposición representa un importante proceso destructivo para la salud de esta población, por cuanto conlleva al desarrollo de desórdenes músculo-esqueléticos, los cuales, según la segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo, se identifica como el riesgo más frecuentemente reportado y justifica el 88% de las enfermedades laborales (León, 2007).

Adicionalmente, es importante destacar que la alta adherencia de los trabajadores a las pausas activas representa un factor protector en el entorno laboral, ya que contribuyen a promover hábitos saludables, que sirven para recuperar energía, mejorar el desempeño, eficiencia en el trabajo, reducir la fatiga laboral, los trastornos osteomusculares y prevenir el estrés. En contraste, la falta de adherencia a las pausas activas se justifica por la presión a la que se exponen los trabajadores ante el exceso de trabajo, lo cual no les permite interrumpir sus actividades para calmar la fatiga laboral. Situación que se evidenció en las declaraciones de Patricia, quién comenta:

“Ellos si promueven las pausas activas (empresa), pero por las funciones en el trabajo no se toma ese tiempo, ya que se puede ser aprovechado para hacer cosas del trabajo, se le da prioridad al trabajo que a las pausas activas. Hace poco nos visitaron del área de salud ocupacional y nos indicaron que hagamos pausas activas, pero por el volumen de trabajo uno no las puede realizar” (PF, entrevista personal).

Otro aspecto negativo encontrado, es el bajo nivel de actividad física ocupacional reportado por los trabajadores, quienes, a pesar de asumir una diversidad importante de puestos de trabajo, estos no requieren un gasto energético importante. Algunos estudios (Mehrddad et al. 2018; Huang et al. 2017; Harvey, 2013; Barragán, 2007) han demostrado que las actividades laborales con menor gastos energéticos predisponen a los trabajadores a un mayor riesgo a desarrollar alteraciones en su salud cardiovascular. Teniendo en cuenta el menor gasto energético que implican sus actividades laborales. Un trabajador comenta:

“Si, en la empresa, hay un día que dan dos horas de salud ocupacional donde se puede ir a un baile deportivo y es muy bueno que los contratistas por OPS podamos participar sin ninguna restricción”. Antes de la pandemia participaba, pero muy poco en estas actividades, el motivo para no participar es la pereza, ya que salgo del trabajo muy cansada sin embargo varias compañeras de trabajo si participaban, pero por mi parte decido mejor irme para la casa” (CB, entrevista personal).

Al respecto, Arsentales et al. (2019) en un estudio realizado en población peruana, encontraron que los trabajadores que reportaron niveles moderados y bajos de Actividad Física Ocupacional (AFO) tenían mayor prevalencia de SM comparado con los que reportaron altos niveles de AFO, a su vez este estudio demostró la importancia de abordar las alteraciones cardiovasculares entre los trabajadores que reportan menor nivel de actividad física ocupacional (Cortez y Prado, 2011).

Otro aspecto importante de evaluar son los hábitos de alimentación, los cuales están condicionados por diferentes dinámicas del entorno laboral e impactan de manera significativa el estado nutricional de los trabajadores.

Al respecto el 60% de estos consideran que sus prácticas de alimentación durante la jornada laboral no son saludables, percepción más comúnmente expresada por los trabajadores asalariados de clase baja.

Es de anotar que las condiciones laborales, en la mayoría de los casos no permiten el consumo de alimentos adecuados a las necesidades nutricionales de los trabajadores, lo cual hace que las actividades de alimentación durante la jornada laboral generalmente constituyan un efecto negativo sobre la salud de los trabajadores, lo cual a largo plazo contribuye al desarrollo de alteraciones metabólicas relacionadas con el origen de diversas enfermedades crónicas. Estas observaciones, están en concordancia con las obtenidas por Hernández, quien encontró que algunas personas en el ámbito laboral, se enfrentan a una serie de demandas que les dificultan adherirse a hábitos saludables debido a que no cuentan con tiempo para la elección, preparación de alimentos, además, de la necesidad de adaptarse a prácticas, horarios y recursos disponibles (Sarang et al. 2015) Al respecto, un participante comentó:

“Normalmente como empanadas, se supone que debería ser más saludable, pero pues uno no tiene esa costumbre, solamente tenemos la costumbre de consumir café o al pandebono” y si contamos con el espacio para poder alimentar nos en medio de nuestro trabajo” (FS, entrevista personal).

Por otra parte, la percepción de mayor esfuerzo físico declarado por los trabajadores estuvo acompañada de una falta de conocimiento sobre la cantidad de alimento que deben consumir de acuerdo con el nivel de actividad física que realizan en el trabajo. Esta concepción de “*alimentarse bien*”, es más frecuente entre los subasalariados de clase baja, quienes consideran que la cantidad de alimentos es importante para responder al alto nivel de actividad física que desde su percepción les impone su trabajo. Resultados similares a esta percepción de los trabajadores encontró Palomino y Navarro, (2010) quienes relacionaron la presencia del SM con el puesto de trabajo y reportaron que los trabajadores manuales, tiene mayor riesgo de SM debido al alto nivel de calorías que ingieren en su alimentación y al menor esfuerzo físico en su puesto de trabajo (Santana et al. 2020)

La alta proporción de mala alimentación encontrada en este estudio se torna preocupante por cuanto se evidenció que tanto los trabajadores como las empresas no reconocen que la alimentación es clave, tanto en el rendimiento, la productividad, los resultados de salud y la calidad de vida de los trabajadores. Las empresas como escenarios generadores de salud son fundamentales por cuanto los empleados pasan la mayor parte del tiempo en sus lugares de trabajo.

Este aspecto de gran relevancia en el manejo de procesos destructivos de la salud cardiovascular es una preocupación que la OIT ha hecho patente mediante diversos informes, indicando los beneficios de ofrecer alternativas saludables y tiempos adecuados a los trabajadores en relación con tener mayores índices de productividad y una mejor calidad de vida de los empleados. Una mala alimentación en el entorno laboral ya sea por exceso o déficit, puede causar una pérdida de hasta el 20% de la productividad laboral de los trabajadores (OIT, 1948).

Teniendo en cuenta que, entre los hábitos alimentarios asociados con el aumento de peso, se encuentra comer fuera del hogar de manera frecuente (Kucera, 2002), este estudio, evidenció una alta proporción (44,6%) de trabajadores que no pueden desplazarse hasta su casa al medio día, por lo que se ven obligados a almorzar en el restaurante de la empresa o lugares cercanos a esta. Algunas características socioeconómicas, como las variables tiempo para el desplazamiento y costos explican esta elección, teniendo en cuenta que el transporte hace parte importante de los gastos familiares. La imposición de este tipo de prácticas de alimentación, representa un proceso negativo, por cuanto generalmente contribuyen al aumento de peso y en consecuencia la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, condiciones que generan una mayor vulnerabilidad a los trabajadores (OMS, 2010; Mundlak, 2007).

El análisis mostró un patrón diferencial entre clases, el cual evidenció como al interior de ciudades intermedias como Popayán, se dan procesos diferentes en cuanto a los momentos de alimentación. Los tiempos de desplazamientos posibilitan

que una de las comidas más importantes del día, como es el almuerzo, sea un tiempo compartido entre los miembros del hogar y constituye una actividad que se realiza con frecuencia en casa, para una buena parte de la población. Los trabajadores de clase media cuentan con la posibilidad de desplazarse a su casa a disfrutar del espacio del almuerzo y en la mayoría de los casos disfrutan de una siesta, estos dos hábitos, representan elementos positivos en los modos de vida de esta clase social. Estos resultados a su vez, concuerdan con los reportados por Schnettler et al. (2013), quienes establecieron una relación entre los estilos de vida, la alimentación y los hábitos de consumo de alimentos dentro y fuera del hogar, evidenciando que una alimentación con baja implicación y disfrute de los alimentos se asocia con un mayor nivel socioeconómico.

En contraste con lo anteriormente expuesto, es preocupante el bajo porcentaje (55,6%) de respuesta a participar en los programas de salud ofrecidos por las empresas, más de la mitad de la muestra en estudio manifestó no estar interesados en asistir a este tipo de programas, este desinterés a participar fue más común entre los trabajadores de clase media, asalariados (67,6%) y subasalariados (73,5%). Al respecto, un trabajador, comenta:

“Si, en la empresa existen programas para el cuidado de la salud de nosotros, contamos con una oficina que periódicamente programa estas campañas, pero mis compañeros y yo, no participamos porque tenemos cruces de horario, si no estamos de turno a veces participamos” (OV, entrevista personal).

Esta responsabilidad de las empresas en el diseño de programas de salud ocupacional debería responder a las necesidades de los trabajadores a partir de criterios como el gasto energético por puesto de trabajo, escasez de tiempo, jornadas extendidas en el trabajo, idiosincrasia y situación económica de la población trabajadora, con lo cual se estaría contribuyendo a reconocer las empresas como escenarios de construcción de salud y calidad de vida para sus empleados.

Desigualdades territoriales en los modos de vida comunitarios de los trabajadores

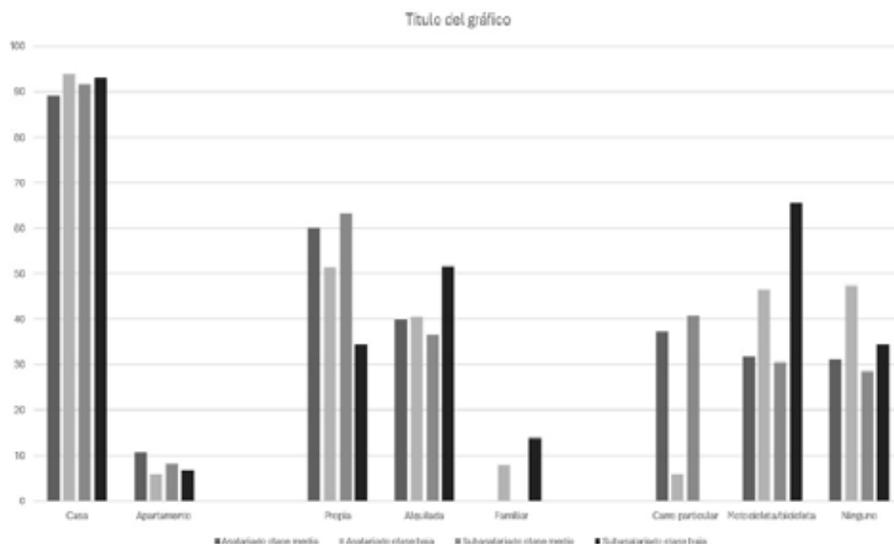
En esta sección se analizan los bienes de consumo y las características del espacio comunitario desde los modos de vida de los trabajadores. Desde esta perspectiva, se torna interesante, los planteamientos de Lefebvre, en cuanto entiende la ciudad como una construcción colectiva y conflictiva en la que participan diversas clases sociales. Resalta, este autor, que lo urbano como producto de aspiraciones y necesidades sociales diversas es escenario de confrontación entre las tendencias a la mercantilización y privatización del suelo urbano, lo que favorece la circulación de mercancías, materias primas y mano de obra (Espinosa et al. 2014).

Caracterización de bienes de consumo por clases sociales

Los resultados evidencian que más del 90% de los trabajadores, viven en viviendas tipo casa (Figura 10). Lo cual muestra concordancia con la información presentada por el DANE 2018, donde se indica que el mayor número de lugares de vivienda corresponden a casas. Por su parte, la relación de propiedad muestra un patrón diferencial entre las clases sociales, aproximadamente el 50% de los trabajadores de clase media son propietarios. Por su parte, los trabajadores de clase baja son en mayor proporción arrendatarios o viven en casas familiares. Tal como se evidencia, en el siguiente comentario:

“Vivo con mi esposa e hija, en casa de mis suegros, inicialmente esta casa era patrimonio de la familia, por parte de mi suegra, a ella la criaron ahí, entonces vivimos varias generaciones, y yo creo que ese hecho es que no nos ha dejado que nos desarraigemos de la casa ni del barrio” (FS, entrevista personal).

Figura 10. Condiciones de consumo según clase social



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias

Además, se evidenció que el 100% de las viviendas de los trabajadores cuentan con los servicios domiciliarios básicos (Tabla 5), siendo la única diferencia que en el 75% de estos hogares se emplea el gas propano para la preparación de alimentos, el 25% restante utiliza el gas natural. En lo relacionado con el entorno del barrio, el 48% tiene la percepción que este es inseguro.

