

Editorial

Ciencia, estado y universidad en tiempos de desmesura

GASTÓN JULIÁN GIL*

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas /
Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

En el anterior editorial se había planteado que el sistema científico en la Argentina estaba atravesando una profunda *crisis de presencia* (Gil, 2023), entendida como un contexto signado por la incertidumbre y el derrumbamiento de bases sólidas que permitieran aventurar un porvenir de cierta previsibilidad. Seis meses más tarde, el contexto no sólo no se ha modificado en lo esencial sino que la incertidumbre es todavía mayor. La ausencia absoluta, al menos de formulación explícita, de políticas concretas para el sector, las provocaciones de funcionarios nacionales a través de mensajes oficiales¹ y, sobre todo, la diseminación viral en las redes sociales de ataques directos a los campos científicos y académicos por parte de militantes, fakes y cuentas paraoficiales no configuran un panorama demasiado alejador. Tampoco han contribuido las respuestas corporativas del *establishment* científico. Los rumores propagados *desde arriba* a diferentes grupos afines para que los transmitan selectivamente, la publicación a través de las redes sociales y periodistas “amigos” de “minutas” y borradores sin origen definido de reuniones formales e informales con el presidente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) tampoco ayudan a reducir esa *crisis de presencia*. En el medio, el conflicto desatado entre el gobierno nacional y las autoridades de las universidades públicas, marcha masiva mediante, sólo han traído mayor ruido y anticipa conflictos que pueden escalar a niveles todavía mucho más elevados.

El papel que las universidades y el sistema científico cumplen en el relato oficial, es por demás curioso e inédito. Dentro de lo que se denomina “batalla cultural”, las universidades nacionales y organismos como el CONICET han pasado a ser actores protagónicos en la narrativa del ajuste del Estado. En particular la militancia digital *libertaria*² más radical parece haber con-

* Investigador Principal del CONICET. Profesor titular regular de Antropología y Director del Centro de Estudios Sociales y de la Salud (CESyS), Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. E-mail: gasil@mdp.edu.ar  <https://orcid.org/0000-0002-8112-2119>

¹ En ocasión de celebrarse el 10 de abril “Día del Científico” en la Argentina, desde la Secretaría de Innovación, Ciencia y Tecnología se difundió en las redes sociales un mensaje en el que se daban las “felicitaciones a todos los que de manera independiente hicieron y hacen su aporte al avance del mundo desde la Argentina” en la que agregaba cuatro dedicatorias especiales para Juan Vucetich, Luis Agote, Enrique Finochietto y Raúl Pateras Pescara.

² Categoría de autoadscripción de la construcción política que depositó a Javier Milei en la presidencia de la Nación en diciembre de 2023.

cedido la inaplicabilidad de la *motosierra*³ en todas las áreas estatales para concentrarse en las universidades y en el CONICET. “El CONICET es la madre de todas las batallas” llegaron a escribir tuiteros de cierta influencia y de probado *engagement* en la esfera digital *libertaria*. Por supuesto, el CONICET, aunque más precisamente las ciencias sociales, son el trofeo que busca una buena parte de esa militancia y de sectores del periodismo que también se han sumado a la repetición de premisas nada novedosas sobre la inutilidad de estas disciplinas. La redundancia en torno a los títulos de dos *papers* de miembros del organismo (uno sobre una película animada de Disney y la otra sobre la sexualidad de un superhéroe de DC Comics)⁴ sigue siendo el *leitmotiv* casi exclusivo para las demandas de *motosierra* en el campo científico. A tal punto llega el afán de desmembrar al sistema que durante el mes de marzo llegó a festejarse con vehemencia una “noticia” que daba cuenta de 10 mil despidos en el CONICET, como ejemplo de un logro de las promesas de campaña. El dato, inexacto hasta en el número, refería a la terminación de becas (sobre todo doctorales) pero desde usinas informacionales paraoficiales se lo utilizó como ejemplo virtuoso del poder de la *motosierra*. Lo inédito de la situación es la normalización de despidos masivos en el Estado y la posibilidad de que un gobierno se jacte de medidas, antes muy impopulares, que ni siquiera implementó. Todo ello abre un espacio de reflexión acerca de las condiciones sociales que hacen posible la ejecución de determinadas políticas, como en este caso los despidos del sector público. Una de esas pistas nos la puede dar un poste en la red social *X* (antes *Twitter*) de un economista argentino de prestigio académico, además fuente habitual de consulta de partidos políticos y medios de comunicación: “¿Cuándo se volvió políticamente correcta la *crueldad*?”.⁵ Esta pregunta retórica, dada la implícita toma de posición sobre el momento actual de la política argentina, cosechó reflexiones de diverso tipo, humoradas y también interpretaciones literales. El larguísimo hilo de respuestas y repreguntas, muchas de ellas en tono respetuoso y en algunos casos formulados por académicos también notorios en las redes sociales, abarcó una gran diversidad de temas, del presente y del pasado. Más allá de las libertades interpretativas y lecturas de los procesos históricos, más o menos recientes del país, un tópico recurrente se remontaba a la memoria todavía fresca del confinamiento durante la pandemia. Entre toda esa intersubjetividad, sobresalía la referencia al “gobierno de fiesta” y a los empleados públicos con su sueldo depositado el 1º de cada mes y que se dedicaban señalar a quienes “violaban la cuarentena” mientras enarbolaban con vehemencia el “quedate en casa”. No se trata por supuesto de un intercambio atípico y en muchos hilos y discusiones volvían a aflorar las memorias subterráneas de la pandemia en las que la imagen del empleado público haciendo masa madre y mirando Netflix se transformó en todo un ícono de una sociedad asimétrica y un criterio de demarcación entre el “sector privado” y el “sector público”. En contrapartida, los nuevos tiempos parecen traer el afán vindicador en esa *crueldad*, en el festejo del desmantelamiento anunciado de cada *antro* estatal. Y el campo científico quedó cristalizado en esas memorias de la pandemia como un cómplice calificado. En ese sentido, una etnografía digital más o menos sistemática sobre estas controversias permite acceder a datos de gran riqueza y ofrece algunas de las claves para la comprensión de un clima de época que tanto desconcierto genera. Algunas redes sociales nos dejan advertir cómo se van imponiendo claves de interpretación, argumentaciones y valorizaciones que luego penetran en los medios de comunicación tradicionales y terminan dominando la agenda pública. Y en este caso, la vocación vindicatoria de una parte significativa de la población ha encontrado en el

³ Categoría fundamental de la discursividad *libertaria* que dominó la agenda de la campaña electoral de Javier Milei, junto con otras como la *casta política*. La *motosierra* refiere al ajuste de *shock* en las áreas “innecesarias” del Estado.

⁴ Al respecto, en la página oficial del CONICET se restringió el acceso a esos textos “polémicos” y sobre ello también se hicieron trascender palabras adjudicadas al presidente del organismo justificando la decisión y la directiva acerca de que “esas cosas no pueden seguir”.

⁵ El término *crueldad* se está imponiendo como una categoría de análisis de la política argentina en diversos ámbitos periodísticos, políticos y académicos que se oponen a la gestión del gobierno nacional.

máximo organismo de ciencia del país el blanco perfecto para buscar saldar el ciclo de la venganza. Y en esos términos se puede comprender una buena parte de la situación antes descripta que, en lo sustancial, no presenta ningún proceso social novedoso y que se resume en la problemática de la *vendetta*.

“Ya vas a ver, los tiros que vos tiraste van a volver....” han cantado durante mucho tiempo las hinchadas argentina al ritmo de la música de *Y dale alegría a mi corazón*. Ese canto de hinchada, que escuché tantas veces mientras hacía trabajo de campo con la *hinchada* de Aldosivi (Gil, 2002 y 2007) siempre me pareció de una notable riqueza conceptual. Bajo la suave melodía de Fito Paez el canto expone además con cruda simpleza la complejidad y los alcances de la *vendetta*, como mecanismo de la reciprocidad negativa (Sahlins, 1972) que en el fútbol, como en muchos otros campos culturales, cumple un papel ordenador. Esa resonancia, afectiva y estética, que me provocaba ese canto, se fue nutriendo progresivamente por un análisis más sofisticado sobre los distintos mecanismos de solidaridad vindictoria. Según Xanthakou (1999), la *vendetta* permite la formación de identidades colectivas y en ciertas sociedades aparece no sólo como una forma de resolución de conflictos sino también, de manera parojoal, como una institución anti-violencia, es decir, como “un contrafuego opuesto a la incandescencia letal de la «verdadera violencia», una violencia sin fe ni ley” (Xanthakou, 1999: 179). En ese sentido, la venganza opera como un principio disuasivo y preventivo, que lleva a no agredir a los otros por temor a las represalias (Verdier, 1980). La sola percepción de que una acción puede desencadenar una respuesta de quien se considere afectado o agredido, puede desactivar los conflictos antes de que se desaten. Por el contrario, cuando se pierde cualquier noción de las consecuencias de nuestras acciones y de la eventual capacidad de respuesta del otro, nos encontramos a las puertas de una cismogénesis simétrica (Bateson, 1936) tendiente al desequilibrio del sistema social y a la generación de condiciones de estallido. De esta forma, pueden producirse conflictos que tienden a perpetuarse, con ciclos de intensidad diversos. Inclusive, las circunstancias pueden llevar a que un incidente menor se transforme en algo más complejo y produzca escaladas de violencia a partir de sucesos aparentemente insignificantes. Por ello, la sobrecarga emocional que algunas élites dirigentes emplean para manipular a la opinión pública y a sus “bases” puede pasar, en cualquier momento, de una legítima negociación entre sectores a un “mercado de violencia” en el que las represalias debiliten al extremo, como en este caso, la necesaria relación entre el Estado que financia y los campos científicos y académicos que se autogobiernan. En una sociedad atravesada por una guerra de simbolismos que parecen no tener fin, por batallas nominalistas que alcanzan a los edificios, los bienes públicos y hasta los billetes, tal vez una moderación, en el sentido eliasiano del término (Elias, 1982), que parte de los claustros universitarios y del sistema científico podría ser una contribución significativa ante tanta desmesura.