Tabla 5. Características del entorno comunitario por clases sociales

Características		Clase social n (%)				P
		Asalariado clase media	Asalariado clase baja	Subasalariado clase media	Subasalariado clase baja	
Servicios domiciliarios vivienda	Acueducto, alcantarillado, aseo, energía eléctrica, gas natural	47 (31,8)	14 (13,9)	16 (36,7)	3 (10,3)	0,001
	Acueducto y alcantarillado, aseo, energía eléctrica, gas propano	101 (68,2)	87 (86,1)	31 (63,3)	26 (89,7)	
Seguridad en el barrio	Seguro	90 (60,8)	46 (45,5)	25 (51,0)	10 (34,5)	0,020
	Inseguro	58 (39,2)	55 (54,5)	24 (49,0)	19 (65,5)	
Disponibilidad de sitios actividad física	No	38 (25,7)	15 (14,9)	20 (40,8)	13 (44,8)	0,001
	Si	110 (74,3)	86 (86,1)	29 (59,2)	16 (55,2)	
Asiste a actividades físicas espacios públicos	No	90 (60,8)	64 (63,4)	41 (83,7)	22 (75,9)	0,017
	Si	58 (39,2)	37 (36,6)	8 (16,3)	7 (24,1)	
Tipo sitios venta alimentos Saludables	Plaza de mercado	10 (6,6)	12 (11,9)	10 (20,4)	3 (10,3)	0,001
	Tienda de barrio	9 (6,1)	23 (22,8)	5 (10,2)	8 (27,6)	
	Plazas campesinas, minorista verduras y frutas	129 (87,1)	66 (65,3)	34 (69,4)	18 (62,1)	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la posesión de algunos bienes de consumo, se observan diferencias, las clases media son en mayor proporción propietarios de un automóvil particular. En tanto, los trabajadores de clase baja cuentan en mayor proporción con una moto y/o bicicleta como su principal medio de transporte.

Características del entorno comunitario por clases sociales

Desde la propuesta de Lefebvre, del espacio percibido⁷ se pretende comprender como se determinan los patrones de desigualdades en el territorio respecto a elementos y procesos que son fundamentales en la calidad de vida y la salud de los ciudadanos. Como lo afirma la geógrafa brasilera Ana Fani Alessandri (citado por Ribera, 2018) *“el capitalismo transformo los elementos de la vida cotidiana, en momento de la vida cotidiana: la vivienda, el espacio de trabajo, los lugares de recreación y el lugar de las empresas”*. Desde esta mirada, la vida urbana presenta una separación extrema de los elementos de la vida al separar espacio y tiempo, se subordina la vida cotidiana transformándola radicalmente.

Desde la salud pública se ha argumentado que los entornos físicos y sociales de los barrios son importantes para comprender la distribución de los resultados de salud de las poblaciones, puesto que los barrios influyen en las oportunidades de vida de las personas. Este estudio, se propuso un acercamiento a los barrios (Tabla 6), desde la percepción de los trabajadores, con el fin de conocer característica del entorno, tales como condiciones de equipamiento.

Los procesos relacionados con la alimentación saludable en los entornos barriales, recibe un interés cada vez mayor, debido en parte, a la alta y creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad, reconocidos como procesos con un impacto negativo sobre la salud de las poblaciones (Levasseur et al. 2015; Yen et al. 2009) En concordancia,

⁷ **Espacio percibido:** reconocidos como aquellos que satisfacen las necesidades y posibilidades de una comunidad, mediante una “apropiación” simbólica, de identidad y funcional, que determinan la vida cotidiana de los individuos (194).

este estudio caracterizó la disponibilidad de establecimientos de venta de alimentos saludables, al respecto el 100% de la muestra declaró contar con estos sitios, encontrándose diferencias entre el tipo de establecimientos, mientras los trabajadores de clase media, identifican las placitas campesinas o las ventas minoristas de frutas y verduras como los principales centros de abastecimientos de alimentos saludables, los trabajadores de clase baja, además de las anteriores, reconocen las tiendas de barrio. Esta mayor tendencia a adquirir alimentos saludables en placitas campesinas se debe quizás a que en los últimos diez años, en la ciudad se ha venido dando un incremento significativo de estos establecimientos, sin que a la fecha se puedan contar con datos oficiales de la magnitud de esta actividad económica.

Hay que mencionar, además que las tiendas de barrios representan una alternativa de venta de alimentos saludable para casi la mitad de los trabajadores de clase baja, quizás por la cercanía y/o la competencia de precio y calidad con los otros establecimientos, teniendo en cuenta que los trabajadores no siempre cuentan con la cantidad de dinero suficiente para adquirir productos en placitas campesinas o supermercados. Sin embargo, se hace importante conocer si las tiendas de barrio ofrecen menos alimentos saludables, teniendo en cuenta que los trabajadores que acuden a ellas en busca de opciones de alimentación saludable podrían tener una desventaja en prácticas de consumo, lo cual representa un proceso destructivo de la salud impuesto por la clase social. A continuación, se presentan los testimonios de dos trabajadores que permite evidenciar estas dos situaciones:

“Cerca de mi residencia hay donde comprar buenos productos saludables, frescos fuera de la galería existe una empresa que se llama la placita campesina y me queda a tres cuadras o acudo a las tiendas del barrio es cómodo adquirir los alimentos y más baratos allí, aunque algunas cosas no se consiguen entonces toca en un supermercado” (OV, entrevista personal).

Mientras que otro trabajador reconoce no disponer de estas ventas en su entorno barrial:

En mi barrio no hay sitios de venta alimentos saludables, solo las tiendas del barrio y un poco más lejos uno puede ir a la galería de Bello horizonte, al contrario, ahí venden mucha fritura los fines de semana” (MA, entrevista personal).

Un estudio, realizado por Moore y Diez Roux, encontraron que los alimentos saludables, incluidos los productos integrales, los productos lácteos bajos en grasas, las frutas y verduras frescas, pueden estar menos disponibles y ser relativamente más costosos en los vecindarios pobres y minoritarios que en los vecindarios más ricos (Ogden, 2006). Esta situación abre la puerta a otro tipo de investigaciones, que permitan conocer como varían las opciones de alimentos por demanda y poder adquisitivo de los consumidores según la clase social, tal como lo afirman Moore y Diez Roux, la identificación de los procesos que permitan a los barrios de bajos estratos atraer y retener opciones de alimentos saludables puede sugerir importantes vías de intervención que generen cambios en el entorno alimentario local (Ogden, 2006).

En cuanto a la disponibilidad de equipamientos como parques y/o sitios para realizar actividad física o de recreación, se observó que la mayor proporción de trabajadores que no cuentan con estos sitios son los subasalariados de ambas clases sociales. Adicionalmente, se encontró que más del 60% de los trabajadores no asisten a estos sitios, argumentando falta de tiempo y/o problemas de inseguridad. Lo cual se evidencia en los siguientes testimonios:

“En mi barrio, solo hay un parque y arriba en la cancha del Uvo (otro barrio vecino) hay una cancha grande donde se puede hacer ejercicio, dónde también hay un parque infantil y todo, el problema es la inseguridad, se ven personas poco agradables con malos hábitos, con vicios, drogadicción” (CB-2020, entrevista personal).

Otro de los entrevistados subraya el tema de inseguridad en dichos parques:

“Con la única parte que se cuenta es con una cancha que se podría decir que es como la todera para jugar fútbol, yo no asisto a este sitio hacer ejercicio, porque como le manifesté anteriormente, estos lugares se prestan como puntos de encuentro de los muchachos consumiendo sustancias y realmente es complejo para uno solo hacer ejercicio es un riesgo por eso no voy (MA-2020, entrevista personal).

Algunos estudios, indican que la baja presencia y la mala calidad del acceso peatonal a los centros deportivos, las aceras, la presencia de tráfico, contaminación, ruido y eventos relacionados con la delincuencia se asociaron negativamente con la práctica de actividad física en general (De Lafont y Chavarro, 2010; Mundlak, 2007; Van Hort, 2010; OIT, 1948)

De igual manera, Ball et al. (2001) y Booth et al. (2000), encontraron que los habitantes con vecindarios agradable o atractivo (acceso a parques, playas o ciclo vías) son quienes comúnmente caminan, hacen ejercicio o realizaban actividades de recreación. Los testimonios de Carlos y Cecilia evidencian como las condiciones del entorno comunitarios motivan la práctica de actividad física, al respecto Carlos comenta:

“Si en mi unidad residencial cuento con zona verde hay piscina y fuera de eso nosotros nos gusta caminar a mi esposa y a mí, salimos y caminamos para el lado de la variante es un trecho no muy largo, pero sí bueno dónde camina uno y alcanza a sudar” (CO, entrevista personal).

Por su parte, Cecilia enfatiza:

“El barrio cuenta con zonas verdes, alrededor de la cancha hicieron una pista para ir a trotar. Con mi esposo salimos por las noches a la cancha a caminar y ahí se encuentra uno con los vecinos caminando” (CM, entrevista personal).

Resultados similares, reportan Bonnacorsi et al. (2020) quienes realizaron una revisión general del impacto del entorno construido y el vecindario en la promoción de la actividad física y el envejecimiento saludable en personas mayores, ellos identificaron como ciertas características del entorno construido se asociaron positivamente con la promoción de la actividad física, entre ellas el acceso general a las instalaciones, destinos y servicios como transporte público, instalaciones recreativas, la presencia de instalaciones amigables para el usuario, infraestructura y la viabilidad del vecindario, las cuales fueron reportadas en estos estudios (Gallo et al. 2020; Hernández, 2016; De Lafont y Chavarro, 2010; OIT, 1948).

Por otra parte, Kärmeniemi et al. (2018), en una revisión sistemática de estudios longitudinales y experimentos naturales, encontraron que el entorno construido contribuye a la inactividad física por la accesibilidad y los patrones de transporte. En tanto, una mayor accesibilidad en los entornos barriales y una nueva infraestructura para caminar, andar en bicicleta y para el transporte público se asocian con un mayor nivel de actividad física. Además, se identificaron la estética y la seguridad como determinantes de la actividad física. Al respecto un trabajador comenta:

“Sería bueno que mejoraran los parques, que hubiera lugares con zonas verdes y atractivos, sería algo beneficioso que pudiera ir a los parques a caminar, distraerse o que hubiese un componente artístico en los parques, para poder ir; tiempo atrás por ejemplo en el puente el humilladero se hacían actos culturales se congregaba mucha gente y eso era muy bueno, pero actualmente no lo hay, de pronto en el tiempo de semana santa, pero en el resto del tiempo no hay” (CM, entrevista personal).

Estos resultados, muestran la importancia que tiene una planificación urbana pensada desde el bienestar de los habitantes, donde se articule la accesibilidad, el transporte público y el uso del suelo. Las ciudades podrían diseñarse para mejorar, el transporte activo y la salud de la población de forma permanente. La creación de una nueva infraestructura para caminar, andar en bicicleta y el transporte público podría generar la adherencia de los residentes a modos transporte más activos. De

otra parte, la percepción de inseguridad en el espacio público y la prevención situacional del delito⁸ evidencia la necesidad de formular políticas públicas que contribuyan a que los espacios como parques y/o centros deportivos se conviertan en lugares seguros que permitan la convivencia en entornos comunitarios específicos. Lo planteado permite evidenciar elementos del contexto que se desconocen en las instituciones gubernamentales cuando se diseñan las políticas públicas y que van en contra del derecho a la ciudad que tienen los ciudadanos.

A manera de conclusión:

Se logró reconocer la co-existencia de procesos protectores y nocivos en el territorio, estos últimos resultados de la sinergia entre los sistemas productivos, el contexto internacional y nacional, dentro de un marco de referencia marcado por el proceso de globalización, las políticas neoliberales y las condiciones que estos fenómenos imponen, afectando tanto la salud como la calidad de vida de los trabajadores.

Se reconoce entre los trabajadores del estudio un único patrón de inserción laboral, el cual corresponde a la condición de ser trabajador, evidenciado que el 100% de estos trabajadores no son propietarios de los medios de producción. A su vez, la clasificación de los trabajadores por clase social permitió reconocer entre la muestra de estudio dos clases sociales: media y baja. Mayoritariamente los participantes pertenecen a la clase media, subdivida en asalariados (45,2%) y subasalariados (15%), por su parte los trabajadores de clase baja se clasificaron como asalariados el 30,9% y subasalariados el 8,9%.

Las características sociodemográficas, en lo relacionado con el sexo, evidenciaron una mayor vinculación laboral de mujeres entre los asalariados y subasalariados de clase media, demostrando que pertenecer a una clase social con mayor posibilidad de acceso a la educación representa un proceso protector para su salud y calidad de vida. Además, se reconoce cómo las mujeres han logrado empoderarse en una ciudad

⁸ **Prevención situacional:** Entendido como una respuesta al problema delictivo, reconociendo que es más fácil modificar el ambiente que la conducta del agresor. Es decir, un espacio público vigilado inhibe o disminuye las posibilidades de éxitos de un agresor (267).

con tan pocas oportunidades laborales. Otro de los aspectos que podría explicar la mayor participación de mujeres en la muestra de estudio, podría estar relacionada con la actividad económica de las empresas participantes dedicadas al sector de servicios en su mayoría.

En lo relacionado con las diferentes modalidades de contratación, el 53% de la muestra en estudio, tenía una contratación directa a través de contratos escrito a término indefinido con prestaciones, lo cual bajo el contexto territorial de estudio representa un proceso protector de la salud, que beneficia en mayor proporción a los trabajadores asalariados de clase media, mientras que el 47% de los participantes están afectados por los procesos de flexibilización laboral, representado en contratos a término fijo de manera directa y una minoría contratados a través de terceros. Estas condiciones contractuales generan un patrón diferencial que afecta tanto al personal calificado como al no calificado y va en contra de las aspiraciones de los trabajadores a tener un empleo, estabilidad laboral y mejores beneficios laborales y sociales, que le aseguren el derecho a un trabajo decente.