Los detalles de un nuevo número

Todavía, esta *crisis de presencia* no impide que *Aiken* siga adelante con su proyecto editorial. Desde este lugar se intentará mantener este espacio singular de publicación que fue definido como un lugar para habitar, con la construcción de un ámbito en donde se reciban ideas innovadoras y se proyecte un modo particular de entender la investigación científica desde posiciones periféricas. En este nuevo número que inaugura el cuarto año, la revista ratifica el trayecto original que todavía puede ser mantenido gracias a la colaboración de autores, evaluadores y, por supuesto, los integrantes del grupo de investigación que la gestionan. En esta ocasión, se vuelve a ratificar el alcance internacional de la revista que contiene contribuciones provenientes de diversos países de América Latina y también de España. Paulatinamente, los temas de los artículos publicados van cubriendo la gran diversidad de áreas temáticas, teóricas y disciplinares que se tenían en mente cuando la revista fue concebida. Este nuevo número presenta la particularidad de que en todos los casos son artículos colectivos en los que participan especialistas de diferentes disciplinas, además

de profesionales de la salud con formación en ciencias sociales.

El primer artículo es “Medicarse y comer. Un acercamiento crítico a la nueva forma de alimentación”, escrito por José-Luis Anta Félez, Adriana Marcela Zorro Osorio y Ammi Portillo Rueda. Allí, los autores abordan una problemática relevante de las sociedades contemporáneas y se ocupan de analizar críticamente los sistemas clasificatorios que se han estado cristalizando en el imaginario social en torno a lo “bueno” o lo “malo” que los alimentos serían para la salud. En un abordaje desafiante plantean las serias limitaciones con que se suelen abordar las prácticas de alimentación, atravesadas por determinaciones de clase, identidades étnicas o estilos de vida, entre muchas otras posibilidades siempre mediadas por el mercado. El texto nos enfrenta además a la importancia de desarrollar estudios empíricos con mayor intensidad que aborden diferentes dimensiones del problema, desde las prácticas de los consumidores, las estrategias de la industria, los “saberes populares”, las intervenciones “expertas”, el papel de los medios de comunicación mencionados y, por supuesto, el lugar de las redes sociales.

El segundo artículo es “La glosa como dispositivo articulador de la atención en urgencias”. Liz Hamui-Sutton, María Alejandra Sánchez Guzmán, Alfredo Paulo Maya, Bruno David Reyes Velázquez, Tzeithel Athenea Castillo Altamirano y Carolina Consejo y Chapela realizan un abordaje etnográfico sobre un espacio “liminal”, y de notable relevancia, como es el servicio de urgencias de un hospital en la ciudad de México. La investigación muestra las situaciones cotidianas a las que se enfrentan los profesionales de la salud y los desafíos con los que se encuentran para tratar casos críticos. Así, apelan a narrativas, situaciones, registros autoetnográficos para plantear además estrategias de intervención con el fin de optimizar la labor de los profesionales involucrados. En lo fundamental, concluyen que “el rediseño de los registros y su conservación digital puede influir en el ritmo y rumbo del proceso de filtración y en la toma de decisiones al contar con información integrada y disponible, lo que incide en la cultura organizacional” (p. 42). Se trata de un artículo que además destaca de manera transversal la importancia de la integración interprofesional pero también de la inclusión, en la labor de los profesionales de la salud, de las distintas perspectivas de los otros agentes que forman parte de todo proceso de salud, como los pacientes y el personal administrativo y de apoyo.

Los dos últimos artículos presentan la particularidad de retomar las necesarias indagaciones sobre la pandemia de COVID-19 y los efectos de la política de confinamientos. Ambos artículos referidos al caso argentino analizan distintas dimensiones del impacto generado por las políticas públicas implementadas durante ese período, que estuvieron ausentes por completo en las previsiones de los “expertos” y responsables políticos de las medidas. María Florencia Incaurgarat, María Agustina Paternó Manavella y Solange Rodríguez Espínola son las autoras de “Las consecuencias no previstas de la Pandemia de COVID-19 en Argentina: las alteraciones del sueño durante la cuarentena”. Esta investigación cuantitativa se concentra en la evaluación de la cantidad y calidad del sueño en la población adulta durante la cuarentena. A partir de datos de panel recopilados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina, las autoras muestran las sensibles alteraciones que experimentó la sociedad en la cantidad y calidad del sueño durante las fases más estrictas de los confinamientos, lo que afectó además en mayor medida a jóvenes, mujeres y a los estratos socio-ocupacionales más bajos. Por un lado, el estudio destaca la importancia que tienen los enfoques integrales para el diseño de las políticas sanitarias, que en el caso de la pandemia ni siquiera consideraron los potenciales efectos que podía generar en la sociedad una interrupción tan drástica y abrupta de la vida cotidiana. Y por otro lado, se plantea explícitamente la relevancia que la calidad del sueño tiene para la salud, además de necesario tema de investigación en salud pública.

La investigación de Carlos Barria Oyarzo, Beatriz Escudero, Amanda Gotti y Marcela Inés Freytes Frey se ocupa de las estrategias de cuidado para la salud mental en diferentes grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial en la provincia de Chubut, también en Argentina. “Cuidados para la salud mental en pandemia: experiencias de grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial” constituye otro aporte significativo en la misma sintonía, ya que muestra una de las

maneras en que el confinamiento durante la pandemia de COVID-19, afectó de manera principal a los sectores más vulnerables. Este estudio etnográfico realizado en cinco localidades de la provincia de Chubut, en barrios periurbanos, es una pintura representativa de los desafíos a los que se enfrentaron los sectores más vulnerables de la sociedad en tiempos de pandemia. Al no ser contemplados por las políticas sanitarias, estos sectores se vieron obligados a reorganizar sus redes comunitarias (existentes y emergentes) para encontrar respuestas a sus necesidades cotidianas. Los autores se concentran en las estrategias de cuidado para la salud mental, sostenidas en este caso por un robustecimiento de las redes familiares y comunitarias, y en particular una sobrecarga de las tareas para las mujeres. Junto con ello, otras formas de cuidado, “recreativas y espirituales” también jugaron un papel determinante, lo que además muestra la centralidad que tienen en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados, en este caso para la salud mental. Porque en definitiva, como plantean los autores, tanto en “normalidad” como en tiempos de emergencia, “los recursos públicos deben ser gestionados en términos de lo que necesitan los propios grupos poblacionales para el sostentimiento de su vida y su mundo, más allá de la perspectiva normativa y biomédica” (p. 77).

Bibliografía

- Bateson, G. (1936). *Naven: A Study of the Culture of a New Guinea Tribe from Three Points of View*. Cambridge, Cambridge UP.
- Elias, Norbert (1982). *La sociedad cortesana*. México: FCE.
- Gil, G. J. (2002) *Fútbol e identidades locales. Dilemas y conflictos latentes en una ciudad “feliz”*. Buenos Aires: Miño y Dávila
- Gil, G. J. (2007). *Hinchas en tránsito. Violencia, memoria e identidad en una hinchada de un club del interior*. Mar del Plata: EUDEM.
- Gil, G. J. (2023). La ciencia en Argentina, sus mitos y su “crisis de presencia”. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*, 3(2), 5–10. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/63>
- Sahlins, M. (1972). *Stone Age Economics*. New York, Aldine de Gruyter.
- Vérdier, R. (1980). Le système vindicatoire. Esquisse théorique. En R. Vérdier (ed.) *La vengeance. Études d'ethnologie, d'histoire et de philosophie. Volume I Vengeance et pouvoir dans quelques sociétés extra-occidentales* (pp. 11-42). Paris, Éditions Cujas.
- Xanthakou, M. (1999). Violence en trois temps: vendetta, guerre civile et désordre nouveau dans une région grecque. En F. Héritier (ed.), *De la violence II* (pp. 171-189). Paris, Odile Jacob.

Artículos

Medicarse y comer. Un acercamiento crítico a la nueva forma de alimentación

Medicate and eat. A critical approach to the new way of eating

JOSÉ-LUIS ANTA FÉLEZ *

Universidad de Jaén, España

ADRIANA MARCELA ZORRO OSORIO **

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

AMMI PORTILLO RUEDA***

Universidad de Almería, España /Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

RESUMEN. Con este trabajo, se pretende abrir un debate sobre la relación entre la salud, el desarrollo y la sociedad a través del consumo de alimentos. En los últimos tiempos, dada la intrusión profesional y la extensa divulgación alrededor de la nutrición, se ha generado en gran parte de la sociedad una descomposición conceptual sobre los alimentos, clasificándolos con juicios de valor que los catalogan como “buenos” o “malos”. Esto, asociado a prejuicios y/o beneficios en salud en relación al consumo de alimentos y las experiencias de los individuos según los contextos que los rodean, genera en múltiples ocasiones percepciones subjetivas, privadas o colectivas. A esto se suma la influencia de los medios de comunicación, los cuales, a través de campañas publicitarias de gran impacto, se aprovechan del conocimiento popular, promoviendo mayores procesos de transformación en las materias primas alimenticias con el fin de garantizar o incluso asegurar propiedades nutracéuticas presentes en los alimentos.

Palabras clave: alimentación; nutrición; sociedad; salud; mercado

ABSTRACT: This work aims to open a debate about the relationship between health, development, and society through food consumption. In recent times, due to professional intrusion and extensive dissemination around nutrition, a conceptual breakdown of food has been largely generated in society, classifying them with value judgments as "good" or "bad." This, associated with prejudices and/or health benefits related to food consumption and the experiences of individuals according to the contexts that surround them, often generates subjective perceptions, both private and collective. Additionally, the influence of the media, through high-impact advertising campaigns, exploits popular knowledge, promoting greater transformation processes in food raw materials to guarantee or even ensure nutraceutical properties present in foods.

Keywords: food; nutrition; society; health; market

* Doctor en Antropología Social (Universidad Complutense de Madrid). Catedrático en la Universidad de Jaén, España. Director de la Revista de Antropología Experimental. Profesor visitante en universidades de Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Bolivia, México, Francia y EE.UU. E-mail: jlanta@ujaen.es  <https://orcid.org/0000-0001-7063-5288>

** Magíster en Seguridad Alimentaria y Magíster en Derechos Humanos (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia). Docente de la Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Javeriana E-mail: zorro-a@javeriana.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-4826-6305>

*** Licenciada en Nutrición y Dietética (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia), licenciada en antropología (Pontificia Universidad Javeriana) y Máster en Desarrollo y codesarrollo local sostenible (Universidad de Almería, España). E-mail: portillo.ammi@javeriana.edu.co  <https://orcid.org/0009-0000-3271-2537>

Alimentarse o medicarse

El tema de estudio aquí propuesto, resulta tan complejo que difícilmente podría abordarse debidamente, más que en líneas generales, sin embargo, a lo largo del presente texto, puesto que son muchos los objetos de estudio a través de los cuales podría ser tratada la relación entre alimentación, sociedad, salud y consumo. Se intentará enfocar en explorar la complejidad de la relación entre estos, así como en destacar la importancia del enfoque sociocultural en el estudio de la salud y la enfermedad, especialmente en relación con la alimentación como hecho social. Dado que todo ello conlleva la necesaria inferencia de distintos campos especializados de la Antropología como son los de la alimentación, la medicina, el consumo y también el mundo urbano. Esta complejidad queda subrayada al identificar la alimentación como un hecho “bio-psico-socio-histórico-cultural” (Guidonet, 2007: 9), al tiempo que se ha apuntado a éste como uno de los ejemplos más arquetípicos de los fenómenos sociales expuestos en un amplio enfoque teórico como el apuntado por Mauss (2010), por lo que su estudio ayuda a una mejor comprensión de las sociedades humanas que se tomen de referencia. En este caso, poniendo el foco en la llamada sociedad del mundo desarrollado, con todo lo que ello implica. Es pues así, como a través de una revisión de literatura como proceso de recopilación, síntesis y evaluación de datos sobre la temática propuesta se lleva a cabo este estudio proporcionando antecedentes teóricos y conceptuales relevantes que, además, dan lugar a contribuir nuevas perspectivas e incluso hipótesis de la relación entre alimentación, sociedad, salud y consumo.

Ahora bien, en cuanto al tratamiento de los estados de salud y enfermedad, en las últimas décadas se ha puesto de relieve la importancia del enfoque sociocultural y las implicaciones de la alimentación como hecho social, desterrando así los acercamientos puramente biomédicos de épocas anteriores. De esta manera, salud y enfermedad han salido progresivamente del monopolio de los profesionales de la biomedicina, e incluso se ha puesto de relieve la labor de las antigua-mente despreciadas prácticas de la “medicina folklorista” (Comelles & Martínez, 1993: 15), una vez ha sido reconocida la importancia de los *saberes tradicionales* que habían sido medicalizados (Guidonet, 2007: 41). Fue precisamente esa tendencia medicalizadora la que apartó ilusoriamente a los alimentos de los tratamientos relacionados con la preservación y recuperación de la salud, e incluso paliativos. Por si fuera poco, ello relegó temporalmente al olvido a los actores sociales depositarios de aquellos saberes culinarios relacionados con la salud, posesión especialmente de las mujeres que, tradicionalmente se han encargado de la elaboración de los alimentos y habían estado en contacto más directo con el cuidado de la familia (López Matarín, 2016).

Sin embargo, la misma raíz de referencia para la conocida como “medicina occidental” vinculaba ya la dieta con una forma de alimentación determinada, tal como se señalaba en el “régimen de vida” marcado por Hipócrates, cuya finalidad era coadyuvar al equilibrio entre los cuatro humores ante las causas internas y externas que podían alterar al mismo. Efectivamente, a pesar de que la medicalización supuso “la traslación del fenómeno del contexto social al espacio médico”, se destaca que tanto la medicina hipocrático galénica como la más relacionada con los remedios populares, “usan el alimento como un todo” (Gidonet, 2007: 44). Así pues, la cultura popular está repleta de saberes que relacionan el alimento con la salud y enfermedad. De acuerdo con Martinic (1991), en alimentación el saber popular se entiende como los conocimientos propios de grupos poblacionales y las interpretaciones y los sistemas de comprensión de este acto cotidiano que producen y actualizan los diferentes grupos de la sociedad para explicar y comprender su experiencia no desde una construcción arbitraria sino desde articulación de diversos modelos conceptuales (Arboleda, 2006: 50).

Es por ello que a menudo la línea entre alimento y medicamento ha sido tan fina que distintas culturas han conceptualizado lo mismo de forma diferente, e incluso ha generado el planteamiento de las problemáticas que puede conllevar el uso excesivo de ciertos alimentos o subproductos de los mismos como medicalización, esto, sin desacreditar que las intervenciones

nutricionales, vistas desde una perspectiva holística, son ampliamente aceptadas y han demostrado mejoras significativas en la salud de las personas, idea que se fundamenta en el concepto de la comida como medicina (Mozaffarian *et al.*, 2019). No obstante, esto puede terminar generando una necesidad de educación, regulación y de ser necesario restricción en el acceso para los consumidores. Incluso, yendo más allá en la problemática de las conceptualizaciones, podría llegar a plantearse el problema de que la excesiva medicalización de ciertos alimentos podría llevar a su regulación y a la restricción de su acceso para los consumidores; o bien, supondría la aceptación de que ciertos “medicamentos”, así como ciertos remedios, escapen del control de instituciones regulatorias y de expertos sanitarios como son los médicos y farmacéuticos.

Por otra parte, en los últimos tiempos, también ha sido puesta de relieve la necesaria vinculación de la “medicina occidental” con las percepciones socio-culturales de los pacientes, quienes llegan a sus consultas con interesantes interpretaciones alrededor de la sintomatología presente, como en cuanto al tratamiento que consideran adecuado para los mismos; como también sus propias percepciones, concepciones y definiciones de salud y enfermedad (Spector, 2003). Sin embargo, y pese a las diferencias interpretativas y matices que puedan encontrarse, tres actividades aparecen como aspectos clave en salud: el descanso, el ejercicio físico y una dieta equilibrada (Toscano, 2011). Mientras que en cuanto a los tipos de curación han sido identificados cuatro puntos: (I) espiritual (por incidencia del pecado), (II) interior (por alteración emocional), (III) física (debida a enfermedad, accidente y/o lesión), y la (IV) llamada liberación o exorcismo (aquejada por un mal externo). Lo mencionado anteriormente, se contrasta con la experiencia profesional e investigadora de Spector (2003), quien presenta varios ejemplos que incumben los alimentos con la prevención y tratamiento de “males” relacionados con la falta de salud (Spector, 2003: 50-57; 85-90 y 141-146), algunos de ellos para consumo y otros de uso tópico a los que se atribuye usos mágicos que han sido interpretados mayormente desde un punto de vista funcionalista. Así se refleja en uno de los casos descritos sobre el uso del ajo para ahuyentar “el mal”, es decir la enfermedad y especialmente los catarros ya que las potenciales fuentes de contagio, las personas, son repelidas con su uso al resultarles desagradable (Spector, 2003: 57).