Dentro de los principales hallazgos de las condiciones laborales se resalta un alto nivel de satisfacción de los trabajadores, lo cual representa un importante proceso protector de la salud, especialmente entre los asalariados de clase media y baja. Sin embargo, en los trabajadores se percibe que este sentimiento de satisfacción de muchos trabajadores refleja más una situación de conformidad laboral, al reconocer el desempleo como uno de los mayores problemas de la región, la calidad del empleo pasa a un segundo plano y prima una sensación de conformidad por el simple hecho de tener un trabajo.

En cuanto a la percepción de mayor exposición a riesgo físico, químicos y/o biológicos se observó un patrón diferencial, los trabajadores de clase baja consideran estar más expuesto, por lo que se reconoce a este colectivo de trabajadores en alto riesgo de desarrollar diferentes enfermedades, teniendo en cuenta no solo su actividad laboral sino su bajo nivel educativo, las largas jornadas laborales y la baja adherencia a pausas activas, todas estas exposiciones e imposiciones del entorno

laboral, representan una sumatoria de procesos nocivos tanto para la eficiencia en el trabajo como para su salud.

De otra parte, se reconoce la responsabilidad que tienen las empresas en el diseño e implementación de programas de salud ocupacional, que respondan a las necesidades reales de los trabajadores a partir de criterios como el gasto energético por puesto de trabajo, escasez de tiempo, jornadas laborales extendidas, idiosincrasia y situación económica de la población trabajadora, con lo cual se estaría contribuyendo a reconocer las empresas como escenarios de construcción de salud y calidad de vida para sus empleados. Otra responsabilidad social de las empresas, debería ser la articulación con el sector público y la academia para liderar propuestas de formación para el trabajo que respondan a los intereses regionales, y que lleven a consolidar políticas y programas orientadas al desarrollo de actividades productivas y la creación de puestos de trabajo decentes que impulsen la formalización de los empleos que se requieren en el contexto regional.

Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia que representa las características de los barrios en el estado de salud de sus habitantes, este estudio evidenció que el 100% de la muestra declaró contar con ventas de alimentos saludables en sus barrios, encontrándose diferencias entre el tipo de establecimientos. Mientras los trabajadores de clase media identifican las placitas campesinas o las ventas minoristas de frutas y verduras como los principales centros de abastecimientos de alimentos saludables, los trabajadores de clase baja reconocen las tiendas de barrio como el lugar que les ofrece un acceso más adaptado a su poder adquisitivo. Lo que representa una desventaja en el acceso a una alimentación saludable, proceso nocivo para la salud impuesto por condiciones de clase social.

De otra parte, la georreferenciación de los casos con síndrome metabólico contribuyó a visibilizar en el territorio, que las comunas 2,3 y 4 presentan la mayor proporción de trabajadores con el síndrome, lo cual está en concordancia con el análisis de vulnerabilidad para el desarrollo de comorbilidades reportado por el DANE. Los resultados de esta georreferenciación representan una línea de base clave para

que las instituciones gubernamentales y de salud municipales centren sus esfuerzos en estas poblaciones con mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. Estos hallazgos, reconocen la importancia que tiene una planificación urbana pensada desde el bienestar de los habitantes, las ciudades podrían diseñarse para mejorar, el transporte activo y la salud de la población de forma permanente, re-pensando en regresar a los ciudadanos su derecho a la ciudad.

2.3.2 Dimensión Singular: Estilo de vida de los trabajadores con síndrome metabólico

En el marco de los modos de vida grupales y los estilos de vida individuales, se determinan formas de vivir, elementos y tendencias contradictorias que forjan tanto procesos nocivos como protectores que condicionan el desarrollo de ciertos genotipos y fenotipos que podrían determinar patologías o alteraciones genéticas por los patrones de exposición, imposición o vulnerabilidad (Breilh, 2010c). En esta sección se abordan los estilos de vida, entendidos como prácticas o comportamientos individuales conscientes y voluntarias que desarrolla una persona durante su vida (Córdoba et al. 2013; Frenk, 1992). Es de resaltar que las conductas y los hábitos tienen lugar en un contexto en el cual las experiencias, estrategias de afrontar situaciones, concepciones culturales, sociales y la personalidad, son aspectos importantes que amplifican o restringen la libertad en la toma de decisiones personales (Rodríguez et al. 2020).

Los ingresos económicos, la flexibilización laboral y la crisis económica, redefinen las condiciones sobre las cuales los individuos pueden o no asumir conductas saludables (Kaiser et al. 2017; Suwazono et al. 2010) Las condiciones de trabajo actuales y las dinámicas personales y familiares, han incrementado las cargas y exigencias, lo cual ha llevado a la aparición de algunos síntomas como fatiga, estrés, cansancio, a los que posteriormente se suman padecimientos como sobrepeso, dislipidemia, hipertensión y niveles alto de glucemia, entre otros, que son expresiones de estilos de vida no saludables (Rosales et al. 2018; Rodríguez et al. 2017).

En concordancia, con lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta que el estilo de vida es un factor clave para conseguir una salud óptima, este estudio se propuso reconocer cuáles son los procesos protectores y/o nocivos presentes en el espacio familiar e individual de los trabajadores, para lo cual se caracterizaron algunos elementos y comportamientos de su cotidianidad.

Características económicas de los hogares de los trabajadores

Los resultados mostraron (Tabla 6), que más del 95% de los trabajadores han consolidado familias nucleares tradicionales (pareja e hijos), con un tamaño promedio entre 1 y 3 personas, lo cual evidencia que el tamaño promedio de los hogares sigue disminuyendo (DANE,2022). Por su parte, el 75% del total de los trabajadores, declararon que sus hogares tienen ingresos mensuales entre 1 y 3SMLV (valor estimado del salario mínimo para Colombia-2023), tendencia que es mayor en los hombres (64,6%) respecto de las mujeres, en tanto, el 55,4% de estas declaro tener ingresos mensuales superiores a 3 SMLV.

Tabla 6. Características del entorno familiar de los trabajadores

Atributo		Hombre	Mujer	p
Responsable económico	No	19 (9,2)	52 (43,0)	0,001
	Si	187 (90,8)	69 (57,0)	
Con quién vive	Solo	9 (4,4)	8 (6,6)	N.A.
	Pareja e hijos	197 (95,6)	113 (93,4)	
Personas que dependen de usted	Ninguna	15 (7,3)	15 (12,4)	0,023
	Entre 1-3	149 (72,3)	94 (77,7)	
	Entre 4-5	42 (20,4)	12 (9,9)	
Ingresos mensuales Hogar	Entre 1 y <3 SMV	133 (64,6)	54 (44,6)	0,004
	Entre 3 y <5 SMLV	42 (20,4)	45 (37,2)	
	Entre 5 y > 7 SMLV	31 (15,0)	22 (18,2)	
Estrato socioeconómico	Bajo (1-2)	92 (44,6)	54 (44,6)	N.A.
	Medio (3-4)	105 (51,0)	45 (37,2)	
	Alto (5)	9 (4,4)	22 (18,1)	

Fuente Elaboración propia

La inequidad de género como categoría emergente en el estudio

El análisis mostró que el 90,8% de los hombres y el 57% de las mujeres son responsables económicos de sus hogares, se entiende por jefe de hogar, aquella persona que entrega el mayor aporte económico para el sostenimiento del hogar Rodríguez et al. (2020) En concordancia, con estos resultados, las estadísticas de la Comisión Económica para

América Latina (CEPAL) reconoce que las mujeres ocupan cada vez más un papel preponderante como generadoras de ingresos y se han convertido, en muchos hogares en las principales proveedoras de estos (DANE, 2020; CEPAL, 2019). Esta situación fue identificada en los testimonios de Patricia y Cecilia, dos de las trabajadoras entrevistadas: Al respecto Patricia indicó:

“Debí empezar a trabajar porque el salario de mi esposo no nos alcanzaba para cubrir los gastos. Este trabajo me ha permitido ser muchas veces la principal responsable económica de mi casa, mi esposo trabaja independiente, pero hay veces que no le sale trabajo por ejemplo toda esta semana ha estado en la casa o sea que a mí me toca todo” (PF, entrevista personal).

Mientras Cecilia expresó:

“Siempre he sido la responsable económica de mi hogar, vivo con mi esposo e hijo y mi esposo no tiene trabajo, también, tengo una hija, por la que respondo indirectamente, ella está casada, sin embargo, ellos también necesitan apoyo económico y los ingresos que obtengo por mi trabajo no son muy buenos realmente” (CM, entrevista personal).

Por otra parte, el análisis de varias entrevistas permitió reconocer una categoría emergente en la dinámica económica de los hogares, el llamado “*cordón umbilical financiero*” y hace referencia al apoyo que los padres continúan dándoles a sus hijos en edad adulta.

Otro aspecto, particularmente preocupante, es el incremento significativo de la mujer como generadoras de ingresos e incluso, en muchos casos, como principales proveedoras de sus hogares, esto ha generado que sus hijos (niños, niñas, adolescente o jóvenes) como consecuencia de la pobreza, inician sus vidas en condiciones desiguales y claramente desventajosas con respecto a las y los menores que residen en hogares con mayores ingresos y estabilidad económica.

Al respecto se identificó esta situación en una trabajadora, quien lleva consigo una carga emocional por la situación que enfrenta uno de sus hijos, ella comento:

“Mi familia representa felicidad, aunque actualmente tengo un problema de drogadicción con uno de mis hijos y eso me ha generado un poco de daño a mi salud psicológica, pero precisamente por haberme dedicado a trabajar tanto, considero que descuido mucho a mi familia y ahora creo que estoy recibiendo ese pago por haber abandonado a mi familia por el trabajo. Yo soy cabeza de hogar, aunque tengo un esposo, él no trabaja, por eso yo debí trabajar para mantener la parte económica de mi familia” (CM, entrevista personal).

Además del trabajo en la empresa, las mujeres, asumen tareas del cuidado del hogar y la reproducción familiar-biológica, procesos que implican un mayor esfuerzo biopsicosocial y menos tiempo para su descanso, lo que representa un proceso destructivo para su salud tanto física como psicológica. Así lo vivencia Cecilia, una mujer jefa de hogar:

“Yo considero que las mujeres tenemos sobrecarga ya que a nosotras nos toca el trabajo laboral más el trabajo de la casa; nosotras salimos de trabajar bien cansadas todo el día y en la casa seguir laborando, tenemos que acabar de atender todo lo que concierne al hogar y dejar alistando para el día siguiente, además los fines de semana hay que hacer el aseo completo a la casa y precisamente porque toda la semana hemos estado laborando y no hemos tenido esa oportunidad para dejar arreglado en semana.

Yo siempre he pensado que está labor debería ser compartida, si tengo un esposo él también tendría que colaborar la responsabilidad debe ser repartidas entre la familia y no solo en la familia, sino que el gobierno, buscar un mecanismo de ayuda para las familias que trabajamos, incluso la misma empresa debería tener un programa para que nosotras las mujeres bajemos un poco nuestro estilo de trabajo tan duro” (CM, entrevista personal).

En Colombia, al igual que en el resto del mundo, la cantidad de tiempo que dedican las mujeres a las actividades domésticas y de cuidado no remuneradas es mayor al de los hombres. En nuestro país, se considera que el 80% de las horas dedicadas al cuidado son aportadas por mujeres, en una relación de 2:1 con respecto a los hombres (DANE, 2020). Estas responsabilidades que recaen sobre las mujeres representan una barrera estructural para la igualdad de género y el empoderamiento femenino. De igual forma, restringe las oportunidades de educación, empleo, capacitación, autocuidado, participación política y el disfrute del tiempo de ocio y descanso (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2017). Estos resultados de la doble o triple carga adicional a la vida de las mujeres trabajadoras también fue reportada por (Polo, 2020) en un estudio realizado entre trabajadoras bananeras de Tenguel-Ecuador y por (Solíz, 2009), en un estudio en población de recicladoras.

La invisibilización y la falta de valor del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado es producto de la naturalización del papel de las mujeres, construido históricamente entre diferentes generaciones y diferentes sociedades tanto por el sistema patriarcal como por el capitalista (Breilh, 1996). Revindicar el uso del tiempo y del trabajo no remunerado en el bienestar de los hogares y el empoderamiento de las mujeres, es tan importante que los objetivos de desarrollo sostenible establecen una meta específica:

“Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia” (DANE, 2020).

Por otra parte, se evidenció que el logro de las mujeres en espacios como la escolaridad no se traducen en mayor inserción ni en una mejor calidad de empleo. La ganancia educativa, aunque es una condición necesaria, no han sido suficiente para reducir la segregación ni para cerrar las brechas salariales. Al respecto una mujer cabeza de familia, comenta:

“Esta empresa me ha permitido tener una fuente de ingresos y agradezco el trabajo que me desempeño realmente no es como mi campo para el cual estudié pero viendo la situación económica realmente, desde que salí de trabajar de una discoteca dure casi 3 años sin trabajar sin conseguir empleo entonces sí agradezco la oportunidad y es una fuente de ingresos para sostener a mi hija y ayudar en la casa a mi familia, a pesar de que no fue en lo que me formé, acá soy auxiliar administrativa y yo me gradué de administradora de empresas, esperaba desarrollarme algo distinto después de haberme graduado de la universidad” (CB, entrevista personal).

La complejidad de la inserción laboral y las interacciones entre edad, maternidad, lugar de residencia que inhiben la participación, plena e igualitaria de las mujeres en la economía, convergen en un modelo laboral-familiar que no responde a las dinámicas sociales actuales en las que las mujeres están preparándose, están trabajando y de muchas de ellas depende el ingreso de millones de hogares, pero lo están haciendo sin un respaldo corresponsable que aligere y redistribuya las fuertes cargas domésticas y de cuidados que recaen mayoritariamente en sus hombros.

Patrones de alimentación por sexo y clase social

Se identificó que el 77% de los trabajadores, consideraron que la alimentación en sus hogares es saludable, percepción más frecuente entre las mujeres (83,5%) y los trabajadores de clase media (49,2%) (Tabla 7). Teniendo en cuenta, la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y la presencia de ECV, se identificó que el 76% de los trabajadores reconocen consumirlas regularmente, siendo los hogares de los hombres (17,6%) y de los trabajadores de clase media donde más se hace la ingesta de estas bebidas, lo cual podría indicar que esta mayor frecuencia esta influenciado por el nivel de ingresos económicos. Un estudio observacional realizado en México, sobre la compra de bebidas azucaradas en tiendas, mostro que la reducción en la adquisición de estos productos fue mayor entre los hogares del nivel socioeconómico bajo, lo cual tiene beneficios importantes en la salud de estas poblaciones más afectadas y vulnerables por la pandemia de obesidad (Lefebvre, 1969).

El análisis de la ingesta de sal, permitió reconocer que el 77,9% del total de los trabajadores declararon consumir menos de 5 gr/día, este comportamiento fue más común entre las mujeres y trabajadores de clase media, lo cual representa un importante procesos protector de la salud cardiovascular, por cuanto los bajos niveles de sal contribuyen a disminuir la tensión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidentes cerebrovasculares e infarto del miocardio, principal factor de discapacidad y segundo de mortalidad a nivel mundial (OMS, 2010; Van Horn, 2010).

El aumento alarmante de la obesidad parece estar impulsado por la adopción progresiva de una dieta caracterizada por el consumo excesivo de calorías, bebidas azucaradas, alimentos ultra procesados y la ingesta insuficiente de frutas, verduras y fibra. Este consumo excesivo y pasivo de energía es el principal responsable, tanto de la epidemia de obesidad como de la alta incidencia de enfermedades no transmisibles, y representa los efectos negativos y predecible de una economía de mercado basada en el consumo (Sandoval, 2019). Los resultados de este estudio contribuyeron a reconocer entre los trabajadores la importancia que tiene la alimentación en el origen de los principales problemas de salud, lo cual se evidencia en algunos de los comentarios obtenidos en las entrevistas:

“En la alimentación mi esposa nos cuida mucho en ese sentido, aunque el sueldo no ayuda porque los alimentos y todo esta tan caro, ella trata de que comamos bien” (OV, entrevista personal).

Por su parte, una de las trabajadoras entrevistadas evidencia una de las principales barreras estructurales que influyen en la calidad de alimentación:

“Por lo menos en la casa siempre tratamos de que la comida no sea tan mala siempre utilizamos verduras y frutas a pesar de que mi sueldo no me alcanzo para lo que yo desearía comer” (CB, entrevista personal).

Estos testimonios, evidencian como los ingresos económicos del hogar, se reconocen como un proceso negativo que obstaculiza el acceso a una alimentación saludable y de calidad. La imposibilidad evidenciada a la fecha en la reversión del sobrepeso y obesidad con

medidas de salud pública justifica la urgencia de investigaciones que aporten evidencia, que oriente el direccionamiento de políticas efectivas, teniendo en cuenta que a la fecha las medidas educativas centradas en el individuo han sido insuficientes.

Estrés laboral en los trabajadores de estudio por sexo y clase social

El 57,7% de los trabajadores participantes, reportaron estar sometidos a condiciones de estrés, percepción más prevalente entre las mujeres (68,6%) y entre trabajadores asalariados (58,1%) y subasalariados (59,2%) de clase media. En Colombia, dos de cada tres trabajadores refieren estar expuestos estrés durante la jornada laboral (Perez,2011; Rodríguez, 2004). Atendiendo a esta preocupación del vínculo estrés laboral-salud, en el 2009, el gobierno nacional expidió el nuevo listado de enfermedades profesionales o derivadas de la actividad laboral mediante el Decreto 2566, entre las que reconocen como posiblemente causadas por el estrés en el trabajo: los estados de ansiedad, depresión, el infarto del miocardio, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares entre otras (Ministerio de Protección Social [MPS], 2009).

Los resultados de esta investigación concuerdan con los obtenidos en algunos estudios internacionales como el estudio longitudinal CARDIA, el cual mostró que los hombres con alto control en sus trabajos y mujeres con alta demanda laboral eran más vulnerables a desarrollar problemas de salud Edwards et al. (2012). A su vez, Chandola et al. (2006) reportaron que los empleados expuestos a estrés laboral crónico tienen más del doble de probabilidad de desarrollar síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares en comparación con aquellos que no lo están. De igual manera, el estudio MESYAS (Metabolic Syndrome in Active Subjects , 2005) y el (Whitehall II, 2010), evidenciaron que el estrés crónico en el trabajo aumenta la incidencia del SM.

Patrones de descanso y recreación por sexo y clase social

Se observó en la muestra de estudio, que el 85,6% de los trabajadores reconocen disponer de tiempo libre, siendo esta percepción mayor en los hombres (86,4%). La disponibilidad de tiempo libre representa un proceso protector de la salud en este colectivo, por cuanto contribuye a

la recuperación de la fatiga física o psíquica de la carga de trabajo. Por su parte, la variable duerme y descansa bien, es de interés para este estudio, por cuanto aproximadamente el 70% de los trabajadores tienen dificultades para conciliar el sueño, siendo estas alteraciones más comunes entre las mujeres (76%) y entre trabajadores de clase media (44,6%). Esta condición representa un proceso negativo para la salud de estas personas, puesto que la incapacidad para descansar y conciliar el sueño ha sido asociada con problema como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad, enfermedad coronaria y el síndrome metabólico, entre otros (Sanin, 2006; Blanch, 2003; OIT, 1999). A su vez, se reconoce que un sueño inadecuado, en calidad y cantidad puede generar alteraciones en la función cognitiva, con alteraciones en la concentración, memoria, el aprendizaje, el humor y los tiempos de reacción, aspectos que influyen de manera negativa en la productividad, seguridad en los puestos de trabajo y en el estado de salud (Alonso y Lotero, 2008).

Adherencia a la práctica regular de actividad física por sexo y clase social

Otro referente fundamental para tener un estilo de vida saludable, es la práctica regular de actividad física, entendida como cualquier tipo de movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que genera un gasto de energía (Roux, 2003; Humpel, 2002; Ball et al. 2001; Diez et al. 1999). Al respecto se observó que solo el 9,8% de los trabajadores del total de la muestra, realizan el mínimo de actividad física recomendada (30 minutos al menos 5 días/semana) y el 76,4% lo hace de manera ocasional, esta tendencia a mantenerse físicamente activo, que representa un proceso protector para el mantenimiento de la salud en general, fue más comúnmente declarada por los hombres (87,8%) y entre trabajadores de clase media (10,4%). La prevalencia del patrón regular de actividad física observado en este estudio fue menor que el reportado en Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2015 (23,5%) para población entre 18 a 64 años (ENSIN, 2015).

La alta prevalencia de inactividad física, observada en este estudio entre los sedentarios severos y los trabajadores moderadamente sedentarios, es preocupante por cuánto, una persona inactiva tiene más dificultades para controlar su peso corporal, las cifras de presión arterial y regular los

niveles de insulina, con lo cual aumenta el riesgo de adquirir entre otras, diabetes mellitus tipo 2 u otro tipo de enfermedad crónica no-transmisible, incrementando la carga de estas enfermedades en la población laboralmente activa (Palacio, et al. 2007).

Patrones de consumo de cigarrillo y alcohol por sexo y clase social

Con respecto al consumo de cigarrillo, una cuarta parte, del total de la muestra en estudio, declaró ser fumador activo, el mayor consumo se ubicó entre los hombres 33% y entre los trabajadores de clase baja (29,1%). Los resultados observados, muestran una alta prevalencia de consumo en este colectivo, teniendo en cuenta que, según la Encuesta Nacional de Salud de 2007, la prevalencia en Colombia de consumo de tabaco en la población de 18 a 65 años fue del 12,8% (Palacio, 2007). Por otra parte, la prevalencia de tabaquismo en la muestra de estudio fue superior a la reportada por Díaz et al. (2017), en trabajadores de la ciudad de Popayán, quienes encontraron una prevalencia de consumo de cigarrillo del 12,5%. De otra parte, los estudios MESYAS (2005) y Whitehall II (2010) reportaron que los trabajadores con SM de ambos estudios eran con más frecuencia exfumadores. Esta situación de consumo en esta población es preocupante, si se tiene en cuenta que, según la OMS, el consumo de tabaco es la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras prevenibles (Rodríguez et al. 2020).

Por su parte, el consumo de alcohol preocupa por las repercusiones que este tiene sobre el sistema cardiovascular y específicamente su contribución al desarrollo del síndrome metabólico, enfermedades hepáticas, trastornos mentales y diferentes tipos de cáncer (Cooper et al. 2010). Los resultados mostraron que el 20% del total de trabajadores reportaron ser bebedores actuales. Esta tendencia fue más común entre los hombres y entre trabajadores asalariados de clase baja (27,7%). El consumo de alcohol en la población de estudio fue menor a la prevalencia 58,3%, reportada por Díaz et al. (2007), en una población de trabajadores de Popayán. Un estudio realizado en Colombia, en conductores del transporte público en Cali, encontraron una prevalencia de consumo de alcohol de 48% (Camargo et al. 2013). Otros estudios a nivel nacional en población

trabajadora encontraron prevalencias superiores a la observada en la muestra de este estudio. Lizarazu et al. (2013) de (82,7%), Monroy, 2019) de (31%) y Rodríguez et al. (2017) de (28,2%).

Conocimientos de los trabajadores en prácticas de autocuidado por sexo y clase social

La salud auto percibida es una medida del estado de salud obtenida mediante una valoración subjetiva, que presenta variaciones relacionadas con las características individuales y colectivas, y por tanto influenciada por la cultura y el contexto local donde residen (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2016). Esta categoría subjetiva es ampliamente usada en los estudios de epidemiología crítica, para entender cómo la exposición a procesos protectores o destructivos se expresan en los fenotipos de una población (Cordero et al. 2018). Este estudio encontró que el 81,3% de los trabajadores consideran tener un buen estado de salud, percepción que fue más frecuente entre las mujeres (Tabla 8).

Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia del autocuidado, reconocido por la OMS (2024) como *“la capacidad de las personas para promover la salud, prevenir enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica”*. Al respecto se preguntó, cuál era el seguimiento individual a los signos de riesgo cardiovascular, el 65,1% del total de la muestra, indicó controlar constantemente su peso corporal, esta práctica fue más frecuente entre las mujeres (73,6%) y entre los trabajadores de clase media. La adopción de esta práctica de autocuidado es importante por cuanto la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN, 2015) mostró que la población colombiana entre 18 y 64 años tiene un 56,4% de exceso de peso, el 37,7% sobrepeso y el 18,7% obesidad. Sin embargo, cuando se contrasta la información suministrada por los trabajadores con las valoraciones antropométricas realizadas por los investigadores se encuentra una contradicción, pues estos reflejan que el 92% de esta muestra tiene sobrepeso y el 8% presenta obesidad, lo cual evidencia un bajo nivel en la capacidad para asumir su propio cuidado.

Tabla 7. Patrones de descanso, recreación y consumo por clase social

Características		Clase social n (%)				p
		Asalariado clase media	Asalariado clase baja	Subasalariado clase media	Subasalariado clase baja	
Duerme/descansa bien	A veces	104 (70,3)	64 (63,4)	42 (85,7)	18 (62,1)	0,034
	Siempre	44 (29,7)	37 (36,6)	7 (14,3)	11 (37,9)	
Exposición/estrés	No	62 (41,9)	43 (42,6)	20 (40,8)	13 (44,8)	0,988
	Si	86 (58,1)	58 (57,4)	29 (59,2)	16 (55,2)	
Dispone de tiempo libre	No	22 (14,9)	12 (11,9)	4 (8,2)	9 (31,0)	0,035
	Si	126 (85,1)	89 (88,1)	45 (91,8)	20 (69,0)	
Realiza actividad física al menos 30 minutos/día	Nunca/casi nunca	20 (13,5)	12 (11,9)	8 (16,3)	5 (17,2)	0,952
	A veces	112 (75,7)	81 (80,2)	36 (73,5)	21 (72,4)	
	Siempre	16 (10,8)	8 (7,9)	5 (10,2)	3 (10,3)	
Horas/computador día	<3	25 (16,9)	88 (87,1)	13 (26,5)	21 (72,4)	0,001
	>6	129 (89,1)	13 (12,9)	36 (73,5)	8 (27,6)	
Consumo de cigarrillo	No	117 (79,1)	70 (69,3)	38 (77,6)	21 (72,4)	0,344
	Si	31 (20,9)	31 (30,7)	11 (22,4)	8 (27,6)	
Consumo de alcohol	No	116 (78,4)	73 (72,3)	45 (91,8)	27 (93,1)	0,010
	Si	32 (21,6)	28 (27,7)	4 (8,2)	2 (6,9)	

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el 63% de los trabajadores indicaron hacer un control regular de la presión arterial, niveles de glucosa y perfil lipídico. Estas prácticas fueron más frecuentes en las mujeres (68,6%) respecto de los hombres. Sin embargo, llama la atención, que el total de los trabajadores manifestó no tener conocimientos de presentar alteraciones en los niveles de triglicéridos, c-HDL y glucemia, lo cual fue evidenciado en las pruebas bioquímicas realizadas a estos trabajadores por parte de los investigadores de este estudio. Los hallazgos entre las variables antropométricas, clínicas y bioquímicas, evidencian la presencia de ciertas barreras, las cuales deben ser estudiadas y trabajadas desde las empresas y los sistemas de salud con el fin de transformar aquellas prácticas de autocuidado desfavorables que llevan a la presencia de este tipo de alteraciones cardiovasculares entre personas de estos grupos etarios y de estos colectivos.