Así pues, sería posible determinar que el renovado interés por los saberes tradicionales (remedios, artes curativas y medicina tradicional) ofrece en la población explicaciones y respuestas a la realidad de los sujetos que se basan en la experiencia y se reproducen y transmiten socialmente asumiendo esto como una verdad que precede al individuo al tratarse de un saber considerado adecuado en el accionar de la vida cotidiana y que es logrado a través de una experiencia práctica que muestre que es mejor (Arboleda, 2007: 50). Por ello, este saber tradicional puede ponerse en consonancia con el “boom” del interés por la alimentación al que se asiste recientemente en las sociedades de economías desarrolladas y que se está construyendo colectiva e intersubjetivamente bajo una lógica de lo funcional, más que de lo racional (Arboleda, 2007). Lo cual puede significar también, una respuesta a determinados aspectos de la sociedad industrial en el que impera el paciente-cliente. Adicionalmente, el panorama se complica aún más ya que, a los rasgos del contexto de la industrialización urbana han de añadirse los de la sociedad de la información de un mundo globalizado.

Consumo y diagnóstico

Un aspecto determinante en ese mundo del “desarrollo” y del consumo (en un amplio sentido), es el aumento de la esperanza de vida (Contreras, 2005; Álvarez Munárriz & Álvarez de Luis, 2009). Ello ha conllevado no sólo al alargamiento de la etapa más decrepita de la vida humana como un logro, sino que también ha generado retos sin precedentes, como puede ser la proliferación de diversas enfermedades, entre ellas las asociadas a la vejez (por sólo poner un ejemplo, cómo explicar si no la creciente preocupación por las demencias seniles, así como las inversiones en sus campos de investigación y tratamiento) (Bayarre *et. al.*, 2006). Es por ello que, en las so-

ciedades afectadas, estas expectativas de senectud han determinado un cada vez mayor interés por favorecer unas condiciones que puedan garantizar una mejor calidad de vida en los últimos años de la misma. De este modo, se han puesto sobre la mesa los “hábitos y estilos de vida saludables” dentro de los cuales se da la consabida asociación entre alimentación y salud (Álvarez Munárriz & Álvarez de Luis, 2019). A su vez, el contexto tecnológico e informacional actual en estas sociedades ha propiciado que una serie de hábitos o estilos de vida se difundan, así como han multiplicado el efecto del mensaje para sensibilizar a buena parte de la población sobre la importancia en la adopción de dichos cambios de comportamiento de forma previsora no solo para la vejez, también para la etapa de vida en la cual se encuentre (Oñate & Sánchez, 2020).

Sin embargo, dentro de la adopción de estos hábitos o estilo de vida se presenta la paradoja de que, si bien a lo largo de la historia de la humanidad, una de las mayores preocupaciones ha sido la procuración de alimento para la supervivencia, ahora se pone el acento en la calidad, cantidad alimentaria y el tipo de calidad de vida como herramienta a un sistema más íntegro, que adicionalmente resulta siendo más resiliente para satisfacer sus demandas (Downer *et al.*, 2020). Así pues, en un contexto como este, siempre una parte de la población se verá beneficiada y tendrá mayor oportunidad de elección y acceso a los alimentos permitiéndose acceder a sustitutos y productos alimenticios de lujo sobre otros, con una marcada tendencia a la eliminación y/o adopción de diferentes grupos de alimentos de acuerdo al impacto en salud que contengan; un ejemplo de esto es el aumento en el consumo de frutas y vegetales, los cuales se reconocen por su composición al contar con vitaminas y minerales que contribuyen significativamente a elevar el índice de calidad de la dieta (Leyton & Majana, 2017: 33), en comparación con otros alimentos, como el azúcar, de los que se disminuye su consumo. Así pues, muchas veces de la salud, aunque también de la ética personal y de otras motivaciones, la exclusión alimenticia en el seno de la opulencia ha llegado a un punto de refinamiento que sólo los avances tecnológicos actuales podrían permitir, dándose lugar a la descomposición e inteligibilidad de los alimentos en nutrientes, de modo que puedan llegar a excluirse sólo aquellos componentes de los alimentos que se consideren “nocivos” para la salud, como muestran algunos de los ejemplos de la cotidianidad más inmediata y sus proclamados: “sin gluten”, “sin grasa”, “sin colesterol”, “sin lactosa”, etc. No obstante, resulta necesario acotar que este tipo de declaraciones son realizadas con el fin de proteger la salud de los consumidores que presenten alguna restricción o intolerancia alimentaria, pero que la industria ha utilizado a favor como método de clasificación en juicios de valor de los alimentos. De este modo, se asiste a la cada vez mayor emergencia y difusión de dietas en países de economías desarrolladas de tipo restrictivo, centradas en la limitación de calorías de forma genérica, en determinados tipos de alimentos o grupos alimenticios, o también en la evitación del consumo de componentes específicos una vez éstos han sido eliminados del proceso de elaboración de los productos alimentarios, inhibidos o suprimidos artificialmente.

Por otro lado, y aunque anteriormente fue mencionada la libertad de los consumidores frente a la elección de alimentos, en muchas oportunidades puede notarse como un falsa afirmación ya que esta elección a la hora de decantarse por el consumo de un cierto tipo de alimento o producto alimentario requiere de un tipo de conocimiento (no necesariamente técnico) para seguir el estilo de vida adquirido y de alimentación particulares, que al final siempre tendrá el imperativo económico como elemento clave, especialmente cuando los alimentos de pretendida mayor calidad alimentaria suelen contar con los precios más elevados. Ello ha llevado a evaluar que, en contextos de crisis económicas, las diferencias de salud en la población según sus recursos económicos estén estrechamente relacionados con el diferente acceso de unos y otros, por ello es posible evidenciar en parte de la población una doble o triple carga nutricional, que refiere a la coexistencia de la desnutrición, junto con el sobrepeso y la obesidad, y la carencia estructural de micronutrientes (Fernández *et al.*, 2017) al no tener un acceso a una alimentación más equilibrada y suficiente, sino que deben propender por una alimentación más barata y saciante (Gracia, 2015).

Con todo, las dietas son una constante en las sociedades y son varias las motivaciones que

pueden identificarse a la hora de seguir distintos tipos de dietas. Así, desde el punto de vista de la salud puede realizarse ante intolerancias y reacciones alérgicas, para prevención de enfermedades o profilaxis, como parte de un tratamiento u otros como motivos ideológicos o éticos (por ejemplo, el respeto a la vida animal, la preservación del planeta, entre otros) que surgen como reacción frente a los sistemas industriales de producción alimentaria cuyas prácticas provocan un rechazo cada vez mayor entre la población (Contreras, 2016). Sin embargo, a pesar de la pujanza de las dietas alimentarias con fines éticos e ideológicos, en la elección de los alimentos y los productos alimentarios influye también y mucho la respuesta del mercado, las tendencias y modas, los cánones de belleza, los hábitos y estilos de vida saludables pregonados por *celebrities*, la oferta y precio de productos alimentarios, su presentación o empaquetado, el etiquetado o certificación que los acompaña, las estrategias de marketing y publicitarias que han convertido la relación *salud-dieta* en un tema de exponencial interés haciendo que desde allí sea el aliado predilecto para los consumidores a la hora de la elección e ingesta de alimentos (Rodríguez & Acero, 2021), exacerbando el culto al cuerpo, e incorporando ideas gordo-fóbicas, pero también a la conciencia en el siglo XXI, de una forma estrechamente ligada al consumo (Álvarez, 2007). Por todo ello, se dan grandes “paradojas de la alimentación contemporánea” (Gracia, 1996), como el llamativo hecho de que los movimientos contra-consumo se vean a menudo alcanzados por los imperativos de ese mercado contra el que pretenden haberse rebelado (Heath & Potter, 2004).

Otra de las paradojas de las dietas y regímenes como los descritos es que no siempre van ligados a la salud, sino a la enfermedad, bien por los daños físicos provocados en el organismo debido a determinadas deficiencias y/o también por los problemas de tipo nervioso que pueden estar asociados con la elección de la alimentación, como es el caso de los llamados Trastornos de la conducta alimentaria (Gracia, 2014). Por otro lado, en los tiempos actuales, es ineludible la referencia a las nuevas tecnologías de la información y comunicación que, en lo referente a la alimentación, pues, desde hace unos años están recibiendo un creciente interés general, especialmente en internet, como puede apreciarse en el número de usuarios que se sirven de Twitter, Instagram, blogs, Facebook, páginas web especializadas, canales de YouTube, etc., desde donde se recrean y difunden escaparates para una vida saludable que pone mucho acento en la alimentación abarcando el espectro desde un ámbito de alimentación saludable e influyendo en otros casos en la construcción de hábitos alimentarios desadaptativos como trastornos de conducta alimentaria -TCA- (Chung et al., 2021). Sin contar, que este tipo de actividades de interacción digital contribuyen en gran medida al intrusismo profesional, dado que, tras la pantalla se esconden múltiples personas sin el conocimiento técnico y profesional alrededor de la alimentación, lo cual pone en consideración que existan enfoques estratégicos para involucrar a los consumidores en la promoción de conductas dietéticas positivas mitigando que esto al contrario suponga un riesgo a su salud según sea el caso.