Tabla 8. Conocimientos y practicas de cuidado en salud según sexo

Características		Hombre	Mujer	p
Como considera su estado de salud	Bueno	160 (77,7)	106 (87,6)	0,026
	Regular	46 (22,3)	15 (12,4)	
Controla regularmente su peso	No	82 (39,8)	32 (26,4)	0,014
	Si	124 (60,2)	89 (73,6)	
Control presión arterial, perfil lipídico y glucemia	No	82 (39,8)	38 (31,4)	N.A.
	Si	124 (60,2)	83 (68,6)	
Frecuencia chequeos médicos	Entre 3-6 meses	19 (9,2)	13 (10,7)	0,029
	Cada 12 meses	97 (47,1)	73 (60,3)	
	Solo cuando es necesario	90 (43,7)	35 (28,9)	

Fuente: Elaboración propia

A manera de conclusión

Se reconoce una tipología familiar conformada por familias nucleares tradicionales, con un tamaño promedio de 3 personas. Donde el 90,8% de los hombres y el 57% de las mujeres son responsables económicos de sus hogares. Adicionalmente, los ingresos económicos mensuales muestran un patrón diferencial, siendo mayores en los hogares de las mujeres.

De otra parte, se encontró una mayor responsabilidad a la adherencia a hábitos alimentarios más saludables en los hogares de las mujeres y en los trabajadores de clase media. Caracterizados, una mayor responsabilidad en la ingesta diaria de sal, el consumo diario de frutas, verduras, los cuales representan importantes procesos protectores de la salud y en especial de la cardiovascular. La imposibilidad evidenciada a la fecha en la reversión del sobrepeso y obesidad con medidas de salud pública justifica la urgencia de investigaciones que aporten evidencia, que oriente el direccionamiento de políticas efectivas, teniendo en cuenta que a la fecha las medidas educativas centradas en el individuo han sido insuficientes. El primer paso para poder comprender la salud desde una perspectiva integral es reconocer que la alimentación va más allá de una perspectiva nutricional, característica del modelo biomédico y por el contrario debe ser entendida como parte del buen vivir, desde su dimensión social, ambiental, cultural, filosófica y política articulada a las dinámicas construidas históricamente en los territorios.

El análisis cualitativo permitió reconocer dos aspectos fundamentales, en primera instancia el rol de la mujer como cuidadora natural de la familia y por otra parte, cómo los ingresos económicos de los hogares representan una de las mayores limitantes estructurales para el acceso a una alimentación de calidad y en consecuencia saludable. La alta frecuencia de hábitos alimentarios inapropiados y el bajo consumo de alimentos saludable observados entre los trabajadores, muestran un patrón diferencial en el estilo de vida tanto por sexo como por clase. Los hogares de las mujeres reflejan una alimentación más saludable, un mayor nivel de conocimiento en prácticas protectoras de la salud y por lo tanto una mayor responsabilidad con el autocuidado y el de su familia. Estas responsabilidades que recaen sobre las mujeres representan una

barrera estructural para la igualdad de género y el empoderamiento femenino. De igual forma, restringe las oportunidades de educación, empleo, capacitación, autocuidado, participación política y el disfrute del tiempo de ocio, descanso y la posibilidad de contar con tiempo para la actividad física.

Por otra parte, el estilo de vida de los hombres estuvo representado por una alimentación poco-saludable, mayor consumo de sal y bebidas azucaradas, bajo consumo de frutas y verduras, mayor consumo cigarrillo y alcohol, menor nivel de conocimiento de prácticas que favorezcan el cuidado de la salud, todas estas características de su estilo de vida representan procesos nocivos que impactan de manera significativa la salud de estos trabajadores. En contraste, se evidenció que cuentan en su rutina diaria con mayor tiempo para actividades de descanso, ocio y actividad física. Además, refieren tener poca exposición al estrés, aspectos que se reconocen como procesos protectores de su salud.

Por su parte se identifica un patrón diferencial de estilos de vida por clase social, los trabajadores de clase baja auto declararon tener baja adherencia a una alimentación saludable, un mayor consumo de cigarrillo y alcohol. Lo cual guarda relación con la menor autopercepción de buena salud declarado por ellos y el poco conocimiento que se observó en relación con las conductas de riesgo cardio metabólico y el control de estas. Todos estos procesos nocivos están siendo encarnados por estos trabajadores en el tiempo y de no tomar medidas preventivas terminaran aumentando la incidencia de enfermedades con consecuencias devastadoras para el trabajador, su familia, la región y el sistema de salud. Por su parte, entre los trabajadores de clase media se reconocen como procesos nocivos la mayor exposición al estrés y el mayor tiempo frente a las pantallas. Adicionalmente, se evidenció una mayor adherencia a una rutina diaria de actividad física y una mayor disponibilidad de tiempo libre y de ocio, se reconocen como aspectos protectores de la salud de este grupo de trabajadores.

Se observa que, al no tener hábitos saludables de forma rutinaria, el 100% de los trabajadores participantes han empezado a expresar un fenotipo de riesgo formado por niveles altos de presión arterial,

altos niveles de triglicéridos y bajos niveles de c-HDL, fenotipo que potencian condiciones de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en esta población de estudio. Por otra parte, la falta de conocimientos de los trabajadores respecto de las condiciones de riesgo cardiovascular confirma la necesidad de diseñar y ejecutar estrategias educativas innovadoras que contribuyan a incrementar el conocimiento sobre prácticas de autocuidado y en consecuencia la adherencia a estilo de vida asociados al control de los componentes del SM.

Referencias Bibliográficas

- Agudelo, C. A., Pérez Villa, P. E., Uribe Castrillón, V. H., y Urbina Rivera, C. F. (2019). Trabajo digno y decente en el sector de la economía solidaria colombiana.
- Alegria, E., Cordero, A., Laclaustra, M., Grima, A., León, M., Casasnovas, J. A., ... y Ferreira, I. (2005). Prevalencia del síndrome metabólico en población laboral española: registro MESYAS. *Revista española de cardiología*, 58(7), 797-806.
- Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial.
- Alonso, J., y Lotero, A. (2008). 10 años de la ley Páez. Transformación de la economía caucana. *Universidad ICESI*.
- Arbués, E. R., Martínez-Abadía, B., Gracia-Tabuenca, T., Yuste-Gran, C., Pellicer-García, B., Juárez-Vela, R., ... y Sáez-Guinoa, M. (2019). Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España. *Nutrición Hospitalaria*, 36(1), 51-59.
- Arsentales-Montalva, V., Tenorio-Guadalupe, M., & Bernabé-Ortiz, A. (2019). Asociación entre actividad física ocupacional y síndrome metabólico: Un estudio poblacional en Perú. *Revista chilena de nutrición*, 46(4), 392-399.
- Ball, K., Bauman, A., Leslie, E., y Owen, N. (2001). Perceived environmental aesthetics and convenience and company are associated with walking for exercise among Australian adults. *Preventive medicine*, 33(5), 434-440.
- Bannai, A., y Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: A systematic review of epidemiological evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(1), 5-18. <http://www.jstor.org/stable/43187983>
- Barragán H, Moiso A, Mestorino Mdla y Ojea OA (2007). Fundamentos de salud pública: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/246>

- Benavides Escobar, M. C. (2017). Una mirada a la gentrificación. El caso Bogotá [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/59406>
- Bilal, U., Díez, J., Alfayate, S., Gullón, P., Del Cura, I., Escobar, F., ... y HHH Research Group. (2016). Population cardiovascular health and urban environments: the Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 1-12.
- Blanch, J. M. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. In 2003 *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos* (pp. 13-148).
- Booth, M. L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O., y Leslie, E. (2000). Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive medicine*, 31(1), 15-22.
- Borde, E., y Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em debate*, 41, 264-275.
- Breilh y Miño, J. E. (1989). Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. <http://hdl.handle.net/10644/3565>
- Breilh, J. (1996). El género entrefuegos: inequidad y esperanza. In *El género entrefuegos: inequidad y esperanza* (pp. 313-313).
- Breilh, J. (2003). De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica: determinación epidemiológica e inequidad En: Breilh J. *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 214-24.
- Breilh, J. (2010a). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6, 83-101.
- Breilh, J. (2010b). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Quito: *Corporación Editora Nacional-Universidad Andina Simón Bolívar*.
- Breilh, J. (2010c). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*, 87-125.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Bustamante, E. (2013). El clima de comunicación, la motivación y la satisfacción laboral en un proceso de atención primaria en Colombia. *Revista de comunicación y salud*, 3(1), 35-49.

- Escobar, F. L. C., Herrera, O. L. G., y Hurtado, M. X. L. (2013). Riesgo cardiovascular en conductores de buses de transporte público urbano en Santiago de Cali, Colombia. *Revista Colombiana de salud ocupacional*, 3(3), 18-22.
- Castrillón JC, Velasco J, Zambrano M, Cantillo O, Cuenca E, Bastidas J, Arbeláez JF. (2020). Plan de Desarrollo del Municipio de Popayán (2020-2023). Alcaldía Popayán, creo en Popayán 477p. <https://www.popayan.gov.co/NuestraAlcaldia/MetasObjetivosDesempeo/Plan%20de%20Desarrollo%202020-2023.pdf>
- CEPALSTAT, U. (2022). Bases de datos y publicaciones estadísticas. CEPAL— Naciones Unidas. *CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*.
- Chandola, T., Brunner, E., y Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *Bmj*, 332(7540), 521-525.
- Concha Sánchez, S. C. (2015). *Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá (Doctoral dissertation)*.
- Cooper, G. M., y Hausman, R. E. (2016). *A Célula-: Uma Abordagem Molecular. Artmed Editora*.
- Cordero, M. L., y Cesani, M. F. (2018). Sobrepeso, obesidad y salud percibida en contextos de pobreza de Tucumán, Argentina. *Salud colectiva*, 14, 563-578.
- Cordoba Adaya, D., Carmona Gonzalez, M., Teran Varela, O. E., & y Marquez Molina, O. (2013). Life style and nutritional status in university students: a descriptive, cross-sectional study. *Medwave*, 13(11).
- Cortez, R., y Prado, A. G. (2011). Mejoramiento del desempeño laboral de los trabajadores del sector salud: el caso de Nicaragua. Apuntes: *Revista de Ciencias Sociales*, 38(69), 81-100.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., y Macintyre, S. (2007). Understanding and representing ‘place’ in health research: a relational approach. *Social science & medicine*, 65(9), 1825-1838.
- DANE, La información del DANE en la toma de decisiones regionales Popayán-Cauca, Información para todos. [Internet] 2021 [Consultado: 2022 May 06]; Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/210303-InfoDane-Popayan-Cauca.pdf>
- DANE. (2020). Mujeres y hombres: Brechas de género en Colombia.
- De Lafont., y Chavarro, L. A. N. (2010). Aplicación de los convenios de la OIT en materia de derecho de asociación sindical y negociación colectiva en las decisiones de los jueces laborales en Colombia. *Prolegómenos. Derechos y valores*, 13(26), 163-178.

- Díaz-Realpe, J. E., Muñoz-Martínez, J., y Sierra-Torres, C. H. (2007). Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. *Revista de salud pública*, 9, 64-75.
- Diez Roux, A. V. (2003). Residential environments and cardiovascular risk. *Journal of urban health*, 80, 569-589.
- Diez-Roux, A. V., Nieto, F. J., Caulfield, L., Tyroler, H. A., Watson, R. L., y Szklo, M. (1999). Neighbourhood differences in diet: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(1), 55-63.
- Edwards, E. M., Stuver, S. O., Heeren, T. C., y Fredman, L. (2012). Job strain and incident metabolic syndrome over 5 years of follow-up: the coronary artery risk development in young adults study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(12), 1447-1452.
- Eibenschutz, C., Tamez, S., y González, R. (2011). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? México: *Universidad Autónoma Metropolitana*.
- ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional | Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF (2015) <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>
- Espinosa, M., Yaruquí, K., Espinosa, F., y Ordóñez, V. (2014). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en trabajadores universitarios de Loja-Ecuador. *Medicina*, 18(3), 179-183.
- Findeter (2019). Estudio de huella urbana y escenarios de crecimiento. 2019:256.
- Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. VV. AA: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPS, 75-94.
- Función Pública (2016) Decreto 583. Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68914>
- Gallo, Ó., Hawkins, D., Luna-García, J. E., y Torres-Tovar, M. (2020). Producción de aceite de palma en Colombia: ¿trabajo decente y saludable? *Revista ciencias de la salud*, 18(2), 88-110.
- Gimeno, D., Tabák, Á. G., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., De Vogli, R., Elovainio, M., ... y Kivimäki, M. (2010). Justice at work and metabolic syndrome: the Whitehall II study. *Occupational and environmental medicine*, 67(4), 256-262.
- Gómez Sánchez, A. M., Sarmiento Castillo, J. I., y Fajardo Hoyos, C. L. (2016). Análisis de la dinámica del mercado laboral en Popayán-Colombia. *ECONÓMICAS CUC*.
- Gómez Tabares, G. E., López López, M. V., Ochoa Marín, S. C., y Wilches Flórez, O. C. (2007). Matriz de procesos críticos: propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. *Investigación y educación en enfermería*, 25(1), 21-28.