Respecto a la relación de los alimentos con la salud, es posible hablar del término “nutracéutico” el cual se define como “cualquier alimento o ingrediente de los alimentos que ejerce una acción benéfica en salud” (Biurete et al., 2009: 136) estos, pueden ser utilizados en la preventión y/o tratamiento de enfermedades o malestares. Dado lo anterior, la industria ha aprovechado el efecto benéfico presente en los alimentos extrayendo bajo procesos biotecnológicos nutrientes de interés de fuentes naturales (alimentos) para elaborar diversos tipos de productos (polvos, píldoras, aditamentos, etc.) que prometen múltiples bondades a los consumidores. Sin embargo, alrededor de esto recaen múltiples problemáticas como las pocas exigencias ante los creadores, quienes no se ven en la obligación de presentar pruebas científicas minuciosas para la comercialización de estos productos (Biurete et al., 2009), la poca información que reciben los consumidores, quienes se dejan llevar por los etiquetados sin estar informados en nutrición y, no menos importante, los costos de estos productos que limitan en muchas oportunidades el acceso a todas las personas.

El producto final y su posible regulación

Así pues, respecto a las problemáticas señaladas podría plantearse si la difusión y etiquetado de este tipo de productos ha relegado a una categoría inferior (“malo”, “poco saludable”, “prohibido”) o menos preferente a otros componentes presentes en los alimentos, algunos de ellos asociados a alergias e intolerancias como es el caso del gluten para los celíacos o la lactosa (Montealegre *et al.*, 2018: 981). Todo esto como parte de estrategias comerciales más amplias, de forma que se ha llegado al punto de realizar declaraciones en salud incluso en productos que están naturalmente libres de dichos componentes, pues la negación se ha convertido para el consumidor en una suerte de afirmación. Un claro ejemplo de ello, dentro del territorio español, es el gazpacho (sopa fría de vegetales) en cuyos ingredientes sería impensable encontrar leche y, en algunos de ellos de acuerdo a su preparación, gluten, lo cual efectivamente evidencia cómo imperan tabúes e ideas calificativas erróneas sobre los alimentos, de forma tan arraigada que ni siquiera son cuestionadas (Douglas, 1973). De este modo, lo sano o saludable es asociado con la evitación de un componente y no necesariamente en sí del alimento que tradicionalmente lo lleva, algo que al final ha permitido a la industria alimentaria sacar provecho.

Por otra parte, hoy en día se asiste a una fiebre por el etiquetado, especialmente en el sector alimentario, en el que afloran sellos y certificaciones de todo tipo, que afecta no solo a supermercados, también a la hostelería donde, de acuerdo al Reglamento de la Unión Europea (Nº1169/2011), debe facilitarse información alimentaria al consumidor, especialmente en lo que respecta a alérgenos (recogiendo: sésamo, apio, lácteos, frutos secos, huevos, cacahuetes, gluten, mostaza, crustáceos, soja, pescado, moluscos y sulfitos) en productos alimentarios con un empaque o envasado atractivo, mientras que los alimentos en su estado primario suelen carecer de ellos, como es el caso de las frutas y vegetales que en ocasiones pueden perder su atractivo por parte del consumidor al no proclamar su composición o calificativos en salud que finalmente recae en mayor consumo de productos procesados y en un aumento del control por parte de la industria agroalimentaria en todos los pasos de la cadena de producción, distribución y venta (Contreras, 2005: 113).

Ante el masivo etiquetado e información alimentaria disponible, el consumidor muchas veces no debe sentir más que la incapacidad de asir, asumir, siquiera comprender, datos e informaciones para los que además se requiere un nivel de conocimiento cada vez más especializado pues, se ha hecho de algo tan básico como la alimentación un fenómeno de riesgo, complicado e incluso encriptado, bajo la afluencia de un gran número de conceptos que, pese a haber sido generalizados, no están al alcance de la comprensión de la mayor parte de los consumidores, así mayor ansiedad y sensación de “riesgo sanitario”, paradójicamente cuando nunca antes han existido tantos controles, protocolos ni normativas, en la búsqueda incansable de un imposible “riesgo cero”. Las tablas que presentan los envases con la composición nutricional ya no son suficientes para consumidores que tal vez no tengan ni tiempo, ni ganas, ni capacidad para asimilar lo que éstas contienen. Ni siquiera a pesar de que esa información nutricional va acompañada también, de indicaciones sobre las cantidades diarias recomendadas (DRI) y los porcentajes que cubre la cantidad de alimento en cuestión de macro y micronutrientes.

Adicionalmente, las nuevas etiquetas van más allá de la negación de lo demonizado como el colesterol, el gluten, la lactosa, el azúcar, la sal, etc. Los etiquetados pretenden garantizar al consumidor la calidad alimentaria minimizando los riesgos en salud e influir en la decisión de compra (Beck, 2002; Korstanje, 2010), ante sistemas de producción que desconoce y sobre los que, en caso de conocerlos, no tiene el control. Un ejemplo a esto es lo que sucede con los productos que llevan la palabra (estandarizada) “bio”, que garantiza la no utilización de pesticidas químicos artificiales ni el uso de transgénicos.¹ Al respecto, el posicionamiento negativo general respecto a los Organismos Genéticamente Modificados (OGM), está más relacionado con las percepciones socioculturales, miedos y sensaciones que éstos evocan por la incertidumbre respecto a

la seguridad en el consumo (Millán, 2008: 66). Todo ello en consonancia con otra de las paradojas de la alimentación en la actualidad ya que pese a que nunca antes en la historia se ha dado tal control alimentario ni se han procurado tales garantías de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), la desconfianza de los consumidores se mantiene e incluso se acrecienta a medida que aumenta su conocimiento como del sistema industrial de producción alimentaria y la crisis de inseguridad frente al consumo de alimentos relacionadas con la salud pública (caso de la peste porcina, la “vaca loca”, la gripe aviar, etc.) (Contreras, 2005; Millán, 2008).

Hablar de alimentación es hablar de algo sumamente complejo que, en el caso de los OGM implica ciencia y tecnología, pero también “una concepción más o menos difusa de la naturaleza, de la sociedad y de la individualidad”, por lo que “no basta explicar la inocuidad o propiedades adheridas de un alimento para que sea consumido” (Millán, 2008: 66). Las necesidades de información y garantías por parte de los consumidores han provocado mayor atención y control sobre la seguridad por parte de empresas e instituciones públicas y privadas, generando recomendaciones, normativas, que garanticen la calidad e inocuidad de todas las etapas de la cadena de producción alimentaria. Sin embargo, si hay algo que define la más rabiosa actualidad es que instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), rivalizan a menudo con el intrusismo profesional por parte de aficionados, creadores de contenido en internet (*influencers*) con *spots* publicitarios, publirreportajes, entre otros. Pues, en el contexto de la sociedad de la información, y las redes sociales en internet, todos son potenciales fuentes de desasosiego e inseguridad frente al consumo de alimentos generando miedo y desinformación en los usuarios y consumidores divulgando ideas erróneas alrededor de productos o compuestos presentes en alimentos.

Al respecto, es sumamente importante subrayar el papel de los medios de comunicación de masas y la publicidad, que han puesto especial acento en acontecimientos negativos relacionados con la alimentación y la salud, aumentando la alarma social o “ansiedad latente” (Contreras, 2005: 112, 116; Díaz Méndez & González Álvarez, 2008; Gracia Arnáiz, 1996: 124-136). Por ello, podría decirse que “en la sociedad del riesgo”, finalmente, la información no es poder, sino desasosiego, ante la incapacidad de asir y asimilar todo un acervo casuístico que escapa irremediablemente del control de los simples humanos, más aún en un mundo globalizado en el que se teme la rápida e incontrolada extensión de riesgos para la salud y daños en el medio ambiente. En dicha “sociedad del riesgo” hablar de salud y alimentación conlleva una consideración especial ya que los humanos se exponen a una serie de “peligros invisibles”, de forma constante e inevitable y, especialmente porque “los riesgos pueden perdurar durante un largo plazo y no sólo en la inmediatez del consumo”. Por ello, “mientras que la población percibe sólo el riesgo”, la propia concepción del riesgo, en las sociedades aquí estudiadas, responde a una ideología del control, “al estar en manos de expertos” (Millán, 2008: 75). Dado que, estos miedos hacia los compuestos alimentarios y los alimentos en sí, se crean en múltiples ocasiones bajo supuestos e ideas invisibles y que permean sobre los consumidores una idea de prohibición o toxicidad que al final recae e influye evidentemente sobre su decisión de compra y consumo, por tanto, estas ideas son atribuibles a la industria y cadenas de producción y a los consumidores poco informados y fácilmente enajenables. Por ello tanto la elaboración como la conservación del alimento se han puesto en el ojo de mira, lo cual se ha dejado sentir también en el creciente interés por prácticas culinarias que comprenden la difusión de un buen número de técnicas de cocción con el fin de “conservar” las propiedades nutricionales de los alimentos lo máximo posible, ya que se cree que éstas desaparecen a medida que los alimentos se desvinculan de su naturaleza al pasar por las manos de los consumidores.