- Gómez, G. C. C. (2019). La accesibilidad dotacional como indicador de vulnerabilidad urbana. Un estudio en la ciudad de Popayán (Colombia). Accessibility as indicator of the urban vulnerability. A study in Popayán city (Colombia). *Territorios en formación*, (16), 107-129.
- González Vargas, J. (2019). Los conceptos de espacio y territorio en el pensamiento contemporáneo en salud. [Tesis de Maestría, Universidad Complutense de Madrid] <https://docta.ucm.es/entities/publication/4726e33c-9637-4235-b854-7c569172b1cc>
- Harvey, D. (2013). *Ciudades rebeldes: del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Ediciones akal.
- Henao, J. M. M. Una revisión de la investigación sobre segregación urbana en Colombia en el siglo xx: una lectura crítica desde la geografía. https://www.researchgate.net/publication/338568759_Una_Revisión_De_La_Investigación_Sobre_Segregación_Urbana_En_Colombia_Una_Lectura_Crítica_Desde_La_Geografía.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 6, pp. 102-256). México: McGraw-Hill.
- Huang, J. H., Li, R. H., Huang, S. L., Sia, H. K., Lee, S. S., Wang, W. H., y Tang, F. C. (2017). Relationships between different types of physical activity and metabolic syndrome among Taiwanese workers. *Scientific reports*, 7(1), 13735.
- Humpel, N., Owen, N., y Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American journal of preventive medicine*, 22(3), 188-199.
- Kaiser, M., Bauer, J. M., y Sousa-Poza, A. (2017). Does unemployment lead to a less healthy lifestyle?. *Applied economics letters*, 24(12), 815-819.
- Kärmeniemi, M., Lankila, T., Ikäheimo, T., Koivumaa-Honkanen, H., y Korpelainen, R. (2018). The built environment as a determinant of physical activity: a systematic review of longitudinal studies and natural experiments. *Annals of behavioral medicine*, 52(3), 239-251.
- Kucera, D. (2002). Core labour standards and foreign direct investment. *Int'l Lab. Rev.*, 141, 31.
- Lefebvre y Nicholson (1992). Book Review: The Production of Space: Oxford: Blackwell 454 pp. 14.95 paperback 49.50 hardback. *Urban Studies*, 29(6), 1020-1023.
- Lefebvre, H. (1969). El derecho a la ciudad (Vol. 44). Ediciones Península.
- León Román, C. A. (2007). Cuidarse para no morir cuidando. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 0-0.

- Levasseur, M., Généreux, M., Bruneau, J. F., Vanasse, A., Chabot, É., Beaulac, C., y Bédard, M. M. (2015). Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BMC public health*, 15, 1-19.
- Lizarazu-Diazgranados, I., Rossi-Trespacios, C., Iglesias-Acosta, J., y Villanueva-Torregroza, D. (2013). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y evaluación del riesgo cardiovascular global en trabajadores de la Universidad Libre seccional Barranquilla, 2010 (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 52-63.
- Luna-García, J. E., Urrego-Mendoza, Z., Gutiérrez-Robayo, M., y Martínez-Durán, A. (2015). Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 407-417.
- Mehrdad, R., Pouryaghoub, G., y Moradi, M. (2018). Association between metabolic syndrome and job rank. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 9(1), 45.
- Mendoza OS, J (2005) Impacto del Sector Financiero en el nivel de actividad económica del Cauca. [Tesis de pregrado Universidad del Cauca]
- Ministerio de la Protección Social RdC, MPS. Decreto 2566 por la cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales. 2009. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36783>
- Ministerio de Salud [MNS] (1994) Resolución 5261 De 1994. Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf
- Monroy Rios, D. J. (2019). Prevalencia del síndrome metabólico en pilotos de la Aviación del Ejército Nacional de Colombia. *Departamento de Medicina Interna*.
- Montoya Agudelo, C., Méndez Cruz, J., y Boyero Saavedra, M. (2017). Trabajo digno y decente: una mirada desde la OIT para la generación de indicadores para las pyme mexicanas y colombianas. *Visión de futuro*, 21(2), 0-0.
- Morales Borrero, M. C. (2021). Transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá (1985-2015): proceso de inequidad acumulada [Informe de Investigación, Universidad Andina Simón Bolívar] <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8083>
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., y Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15, 810-813.

- Mundlak, G. (2007). The right to work: Linking human rights and employment policy. *International Labour Review*, 146(3-4), 189-215.
- Observatorio Nacional de Salud [ONS] (2016). Clase Social y Salud. Informe técnico, Octava edición. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-8-clase-social-salud.pdf>
- Ogden, J. (2003). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Ediciones Morata.
- Ordoñez MA, Castañeda, Curvelo MI, Ojeda, VisbaL D.M (2011). Trabajo digno y decente en Colombia. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Bogotá DC. Recuperado de [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo% 20digno% 20y% 20decente% 20en% 20Colombia_% 20Seguimiento% 20y% 20control% 20preventivo% 20a% 20las% 20pol% C3% ADticas% 20p%C3%BAblicas \(1\). pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo%20digno%20y%20decente%20en%20Colombia_%20Seguimiento%20y%20control%20preventivo%20a%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20(1).pdf).
- Organización de Naciones Unidas. O. N. U. (2017). El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe: Transformar las economías; para realizar derechos. *Estados Unidos*.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1948) Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87). *Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1999). Memoria del director general a la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra; 1999. <https://webapps.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024) Autocuidado para la Salud y el bienestar. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>
- Otálvaro Castro, G. J. (2019). Ciudad, juventudes y políticas de salud en Medellín en el siglo XXI [Tesis Doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar] <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7072>
- Palacio D, Rodríguez CJ., Cuero, CI, Noguera, AL. Ministerio de la Protección Social. (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007: resultados nacionales.
- Pérez EJP. La relación trabajo-estrés laboral en los colombianos. *Revista CES salud pública*. 2011;2(1):66-73.
- POT (2002). Plan de Ordenamiento Territorial, Popayán, Cauca. https://www.popayan.gov.co/NuestraAlcaldia/PublishingImages/Paginas/Plan-de-ordenamiento-territorial/acuerdo_06_2002_normas_POT.pdf

- Ribera Carbó, E. (2019). Curso: La producción del espacio urbano y la reproducción social, por Ana Fani Alessandri Carlos. Cátedra de Geografía Humana Elisée Reclus. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. Ciudad de México, 12-15 de noviembre de 2018. *Investigaciones geográficas*, (98).
- Rodríguez, J. M., Rosales Flores, R. A., y Granados Cosme, J. A. (2020). Asociación entre condiciones de trabajo, estilos de vida y síndrome metabólico en conductores de taxi de la Ciudad de México. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/644>
- Rodríguez, J. P. (2004). El abandono voluntario del mercado de trabajo. *Revista de economía aplicada*, 12(35), 83-104.
- Rodríguez-Miranda, C. D., Jojoa-Ríos, J. D., Orozco-Acosta, L. F., y Nieto-Cárdenas, O. A. (2017). Síndrome metabólico en conductores de servicio público en Armenia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19, 499-505.
- Roomi, M. A., y Mohammadnezhad, M. (2019). Prevalence of metabolic syndrome among apparently healthy workforce. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 31(2), 252-264.
- Rosales-Flores, R. A., Mendoza-Rodríguez, J. M., y Granados-Cosme, J. A. (2018). Condiciones de vida, salud y trabajo en conductores de taxi en la Ciudad de México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(3), 279-286.
- Roux, A. V. (2003). Residential environments and cardiovascular risk. *Journal of urban health*, 80, 569-589.
- Sandoval Illescas, K. M. (2019). *Enfoque de la determinación social de la malnutrición infantil en niños y niñas que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe, en el año 2018* (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).
- Sanin, A. (2006). Introducción a la historia de la epidemiología. *Fundamentos de salud pública*, p. 1-4.
- Santana, A. I. C., das Mercês, M. C., Magalhaes, L. B. N. C., Costa, A. L. B., y Argemiro D'Oliveira, J. (2020). Association between metabolic syndrome and work: an integrative review of the literature. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 18(2), 185.
- Sarang, V. D., Subroto, S. N., y Umesh, L. D. (2015). Metabolic syndrome in different sub occupations among mine workers. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 19(2), 76-79.
- Schnettler, B., Peña, J. P., Mora, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Denegri, M., y Lobos, G. (2013). Estilos de vida en relación a la alimentación y hábitos alimentarios dentro y fuera del hogar en la Región Metropolitana de Santiago, Chile. *Nutrición hospitalaria*, 28(4), 1266-1273.

- Soliz Torres, M. F. (2014). Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud: economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013.
- Solíz Torres, M. F. (2016). *Lo que la mina se llevó: estudio de impactos psicosociales y socioecossistémicos tras la salida de la empresa Kinross en las comunidades ubicadas en la zona de influencia directa del proyecto Fruta del Norte*. Quito: La Tierra.
- Suwazono, Y., Okubo, Y., Kobayashi, E., Kido, T., y Nogawa, K. (2003). The influence of total number of favourable working conditions and lifestyle on mental health in Japanese workers in a large company. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(2), 119-126.
- World Health Organization. (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo.
- Yen, I. H., Michael, Y. L., y Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 37(5), 455-463.

CAPÍTULO 3

Análisis del síndrome metabólico desde el enfoque de la determinación social

En este capítulo se presenta el análisis del síndrome metabólico desde la determinación social de la salud, como una nueva forma de analizar esta condición clínica y superar las limitaciones de la epidemiología clásica. El enfoque de la DSS, permitió reconocer que las alteraciones metabólicas y fisiológicas desencadenantes del SM, encuentran una explicación más allá del contexto clínico por cuanto se encuentran subsumidos en unas realidades contextuales e históricas que marcan las dinámicas de vida de los trabajadores y que permiten reconocer la complejidad, las dinámicas y la dialéctica que se genera en la articulación de los dominios de la vida de estos trabajadores y que están inevitablemente marcada por aspectos del orden político, económico y cultural.

3.1. Matriz de procesos críticos

El resultado final que surgió fue la matriz de procesos críticos, la cual tenía como objetivo central mostrar la complejidad de los procesos relacionados con la salud cardiovascular. Esta matriz se estructuró con base en la información obtenida en la fase de comprensión del objeto de estudio y la fase de desciframiento, en ella se presentan los procesos crítico identificados en el orden económico, político y cultural como resultado del proceso investigativo desarrollado.

Los procesos críticos fueron identificados a través del uso de técnicas intensivas, extensivas y su posterior triangulación. Tanto el diseño de la matriz como la comprensión de la complejidad se sustentaron en los postulados de Jaime Breilh. El reconocimiento de los procesos críticos que alimentaron la matriz de la determinación social muestra la complejidad del objeto de interés como resultado de la caracterización epidemiológica, el análisis documental, la caracterización de los modos de vida, estilos de vida y las expresiones que surgieron de los trabajadores sobre su realidad, adquirieron un mayor sentido al contrastarlas con el análisis socio-histórico realizado, el cual configuró el marco contextual que circunscribe la vida de los trabajadores en la ciudad de Popayán. Teniendo en cuenta que los modelos urbanos globales homogenizantes no existen, este estudio reconoció la importancia de identificar los rasgos propios de la ciudad gestados históricamente y agudizados con el neoliberalismo, el conocimiento de estos elementos permitió la construcción de explicaciones regionales a estas particularidades territoriales que contribuyen a entender el contexto en el que desarrollan sus vidas los trabajadores con síndrome metabólico.

La configuración de la matriz de procesos críticos permitió identificar en el orden económico, el modelo de acumulación capitalista, el cual se evidencia a través de los planes de desarrollo y las políticas sociales al servicio del capitalismo, la pérdida de capacidad del Estado para regular y garantizar los derechos de los ciudadanos, la economía local y la reproducción de la pobreza urbana (desempleo y migración forzada).

En este contexto, Popayán, reconocida como una ciudad intermedia, dentro de la tipología urbana del país, se encuentra subsumida a la lógica dominante y, en consecuencia, representa un escenario para la reproducción del capitalismo marginal. Este sistema ha dispuesto espacios especializados en la ciudad para cada actividad, los cuales a su vez han sido segregados por clase social y poder adquisitivo, generando marcados patrones de inequidad social que se expresan en el trabajo y que impactan en las condiciones de salud. Estas inequidades se explican en la estratificación socioeconómica que se vive al interior de la ciudad, en donde los servicios sociosanitarios y los elementos que aportan al

bienestar están concentrados en las zonas de mayores estratos sociales (parques, inmobiliario urbano, arborización, saneamiento básico, sistemas de seguridad y planeación urbana, entre otros. La imposición del patrón neoliberal de acumulación capitalista ha dado lugar a una creciente desigualdad económica, social y urbana en la ciudad, la cual se ha visto no solo subsumida a estos patrones, sino que ha tenido que mediar con los rasgos heredados de su historia particular de formaciones sociales, procesos socio-territoriales y de los rasgo económicos que han surgido a partir de las desigualdades de desarrollo y que han llevado a diferentes formas de pobreza, de violencia generalizada, a modos de vida cada vez más precarios y a estilo de vida cada vez menos saludables como consecuencia del empobrecimiento de los hogares, que terminan impactando no solo la calidad de vida sino la salud de estos trabajadores y de la población en general.