En consonancia con lo expuesto, resulta importante resaltar cómo el mercado, entre res-

¹ Se lo define como aquello que ha sido concebido artificialmente mediante ingeniería genética con mezcla de ADN de otros organismos en sus genes.

puesta y provocación, también oferta un gran número de sofisticados y aparatosos utensilios para la cocina, algunos incluso caros artículos de lujo y de niveles tecnológicos considerables, bajo el pretexto de mitigar los riesgos o miedos alrededor de la conservación y consumo de los alimentos [tanto antes como después de su elaboración]. Por ejemplo, si estos se mantienen ahumados, desecados, congelados, en conserva, etc., si el recipiente que los contiene es reutilizable o desecharable, si el material del recipiente se trata de una lata, un cristal, un plástico y, en caso de serlo si éste está libre de bisfenol A (BPA²), y así un largo etcétera. Por otra parte resulta importante y con suma preocupación hablar de los aditivos utilizados por la industria alimentaria, pues, hacia finales de la primera década del siglo XXI, se calculaba que cerca de la mitad (trece de veintisiete) de los patógenos causantes de las principales enfermedades transmisibles mediante la alimentación, habían aparecido en el curso de los treinta últimos años, con distintas posibles procedencias (Millán, 2008: 70). Entre estos se encuentran los agentes bióticos (zoonosis transmisibles, intoxicaciones e infecciones bacterianas, infestaciones parasitarias, infecciones víricas), seguidos de agentes abióticos como pesticidas, metales pesados, restos medicamentosos, contaminantes ambientales, o de factores industriales como los aditivos, y colorantes. Sin contar otros posibles efectos a largo plazo por parte de los aditivos y la problemática que trae consigo al estar contribuyendo a la “homogeneización progresiva de los alimentos” (Contreras, 2005: 113), menor variabilidad en la dieta y según sea el caso mayor consumo de ultraprocesados.

Es sano comer sano

Así pues, resulta necesario hablar del concepto de “seguridad alimentaria” el cual en las sociedades de abundancia su uso podría considerarse objeto de abuso ya que su raíz se basa en una incorrecta traducción del inglés, dado que en este idioma se diferencia *food security*³ (seguridad de las provisiones alimentarias) de *food safety*⁴ (desde un punto de vista sanitario) (Guidonet, 2007: 59; Contreras, 2005: 100). Con todo, en aras de la buscada y pregonada “seguridad alimentaria” -*food safety*- se ha dado un aumento notable en la serie de protocolos y normativas por parte de instituciones y empresas, públicas y privadas, nacionales e internacionales, así como de organismos (con y sin ánimo de lucro) de distinto tipo con cometidos específicos referentes a la “seguridad alimentaria”, a preservar los “derechos del consumidor” ... e incluso con los “productos” consumidos, como en el caso de los proclamados “derechos de los animales”. Por su parte, la Unión Europea, que ha procurado instaurar cada vez más férreas normativas y protocolos desde la Cumbre Mundial de Alimentación de la FAO en 1996 (Millán, 2008: 67), estableciendo como una necesidad fundamental el acceso a alimentos seguros y nutritivos contando, además, con una dimensión que incide directamente sobre la calidad sanitaria de los alimentos (Saguer, 2002).

Sin embargo, en el comentado contexto de la “sociedad del riesgo”, se apunta a que la generalidad de los consumidores confía más en sus redes de proximidad (familiares y amigos), así como en asociaciones de consumidores, grupos ecologistas y sindicatos que en las administraciones, empresas y medios de difusión (Millán, 2008: 70). Se observan, además, tensiones contrarias ya que, a medida que la sociedad tiene mayor acceso a más información de forma sencilla e inmediata esto le permite conocer la composición de los productos alimentarios y sus efectos benéficos o adversos para el correcto funcionamiento del cuerpo; parece que mayor es la presión de algunos

² Compuesto orgánico con dos grupos funcionales fenol.

³ De acuerdo con la FAO se habla de seguridad alimentaria -*food security*- a nivel de individuo, hogar, nación y global, cuando se consigue que todas las personas en todo momento tengan acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana (Cumbre Mundial de Alimentación de 1996).

⁴ De acuerdo con la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) la seguridad alimentaria -*food safety*- se define a partir de los aspectos de seguridad que abarcan la producción primaria, las condiciones de higiene en la elaboración de los alimentos, el envasado, el etiquetado y los controles oficiales sobre el cumplimiento de la normativa.

medios, expertos y altruistas de la salud sobre los consumidores a la hora de determinar las relaciones entre alimentación, elección y salud.

Lo mencionado anteriormente, también ha abierto una puerta de oportunidad a los debates en torno a los alimentos relacionados con la manipulación genética en los cuales tanto defensores como detractores encuentran variabilidad de argumentos, como la sostenibilidad de la población mundial creciente, la resistencia por parte de cultivos ante enfermedades e inclemencias meteorológicas, mayor productividad en menor cantidad de tierra, menor dependencia campesina, esterilidad de semillas, patentes, polinización cruzada, bancos de semillas ante la pérdida de diversidad, convergencia de ADN de especies diferentes de forma artificial y la incertidumbre que esto genera, etc. En cierto modo, la baja aceptación de los OGM por cierta parte de la sociedad podría estar relacionada con la alta consideración de “lo natural” frente a “lo artificial”, especialmente en las sociedades urbanas y de economías desarrolladas, en las que existen tendencias a revalorizar “lo natural”, “lo local”, “lo tradicional”. Todo ello a pesar de la influencia de la ciencia y tecnología en la alimentación cotidiana y en la familiaridad con la que se han adoptado algunos conceptos específicos, amén de la influencia de los medios de comunicación y publicidad. Tal como expresa Contreras (2005), “nuestra sociedad contemporánea no parece ya que coma manzanas, carne de pollo o de cerdo, atún, coliflor, pan, yogur o que beba vino o cerveza, sino calcio, hierro, polifenoles, flavonoides, vitaminas, glucosinolatos, fibra, ácidos grasos, licopeno, esteroles, ácido oleico, fósforo, alcohol etílico, etc.” (Contreras, 2005: 111), lo que en múltiples ocasiones nubla en los consumidores el disfrute de los alimentos.

En consonancia con la revalorización de “lo natural”, lo “bio” es aceptado sin apenas cuestionamientos a pesar de que también es a menudo objeto de intervención tecnológica (con incorporación de determinados aditivos u otros). Tampoco existe un rechazo mayoritario hacia los productos alimentarios enriquecidos, o con declaraciones “benéficas” en salud como el contenido de fibra, pro y prebióticos entre otros, a pesar de que también llevan una parte de elaboración artificial y de que su precio suele ser más elevado que el de otros productos similares. Por otro lado, en línea con lo anteriormente aducido, las llamadas “crisis de seguridad alimentaria -*food security*-” de fines del siglo XX han alterado el panorama del consumo y la industria de alimentos. Esa búsqueda de lo local está relacionada así mismo con la búsqueda de identidad por parte de los consumidores de alimentos, que tratan de encontrar así mismo garantías de salubridad ante lo desconocido, y a veces incluso ante lo irreconocible. La industria, sabedora de ello, ha respondido en ocasiones con vistas de evitar esa “pérdida de memoria”.

Ahora bien, por presentar un ejemplo podría decirse que no por azar afloraron las “denominaciones de origen” y las “indicaciones geográficas protegidas” a raíz de dichas “crisis” de seguridad sanitaria alimentaria a nivel internacional (peste porcina, gripe aviar, “vacas locas”, etc.). Así, Contreras (2005: 121) señala cómo la indicación geográfica protegida de “ ternera gallega” en el contexto del miedo a la carne bovina extranjera, especialmente procedente del Reino Unido, que podía ser irreconocible en esos productos sin memoria como son hamburguesas y salchichas. Para él se trataría de una “manifestación de etnocentrismo alimentario” basado en la suposición de que “lo propio es un producto conocido con historia, identidad, controlado, y por ello parece no entrañar peligro” (Contreras, 2005: 121). El caso paradigmático es el de las “vacas locas” (con una primera “crisis” en 1996 que se repitió entre 2000-2001), y que ha marcado un hito en lo que respecta a la “alimentación moderna” y las implicaciones que ha supuesto a la hora de: suponer un peligro de salud pública relacionado con la alimentación a nivel internacional, ser objeto de divulgación alarmante por parte de los medios de comunicación, dar a conocer determinados procedimientos de la industria agroalimentaria desaprobados por la gran generalidad de los consumidores (como el uso de harinas cárnicas para la alimentación de herbívoros), animar a legislaciones que protegen del maltrato a los animales (en España desde octubre de 2004), aumentar el número de controles sobre la industria cárnica, para este caso concreto de la bovina y, pese a ello, provocar el descenso de su consumo en pro de otras carnes pero también pescados a los que se cuestiona menos al percibirse más como “productos naturales” pese a que la realidad

sea otra (Contreras, 2005: 123-124).

En conclusión: comer y consumir o alimentarse y sanar

Dado lo expuesto anteriormente, un aspecto importante a destacar es el “despertar” de la conciencia de los consumidores, en parte motivado por la difusión de alarmas como las referidas, pero también por la desaprobación de las prácticas industriales (entre ellas la agroindustria) y la desconfianza ampliamente generada. Esta toma de conciencia, en las sociedades de economías desarrolladas, se produce también en un contexto de valoración de la salud en cuanto a su capacidad no tanto para alargar la vida, si no como alternativa para adquirir una vida saludable. Sin embargo, se produce especialmente en un contexto excluyente y limitado para todas las personas de abundancia y en el cual se fomenta el individualismo. Por todo ello, se reconoce la capacidad (más o menos limitada) de los consumidores para tomar decisiones informadas y conscientes en lo referente a su dieta, algo que podría ponerse en relación al intrusismo profesional y la información inmediata al alcance de las personas que en cierto modo los ha llevado a auto-diagnosticarse (en un ámbito medicinal). Además, al mismo tiempo que se ha acrecentado la responsabilidad sobre la salud propia, también lo ha hecho el plano de la ética, como una faceta más a cubrir dentro del llamado estado de salud integral (mente y cuerpo). Sin tener en cuenta, además, que en el plano de salud mental no faltan las recomendaciones u opiniones con mayor o menor acierto, para el tratamiento de diversas patologías. Ahora bien, en consonancia con la meta de alcanzar un óptimo estado de salud en sentido amplio, se difunde un gran número de dietoterapias, en el sentido de que un gran número de “males” tienen su correspondiente remedio en el campo de la alimentación así como su profilaxis o forma de prevención, e incluso en el caso de determinadas enfermedades crónicas, como la diabetes o la obesidad (Contreras & Gracia, 2012; Luque, 2008), la dieta en sí misma puede suponer el tratamiento que el paciente debería de seguir de por vida (Cervera, Clapes & Rigolfa, 1999: 247-346).

La toma de conciencia respecto a la importancia de la alimentación para la salud ha animado a la propagación de intrusismo profesional por diferentes plataformas y/o medios que rivalizan con los expertos oficiales del campo de la salud como médicos especialistas o nutricionistas dietistas, en el sentido de que los usos médicos de los alimentos han escapado de su monopolio, aunque su conocimiento sigue siendo algo obligado para éstos. Sin embargo, las relaciones entre alimentación y salud, su control, así como buena parte de las informaciones referentes a composición, beneficios, peligros, recomendaciones, etc., están cayendo cada vez más en las manos de una industria hambrienta por consumidores y dueños del mercado y su etiquetado.

Retomando el plano del bienestar mental respecto al consumo, la nueva demanda de garantías de “producción responsable”, ha provocado respuestas en el mercado desarrollando productos con sus correspondientes certificaciones que pretenden garantizar, por ejemplo, que la producción de un alimento o artículo en cuestión se ha llevado a cabo dentro del contexto de un comercio justo (lo que supone que no se ha abusado de los productores, que en el proceso no ha intervenido mano de obra infantil ni esclava, respeto al medio ambiente, etc.), a tal fin se han creado sellos *fairtrade* como el conocido “Max Havelaar” e incluso algunas “marcas blancas” cuentan con productos de este perfil ya que, pese a ser más caros que otros similares, presentan beneficios dada su buena aceptación por los consumidores. Por ello, en cierto modo, el ritual del consumo se asocia en este caso a la búsqueda del bienestar físico y anímico.

Ahora bien, resulta pertinente señalar que lo expuesto podría desencadenar en una falta de coherencia, que se agudiza aún más cuando se observan múltiples medios exponer que las ciudades sostenibles del mundo, son también algunas de las más ricas del planeta perpetuando la exclusión social y la desigualdad frente a quienes tiene acceso o no a los alimentos y algunos tipos de ellos. Un ejemplo a esto es el caso de la dieta vegana que ha ido ganando visibilidad social a medida que más *celebrities*, como las hollywoodienses, se han ido sumando a su seguimiento, al tiempo que pregonan los beneficios obtenidos tanto para su bienestar integral y su atractiva apa-

riencia, lo cual tampoco ha de perderse de vista a la hora de conseguir una mayor difusión positiva. Pero para su difusión han sido especialmente importantes la presencia conseguida en internet, provocando en ocasiones “efectos virales” en aquellos mensajes dedicados a la defensa de los animales. Para ello en múltiples oportunidades utilizan un lenguaje directo y violento que evidencie las atrocidades percibidas en contra de animales sometidos a la industria.

Es entonces, como el deseo de retorno a “lo natural”, la preservación del planeta y la salud individual, termina encontrando un muro en otras opciones de dieta como la vegana o vegetariana al permitir debates entre defensores y detractores, sobre el origen y evolución de los seres humanos que recogen argumentos y teorías aquí y allá, que se exponen sin pudor en redes sociales y con escasa solidez científica. Paradójicamente prevalece la idea de “rebelión” hacia la herencia pues se plantea la liberación respecto a los condicionamientos primitivos de los seres humanos una vez que se llega a un nivel de conciencia mayor y en una sociedad desarrollada en la que existan opciones y alternativas y donde el tipo de dieta se contempla a sí mismo, no frente a lo natural sino como un paso natural más en la evolución de los seres humanos. Por esto, es importante señalar que existe otro factor cuya importancia tal vez deba incrementarse a la hora de evaluar la expansión de los productos alimentarios y es que sus mecas mundiales resultan ser también urbes multiculturales y, no ha de olvidarse que los tabúes alimentarios pueden tener una carga sociocultural muy fuerte (Douglas, 1973), por lo que un estilo de vida como el veganismo ha podido suponer también un punto de convergencia en el sentido de que, desde el mercado, se quieren minimizar los riesgos ante, por ejemplo, la ofensa a determinados sectores de la población, la pérdida de potenciales clientes, etc., y sus consiguientes pérdidas económicas.

Así que, el mercado, por su parte, está sabiendo aprovechar un prometedor nicho de mercado por lo que se apresura a adelantarse a las necesidades de los potenciales consumidores lo cual ocasiona, como ya se ha ido viendo: etiquetado, publicidad, posicionamiento comercial, etc. Así, mientras que hoy día llevar un tipo de dieta especial es algo mucho más fácil para algunos porque el mercado tiene a disposición todo y más de lo que requiere, puede seguir siendo excluyente para otra parte de la población, sin contar con el impacto que conlleva ante los “saberes populares” en torno a la alimentación, su elaboración, su uso simbólico y social, etc. pues hay una pérdida de estos una vez se busca homogeneizar la dieta de la población. Finalmente es indudable que la alimentación constituye uno de los principales instrumentos de identidad, y está sufriendo importantes cambios en diferentes niveles e independientemente de las elecciones personales de los consumidores conscientes, lo cierto es que toda restricción está ocasionando la pérdida de variedad en sociedades que tienden a veces de forma inconsciente hacia la uniformización, y que ésta es empujada en ocasiones por intereses comerciales de las industrias agroalimentarias.

Bibliografía

- Álvarez Munarriz, L. (2007). Conciencia y conducta medioambiental: los paisajes culturales. *Intersticios. Revista Sociológica de pensamiento crítico*. 1.
- Álvarez Munárriz, L. & Álvarez de Luis, A. (2009). Estilos de vida y alimentación. *Gazeta de Antropología*, 25, 1-14. <https://doi.org/10.30827/Digibug.6858>
- Arboleda, L. M. (2006). Significado del saber popular en alimentación en un grupo de nutricionistas dietistas. *Perspectivas en nutrición humana*, 9(1), 49-60.
- Bayarre, H. D.; Piñero, J. & Jiménez, J. (2006). Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *GeroInfo*, 1(3), 1-34.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Biruete Guzmán, A.; Juárez Hernández, E.; Sieiro Ortega, E.; Romero Viruegas, R. & Silencio Barrita, J. L. (2009). Los nutracéuticos. Lo que es conveniente saber. *Revista Mexicana de pediatría*, 76(3), 136-145.