La configuración de la matriz de procesos críticos permitió identificar en el orden político, la injerencia de las políticas internacionales y nacionales sobre los modos y estilos de vida de los trabajadores participantes, definiendo así una historia y un flujo particular al objeto de interés de esta investigación. Los procesos críticos del orden político evidencian los cambios experimentados por la política social en Colombia, como consecuencia de la implementación del modelo neoliberal y su propuesta de libre mercado y transnacionalización de las economías. Como parte de esta lógica asumida por el Estado, las entidades gubernamentales han sido entregadas a tecnócratas y políticos que no solo debilitan las instituciones por su desconocimiento sobre las necesidades reales de la población, sino que carecen de voluntad política para apalancar e impulsar procesos de cambio y desarrollo en la región.

De otra parte, la responsabilidad fundamental del Estado frente a la salud sufrió transformaciones significativas bajo las premisas de las políticas neoliberales, que favorecieron la mercantilización de la salud y generaron importantes cambios en la relación Estado, mercado y sociedad. El sistema de salud colombiano opera mediante programas y estrategias que no incorporan en sus dinámicas la atención integral de las personas. Este sistema paso de ser un derecho de los ciudadanos a convertirse en

un privilegio de pocos, el cual es manejado por el mercado, estas nuevas dinámicas del Estado colombiano respecto de la salud han debilitado los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por cuanto estos no son rentables para sus intereses financieros. Esta situación resulta poco entendible teniendo en cuenta que condiciones clínicas como el síndrome metabólico podrían prevenirse y con ella los consecuentes desenlaces de las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades que generan altos costo al sistema de salud, impactan la economía regional y la calidad de vida de los trabajadores y sus familias.

De igual manera, ha permitido reconocer las debilidades políticas, técnicas y financieras del Estado colombiano y de sus entidades territoriales, además de su incapacidad para disminuir la pobreza y responder a las necesidades de los ciudadanos, lo cual se ve reflejado en dos expresiones de crisis de Estado: La inseguridad y la violencia, aspectos evidenciados en varios de las expresiones de los trabajadores. El análisis de la reproducción social de los trabajadores contribuyó a valorar cómo la salud de este colectivo y del territorio ha sido social e históricamente determinada por mecanismos estructurales y procesos relacionados con la gestión política del Estado y sus diferentes niveles de gobernanza, así como por el modelo biomédico pilar fundamental del sistema de salud colombiano.

Los procesos críticos del dominio estructural y del orden político revelan como la crisis del Estado colombiano y las reformas laborales, se consolidan como fuerzas que establecen y perpetúan las condiciones de precarización laboral y las inequidades sociales que van en contravía del derecho a un trabajo digno y al buen vivir de los ciudadanos. De igual manera, el modelo económico de las empresas participantes, las condiciones de contratación de los trabajadores y las relaciones de clase social confieren una historia y una dinámica que subsume los procesos del nivel individual. Las condiciones evidenciadas en el dominio particular y el orden económico y político imponen unas dinámicas que definen las condiciones financieras de estos colectivos que viven y trabajan en Popayán. Estas dinámicas conllevan a la precarización laboral, al empobrecimiento de los trabajadores y a una segregación inequitativa del territorio, condiciones que vulneran el derecho a una vida digna y a la salud de los trabajadores y sus familias.

La imposición de ingresos familiares bajos, la inseguridad alimentaria, la desigualdad social, la falta de políticas contextualizadas para acceso a tenencia de vivienda, las barreras de tiempo y espacio para el acceso a equipamientos de recreación y actividad física, marcados patrones de estrés, desgaste físico del trabajador por exigencias productivas y la atención oportuna en salud para el control y manejo de alteraciones metabólicas, clínicas y/o bioquímicas expresadas ya por los trabajadores, sumado a su susceptibilidad familiar a enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, entre otras, se reconocen como las principales condiciones que comprometen la salud de este colectivo de trabajadores.

De otra parte, el modelo neoliberal ha influido en todas las expresiones del orden cultural, este generó un nuevo imaginario social de la vida cotidiana, que ha llevado a un cambio en la generación de conocimiento, los patrones de comportamiento, culturales, de valores. En la dimensión general-orden cultural, se ha establecido una cultura individualista, las necesidades del individuo son más importante que las del grupo o colectivo. De otra parte, el modelo de salud, basado en el paradigma positivista se caracteriza por su naturaleza asistencialista, biologicista y con enfoque de enfermedad. El cual, a su vez, centra la formación del personal de salud en la profesionalización en menoscabo de la investigación y el trabajo comunitario con lo cual se ejerce una práctica descontextualizada de las condiciones sociales y culturales de las poblaciones.

Otro aspecto cultural identificado en la matriz de procesos críticos son las inequidades sociales entre hombres y mujeres generadas como consecuencia del orden cultural patriarcal. Este sistema socialmente construido de reglas y patrones normativos entre hombres y mujeres, conducen a desiguales oportunidades de acceso en la educación, la salud, calidad de vida y mercado laboral. Otro aspecto que se resalta en esta dimensión es la identidad social de la ciudad culta, educada y religiosa, es el imaginario que marca el presente y la proyección futura de la ciudad, y con la cual muchas personas no se sienten reconocidas con lo que Popayán les ofrece, pues consideran que esta identidad es herencia de una cultura tradicional de la época colonial. Por su parte, la falta de reconocimiento de

la cultura como derecho, y pilar fundamental del buen vivir y la necesidad de re-conocer la importancia del territorio como espacio creación, reproducción, producción y convivencia comunitaria, representan otro de los procesos críticos más destacados en este análisis.

En cuanto a los procesos críticos del orden cultural, se reconoce la apropiación de estilos de vida, propios de la dinámica local, la transición nutricional (dietas occidentalizadas), la mujer como cuidadora “naturalizada” de la familia y las representaciones y valores entorno a la responsabilidad para asumir el autocuidado de la salud por parte del trabajador y su familia.

3.2 Perfil de la determinación social del síndrome metabólico

El perfil de la determinación social de la salud, se consolida como un recurso que identifica, sistematiza y analiza la esencia de un complejo proceso dialéctico de determinación histórica que opera en el dominio general y subsume al dominio particular y al singular. Esta determinación social esta mediada por los procesos protectores y destructivos, los cuales evidencian las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en la social, a partir de los cuales se construye una trama compleja contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo de la determinación social. La salud y la enfermedad representan un proceso social que se vive de manera desigual en los grupos poblacionales que habitan un territorio y que está relacionado con la forma como se distribuyen las formas de poder en la sociedad.

Identificar, jerarquizar y sistematizar todos los procesos protectores y destructivos que se generan desde los diferentes dominios y ordenes de la determinación social, representa uno de los principales aportes de este trabajo investigativo, por cuanto permite continuar fortaleciendo los procesos protectores y contrarrestar los destructivos a través de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A su vez, tanto la matriz como el perfil de la determinación social del síndrome metabólico constituyen una línea de base local sobre la cual re-pensar la salud de la población trabajadora de la ciudad de Popayán con el fin de orientar y focalizar las acciones que respondan a las realidades que hoy afronta

la salud de los trabajadores. A continuación, se presentan los procesos protectores y/o destructivos identificados en cada dominio y se relacionan con los procesos críticos que los sustentan:

Es importante resaltar como cada uno de los procesos identificados en la matriz de la determinación social, en los diferentes órdenes y dominios, se relacionan con las expresiones antropométricas, clínicas y bioquímicas observadas en el cuerpo de los trabajadores participantes con síndrome metabólico. Se reconoce como un importante proceso protector, el diagnóstico oportuno del síndrome metabólico, teniendo en cuenta que estas personas a la fecha son asintomáticas. Desde el enfoque de la determinación social de la salud, se reconoce la salud como un proceso, y los resultados de las pruebas antropométricas, clínicas y bioquímicas dejan de ser analizados empíricamente en su relación biológica causa-efecto y pasan a constituirse como parte del dominio individual, en el que los modos de vida y la estructura social (económica, política, cultural) juega un papel fundamental en la etiología de estas alteraciones biológicas encarnadas en los cuerpos los trabajadores y cuya identificación representa un momento valioso en la vida de estas personas, por cuanto aún se puede hacer una intervención oportuna para el control y manejo de estas alteraciones y en consecuencia la prevención temprana de enfermedades cardiovasculares.

Dentro del contexto de análisis, se reconoce, el sector económico al que están vinculados los trabajadores con SM, los resultados evidencian que el sobrepeso es más prevalente en personal vinculado a empresas de servicios sociales, salud y educación, en tanto, la obesidad es un rasgo clínico más comúnmente presente en trabajadores sin ningún control sobre el proceso productivo pertenecientes al sector de transporte y de industrias manufactureras y artesanales.

El análisis de la relación entre clase social y la presencia de obesidad, evidenció que esta condición de riesgo cardiovascular, fue más prevalente entre los trabajadores de clase baja, con base en los resultados podemos asumir que este mayor riesgo a un IMC mayor, es producto del sometimiento del trabajador a condiciones económicas, que han llevado al empobrecimiento, con lo cual su libertad de decisión frente al cuidado de su salud se ve limitado

al no poder acceder a una alimentación de calidad, por cuanto este tipo de alimentos incrementan el costo de la canasta familiar. De otra parte, las largas jornadas laborales limitan su tiempo, impidiendo la adherencia a rutinas regulares de actividad física.

Sumado a lo anterior, el aumento alarmante de la obesidad está relacionado con la adopción progresiva de una dieta occidental caracterizada por el consumo excesivo de calorías, bebidas azucaradas, alimentos ultra procesados y la ingesta insuficiente de frutas, verduras y fibra. La imposición de este tipo de prácticas de alimentación representa un proceso nocivo, por cuanto generalmente contribuyen al aumento de peso y en consecuencia la aparición de ECNT, condiciones que generan una mayor vulnerabilidad a los trabajadores.

Otro aspecto, común entre los trabajadores es el bajo nivel de actividad física ocupacional, quienes, a pesar de asumir una diversidad importante de puestos de trabajo, estos no requieren un gasto energético importante, lo cual sumado al alto consumo de carbohidratos y alimentos calóricos durante la jornada laboral generan alteraciones metabólicas.

Se encontró como parte de las alteraciones, niveles elevados de triglicéridos, y bajos niveles de c-HDL. Los altos valores de triglicéridos se observan en los hombres y los valores más bajos de c-HDL en las mujeres, cuando este análisis de hipertrigliceridemia y bajo HDL se hizo por clase social, se observó que estas alteraciones son más comunes entre trabajadores de clase media, resultados que podrían ser orientados desde la base del poder adquisitivo, a mayor ingresos económicos mayor acceso a consumo de bebidas azucaradas, consumo de dietas hipercalóricas representadas y una baja adherencia a la actividad física.

La alta concentración de triglicéridos es el componente del síndrome metabólico que más justifica esta diferencia en la prevalencia por sexos. Los varones muestran una prevalencia significativamente mayor en los grupos de edad < 50 años, lo cual concuerda con la experiencia clínica de que los varones presentan complicaciones cardiovasculares en edades más precoces mientras las mujeres las presentan aproximadamente diez años más tarde en la ventana del tiempo que la acerca a la menopausia. Esta diferencia por sexo se justifica por la protección estrogénica con la que cuentan las mujeres durante su vida reproductiva. De otra parte, la

mayor susceptibilidad de las mujeres a expresar bajos niveles de cHDL, se podría entender desde varias aristas, una sería que estas tendencias a presentar menores niveles HDL, presenta una relación inversa con los niveles de triglicéridos. Otra explicación, se centra en el hecho que las mujeres tienen niveles más altos de colesterol HDL que los hombres, debido a la presencia de estrógenos, a medida que los niveles de estrógenos aumentan, el colesterol HDL también aumenta, alcanzando un máximo en el momento de la ovulación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se reconoce que el 70% de las mujeres de este estudio tienen una edad superior a 45 años, se podría pensar que, en estas mujeres, próxima a la premenopausia o ya en menopausia, los niveles de colesterol HDL tienden a disminuir en tanto, el colesterol total y LDL tienden a aumentar y con ellos aumenta el riesgo a desarrollar enfermedad cardíaca o un ataque al corazón. Estos riesgos biológicos son subsumidos por otras condiciones de desgaste del cuerpo femenino como es el estrés producto de las tareas reproductivas, de trabajo y actividades domésticas que han llevado en el contexto histórico del neoliberalismo al deterioro prematuro de la mujer, como resultado de sus interminables jornadas y el empobrecimiento de sus hogares. Desde el análisis de la relación mujer-salud, es de vital importancia reconocer que el ser mujer ofrece una serie de desventajas biológicas frente a diferentes exposiciones, esto determina que la mujer tenga una mayor susceptibilidad a desarrollar ciertas patologías.

Las funciones femeninas están desprotegidas por el Estado y las empresas, esto evidencia, dos luchas que se deben dar de manera simultánea: La lucha de las mujeres y la lucha por las mujeres, esta última debe nacer desde el seno de los movimientos sociales.

Las expresiones de los procesos críticos de las condiciones genotípicas (antecedentes familiares de comorbilidades) y fenotípicas (cambios biológicos en el organismo del trabajador) representados en alteraciones antropométricas, clínicas y bioquímicas, reconocen la subsunción de estos eventos biológicos del nivel individual y de la injerencia del orden económico, político y cultural sobre la salud cardiovascular de los trabajadores en estudio. A continuación, se presenta los procesos protectores y/o nocivos identificados en el orden económico, político y cultural.

3.2.1 Procesos protectores y destructivos del orden económico

Los resultados y posterior análisis de la reproducción social de esta muestra de trabajadores formales que viven la ciudad de Popayán permitieron reconocer como la salud de estos colectivos y de los territorios que habitan han sido histórica y socialmente determinados por mecanismo y procesos que actúan tanto a nivel global como nacional. Estas imposiciones a diferentes escalas han generado patrones de desigualdad en el territorio, respecto a elementos y procesos que son fundamentales en la calidad de vida y la salud de los ciudadanos. La imposición de estos procesos destructores de la salud y la vida se relacionan con la presencia de ciertos elementos estructurales, como la globalización, la gestión política del Estado, los diferentes niveles de gobernanza y el modelo de salud y trabajo adoptado por el país.

Otro de los procesos nocivos para la salud de los trabajadores, es la mercantilización del modelo de salud, el cual se sustenta en los procesos críticos, mercantilización y el monopolio del sector salud y la incapacidad de sistema estatal por regular el incumplimiento de contratos, los actos de corrupción, la apropiación indebida de recursos públicos destinados a la salud. Esto han llevado a que las empresas responsables de la administración en salud limiten la provisión de servicios de salud a los usuarios, con el fin de obtener ganancias, lo cual su vez impidiendo la consolidación de verdaderos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por cuanto estos no les son rentables. A su vez, se reconoce como proceso crítico, la falta de articulación de las entidades prestadoras de salud con las empresas, para diseñar y consolidar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad adaptados a las necesidades reales de los trabajadores, mientras en lo singular, el trabajador y su familia se enfrentan a diferentes barreras de acceso en la atención, diagnóstico oportuno, promoción y prevención.

Otro de los procesos protectores identificados es la oportunidad laboral con que cuentan los trabajadores participantes, las condiciones de trabajo en la ciudad son determinadas por el modelo económico local, construido sobre la base del capitalismo neoliberal y las políticas económicas del país. Estas lógicas dominantes han transformado las condiciones laborales que operan localmente y representan un escenario donde se expresan mecanismos

inequitativos, contruidos a través de la implementación de las políticas capitalistas, con consecuencias negativas para la reproducción social de los trabajadores y sus familias. Aun así, el contar con un trabajo les ofrece a estas personas la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y acceder a mejores condiciones de vida y en consecuencia de salud.

Otro de los procesos destructivos, identificados es la segregación socioespacial, soportada en los procesos críticos de mercantilización en el uso del suelo, marcado proceso de urbanización y las desigualdades sociales que enfrentan los trabajadores y sus familias. La segregación espacial de la ciudad representa una expresión de los conflictos sociales y de los intereses mercantilistas, que convirtieron la ciudad en un nicho de problemas sociales y un sustrato para los propósitos de los sectores inmobiliario y financiero. Los flujos migratorios y el valor del uso del suelo aumentaron la concentración de la población de bajos recursos en las comunas 2,5,6 y 7. Una de las consecuencias más preocupante del proceso de urbanización, es el aumento de la pobreza, el cual crece con la tendencia nacional, Popayán se posiciona como la cuarta ciudad del país con mayor nivel de pobreza y la sexta ciudad con mayor nivel de desigualdad y el mayor Índice de pobreza multidimensional.

Por otra parte, se reconoce como proceso destructivo el empobrecimiento de los hogares. Esta percepción de mayor pobreza representa el sentir del 42% de las familias colombianas, las cuales consideran que los ingresos mensuales no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, entre estos debieron disminuir los gastos de alimentos que impide el acceso a una alimentación saludable y de calidad, además de tener menos posibilidad de acceder a espacios de actividad física y recreación y menos posibilidad de tenencia de vivienda. Esta situación se torna más difícil en los hogares donde la mujer es jefe de hogar y se responsabiliza de los ingresos económicos y del cuidado familiar, esto marca una condición de mayor vulnerabilidad en estos hogares. El cambio en el patrón de jefe de hogar (mujer), incluso en los hogares biparentales, determina un patrón de feminización de la pobreza, esto no debe interpretarse como una condición de empoderamiento económico de las mujeres, por el contrario, es un elemento de deterioro en las condiciones económicas.

3.2.2 Procesos protectores y destructivos del orden político

Otros potenciales procesos protectores: la afiliación de los trabajadores al sistema de salud y la existencia de una unidad de seguridad y salud en el trabajo en las empresas, podrían contribuir a consolidar el perfil social, laboral y de salud de los trabajadores en cada una de las empresas, lo que representa una línea de base fundamental, sobre la cual formular estrategias que promuevan una cultura organizacional en pro del cuidado de la salud de los trabajadores y permitan la consolidación de empresas saludables en la región.

Se reconoce como un proceso destructivo, los cambios sufridos en el proceso productivo de las empresas como manera de adaptarse a la re-estructuración de la economía global y la competitividad en el mercado, estos cambios se han expresado, entre otros, en una intensificación del trabajo, reflejada en un deterioro continuo de las condiciones y el bienestar de las trabajadoras y los trabajadores. Dentro de este proceso de producción le es arrebatada a los trabajadores su fuerza productiva.

Además, se someten a proceso de desregulación y flexibilización de las condiciones contractuales y se eliminan las responsabilidades de las empresas, frente a los derechos de seguridad social, protección judicial y el derecho de estos a disfrutar de un buen vivir. Estas nuevas dinámicas de organización del trabajo caracterizadas por relaciones laborales menos estables, precarias y dificultades estructurales de la representación sindical, exponen sobre todo a los trabajadores más jóvenes y menos cualificados a efectos muy fuertes, que desvalorizan, estigmatizan y no logran romper con el círculo vicioso de la pobreza.

Esta investigación identificó como las respuestas de los trabajadores ayudaron a identificar el vínculo entre las características del trabajo y su incidencia en la salud. Las condiciones de trabajo estresantes, las exigencias psicológicas y físicas, la injusticia organizativa, el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa y el grado de control, la justicia relacional e inseguridad laboral, se reflejan en una morbilidad sentida y unas expresiones en el cuerpo de los trabajadores representadas por la presencia silenciosa de alteraciones en los niveles de presión arterial, glucosa, lípidos, presencia de sobrepeso u obesidad o en un mayor consumo de

alcohol y cigarrillo, condiciones que predispone a estos trabajadores a un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, entre otras.

De otra parte, se evidencia como las empresas guarda silencio frente a las cargas de sus empleados y no asumen su responsabilidad frente a las enfermedades que desarrollan sus empleados como consecuencia del modelo de producción, lo que se refleja en la falta de responsabilidad empresarial, para implementar programas de formación de capital humano en entornos saludables, con el fin de mitigar el impacto de las cargas laborales en la salud de sus empleados. Adicionalmente, se reconoce como las condiciones labores muestran un patrón diferencial de género y clase social que colocan a las mujeres y los trabajadores de clase baja en una situación de vulnerabilidad en términos de cargas ocupacionales e intensificación del trabajo como un rasgo que se acrecienta y produce malestar, contradiciendo la naturaleza misma del trabajo.

El acercamiento geográfico, documental, de acceso a equipamientos y vivencial a los territorios comunitarios, permitió conocer cómo, desde la mirada de los actores, que las condiciones físicas y sociales de sus barrios podrían explicar parcialmente los resultados en salud cardiovascular observadas en este estudio, la poca o nula disponibilidad de espacios de recreación, actividad física y deporte, la inseguridad urbana, la escasa disponibilidad, acceso y capacidad de adquisición de alimentos saludables entre clases, es una expresión de las desigualdades estructurales políticas y económicas construidas históricamente en los territorios de la ciudad, y que afectan en mayor proporción a los trabajadores de clase baja. Estas condiciones de desigualdad generan una serie de exposiciones e imposiciones que terminan encarnándose en los cuerpos de los trabajadores, y que generan un espectro de fenotipos patológicos.

Adicionalmente, se reconoce como un proceso destructivo de la salud, la falta de conocimiento en cuanto a la relación demostrada entre la salud y la ciudad, entre los planificadores urbanos. Al analizar las condiciones de los barrios, se evidencia como estos no están diseñados para ofrecer algunas condiciones de calidad de vida fundamentales a sus residentes, por cuanto carecen de zonas recreativas, zonas verdes, canchas, espacios culturales o de interacción social, no favorecen la adherencia

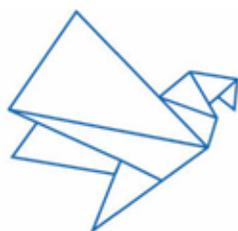
a la práctica regular de actividad física. Por otra parte, aparece como barrera estructural para el acceso a los pocos o en mal estado de estos sitios de recreación y deporte públicos la inseguridad, estos sitios se han convertido en un espacio para el consumo de drogas y la delincuencia.

3.2.3 Procesos protectores y destructivos del orden cultural

Se reconoce como un importante proceso protector, la emergencia del paradigma crítico. El interés de los investigadores por buscar nuevas visiones que aporten información al conocimiento del proceso salud-enfermedad, abrió las puertas al paradigma crítico, a través del cual se pueden encontrar respuestas a la complejidad de la relación de lo biológico en lo social, lo que contribuye a superar la mirada biológica y asistencialista que domina los procesos de investigación sobre el síndrome metabólico.

Dos procesos nocivos reconocidos son: el individualismo y el patriarcalismo, las relaciones sociales centradas en la búsqueda exclusiva del bienestar individual, orientadas a establecer desigualdades de género y discriminación, sobre la base el poder económico y social históricamente reconocido a los hombres, para mantener su estatus y autoridad, representan un verdadero proceso nocivo. Si a este sistema de poder, se le suman otras formas de poder como la clase social y la etnia, entre otras, la mujer queda sometida a un complejo sistema de opresiones múltiples y simultáneas que la subordinan y crear formas de opresión diferenciales, solo por el hecho de ser socialmente leída como mujer. El capitalismo heteropatriarcal se sustenta en la división sexual, atribuye el trabajo productivo a los hombres, socialmente reconocido y remunerado y a las mujeres el trabajo reproductivo, de cuidados y doméstico, el cual es invisibilizado y carece de reconocimiento económico, por lo tanto, no vinculado a derechos y protección social.

La violencia que mantiene a las mujeres en subordinación tiene consecuencias en todas las esferas de su vida, por cuanto reducen las capacidades de desarrollo y bienestar y le impide vivir bajo condiciones de seguridad. Están condiciones profundizan los círculos de pobreza y hacen más difícil cerrar las brechas de género. Por tanto, se requieren políticas que faciliten el acceso y la permanencia en el mercado laboral y que, además, contribuyan a cambios culturales que faciliten el empoderamiento de las mujeres como derecho humano y un asunto de eficiencia económica.



EDITORIAL
UNIAUTÓNOMA

LOS AUTORES

Rosa Elvira Alvarez Rosero Ph.D.

Profesora titular de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. Magister en Ciencias biomédicas de la Universidad del Valle, PhD. En Ciencias Ambientales Universidad del Cauca. Miembro del Grupo de Investigación en Genética Humana Aplicada (GIGHA) de la Universidad del Cauca, Coordinadora de la Línea de Investigación en Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Laboratorio de Genética Humana, miembro del Grupo de Investigación en Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Autora de varias publicaciones de investigación en revistas indexadas, directora de varios proyectos de investigación en enfermedad cardiovascular, Investigadora Junior según clasificación Min ciencias. ralvarez@unicauca.edu.co

Edson Jair Ospina Lozano Ph.D.

Profesor asociado y director del Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Odontólogo y especialista en salud familiar de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en medicina social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, y Doctor en Antropología Social de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. México. Director del grupo de Investigación en salud Colectiva y coordinador de la línea: Interculturalidad y acciones en salud en comunidades. ejospinal@unal.edu.co

Diana Milena Muñoz Solarte Ph.D.

Profesora investigadora adscrita al programa Ingeniería Ambiental y Saneamiento de la Corporación Universitaria Autónoma del Cauca. Magister en Biología en la línea genética, regeneración y cáncer de la Universidad de Antioquia y PhD. En Ciencias Ambientales de la Universidad del Cauca. Coordinadora de la línea y semillero de investigación Gestión ambiental e integrante del grupo de Investigación tecnología y ambiente GITA. Investigadora principal de diferentes proyectos en las líneas, gestión ambiental, salud ambiental, salud ocupacional, epidemiología ambiental, toxicología genética y citogenética, biología celular y molecular. Conferencista y par revisor de revistas indexadas. diana.munoz.s@uniautonoma.edu.co

ISBN: 978-628-7691-40-7



9 786287 691407