- Cervera, P.; Clapes, J. & Rogolfas, R. (1999). *Alimentación y dietoterapia*. Madrid: McGraw-Hill.
- Contreras Hernández, J. & Gracia Armaiz, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Contreras Hernández, J.; (2005). La Modernidad alimentaria. Entre la sobreabundancia y la inseguridad. *Revista Internacional de Sociología*, 40, 109-132. <https://doi.org/10.3989/ris.2005.i40.191>
- Contreras, J. & Gracia Arnáiz, M. (2012). La prevención de la obesidad en España: una lectura crítica desde la Antropología. *Etnicex: revista de estudios etnográficos*, 4, 41-61.
- Contreras Hernández, J. & Ribas Serra, J. (2014). Sobre la construcción social del patrimonio alimentario. *Revista d'etnologia de Catalunya*, 39, 84-94.
- Contreras Muñoz, V. (2016). *Contraconsumo: un análisis contracultural del veganismo, vegetarianismo y consumo responsable en la ciudad de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Comelles, J. M. & Martínez Hernández, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema.
- Chung, A.; Vieira, D.; Donley, T.; Tan, N.; Jean-Louis, G.; Gouley, K. K. & Seixas, A. (2021). Adolescent Peer Influence on Eating Behaviors via Social Media: Scoping Review. *JMIR Journal Of Medical Internet Research/Journal Of Medical Internet Research*, 23(6), e19697. <https://doi.org/10.2196/19697>
- De Garine, I. (1992). La dieta mediterránea en el conjunto de los sistemas alimentarios. En I. González Turmo & P. Romero de Solís, P. (eds.), *Antropología de la alimentación: ensayos sobre la dieta mediterránea*. Almería: Consejería de Cultura y Medio Ambiente.
- De León Arce, A. (2008). Políticas alimentarias y seguridad del consumidor. En C. Díaz Méndez & C. Gómez Benito (ed.), *Alimentación, consumo y salud* (pp. 81-104). Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Díaz Méndez, D. & Gómez Benito, C. (2008). Introducción. En C. Díaz Méndez & C. Gómez Benito (ed.), *Alimentación, consumo y salud* (pp. 11-21). Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Díaz Méndez, C. & González Álvarez, M. (2008). Industria y alimentación: de la publicidad referencial a los alimentos funcionales. En C. Díaz Méndez & C. Gómez Benito (ed.), *Alimentación, consumo y salud* (pp. 105-129). Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Douglas, M. & Isherwood, B. (1990). *El mundo de los bienes. Hacia una Antropología del consumo*. México: Grijalbo.
- Downer, S.; Berkowitz, S. A.; Harlan, T. S.; Olstad, D. L. & Mozaffarian, D. (2020). Food is medicine: actions to integrate food and nutrition into healthcare. *BMJ*, m2482. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2482>
- Fernández, A., Martínez, R.; Carrasco, I.; Palma, A. & Caribe, C. C. E. P. A. L. Y. E. (2017). *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México*. Ministerio de Educación.
- Gracia Arnaiz, M. (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- Gracia Arnaiz, M. (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y Sociedad*, 51 (1), 73-94. https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2014.v51.n1.42486
- Gracia Arnaiz, M. (2015). Comer en tiempos de crisis: nuevos contextos alimentarios y de salud en España. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya. Revista d'Antropología Social*, 15, 155-159.
- Guidonet, A. (2007). *La antropología de la alimentación*. Barcelona: UOC.
- Heath, J. & Potter, A. (2004). *Rebelarse vende: el negocio de la contracultura*. Bogotá: Taurus.
- Korstanje, M. (2010). Reseña de *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad* de Ulrich

- Beck. *Economía, Sociedad y Territorio*. 10(32), 275-281.
- Leyton, M. R. & Majana, L. S. (2017). Consumo de frutas y verduras: Beneficios y retos Consumo de frutas y verduras. *Alimentos Hoy*, 25(42), 30-55. https://www.researchgate.net/profile/Mylene-Rodriguez-Leyton/publication/321972813_Consumo_de_frutas_y_verduras_beneficios_y_retos/links/5a3-ba87f4585158a1bbd9098/Consumo-de-frutas-y-verduras-beneficios-y-retos.pdf
- López Matarin, E. (2016). *Relaciones y prácticas que cambian la realidad alimenticia. Una aproximación desde la Antropología ecológica y feminista*. Madrid: UCM.
- Luque, E. (2008). La obesidad, más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios. En C. Díaz Méndez & C. Gómez Benito (ed.), *Alimentación, consumo y salud* (pp. 130-149). Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Martinic, S. (1990). Saber popular. En G. del Mariño (ed.) *Mesianismo y populismo al diálogo de saberes* (pp. 61-63). Bogotá: Dimensión Educativa.
- Mauss, M. (2010). *Ensayo sobre el don*. Buenos Aires: Katz.
- Millán Fuertes, A. A. (2008). Seguridad e inseguridad alimentarias: algunas observaciones sobre los OMG. *Distribución y Consumo*, 99, 66-76.
- Montealegre, Á. R.; Celada, P.; Bastida, S. & Sánchez-Muniz, F. J. (2018). Acerca de la enfermedad celiaca. Breve historia de la celiaquía. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(12), 980-997.
- Mozaffarian, D.; Mande, J. R. & Micha, R. (2019). Food Is Medicine—The Promise and Challenges of Integrating Food and Nutrition Into Health Care. *JAMA Internal Medicine*, 179(6), 793. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0184>
- Oñate González, C. & Sánchez Martínez, A. (2020). Estrategia y comunicación en redes sociales: Un estudio sobre la influencia del movimiento RealFooding. *Ámbitos: Revista International de Comunicación*, 48, 79-101
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (s. f.). *Conceptos Básicos. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA)*.
- Rodríguez, M. C. & Acero, J. M. A. (2021). Impacto de la publicidad en los hábitos alimenticios de los españoles: una cuestión de educación alimentaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 11, 29-53. <https://doi.org/10.35669/rcys.2021.11.e267>
- Romero de Solís, P. (1992). La religión y los alimentos en los textos sagrados mediterráneos. A propósito del consumo de carne. En I. González Turmo & P. Romero de Solís (eds.). *Antropología de la alimentación: ensayos sobre la dieta mediterránea*. Almería: Consejería de Cultura y Medio Ambiente.
- Toscano, W. N. (2011). La relación ejercicios físicos-salud positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 11, 103-113.
- Saguer, M. F. (2002). La seguridad alimentaria: las agencias de seguridad alimentaria. *Revista de Administración Pública*, 159, 315-340. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/293647.pdf>
- Spector, R. E. (2003). *Las culturas de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

La glosa como dispositivo articulador de la atención en Urgencias: etnografía clínica relacional en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México

The “gloss” as an articulating device of emergency care: a clinical relational ethnographic study at a second level hospital in Mexico City

LIZ HAMUI SUTTON *

Universidad Nacional Autónoma de México

MARÍA ALEJANDRA SÁNCHEZ GUZMÁN **

Universidad Nacional Autónoma de México

ALFREDO PAULO MAYA ***

Universidad Nacional Autónoma de México

BRUNO DAVID REYES VELÁZQUEZ ****

Universidad Nacional Autónoma de México

TZEITHEL ATHENEA CASTILLO ALTAMIRANO *****

Universidad Nacional Autónoma de México

CAROLINA CONSEJO Y CHAPELA *****

Universidad Nacional Autónoma de México

* Doctora en Ciencias Sociales. Profesora titular, División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México. E-mail: lizhamui@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-3190-4470>

** Doctora en Ciencias Antropológicas. Académica de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: alesanguz@yahoo.com.mx  <https://orcid.org/0000-0001-6625-8010>

*** Doctor en Antropología Social. Departamento de Historia y Filosofía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México E-mail: alfpaulo@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-4545-8886>

**** Doctorando en Antropología en Salud, Programa de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: reyesvelazquez@comunidad.unam.mx  <https://orcid.org/0000-0002-8977-4744>

***** Médico Cirujano, Especialista en Urgencias y Doctorante en Alta Dirección de Hospitales. Centro de Postgraduados del Estado de México. Jefa del Servicio de Urgencias en el Hospital General Regional No. 2 “Dr. Guillermo Fajardo Ortiz”, Ciudad de México. E-mail: tzeithel.castillo@imss.gob.mx  <http://orcid.org/0009-0003-0514-2729>

***** Médico Cirujano y Doctora en Ciencias, programa Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora en el Departamento de Historia y Filosofía de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Jefa del Área de Formación Docente, Investigación en Educación y Humanidades en Salud. División de Desarrollo del Proceso Educativo en Salud. E-mail: carolina.consejo@imss.gob.mx  <https://orcid.org/0001-5155-1679>

RESUMEN. En el servicio de urgencia tiene lugar el registro escrito que refleja las trayectorias de atención. El objetivo del estudio fue observar, describir y analizar las interacciones sociales del personal de salud y la integración de la glosa para documentar el proceso de clasificación, diagnóstico y derivación de los pacientes atendidos.

Metodológicamente se usó la etnografía clínica relacional en el servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel de atención entre septiembre de 2022 y febrero de 2023 en la capital mexicana. Los resultados refieren, por medio de la descripción de situaciones clínicas, episodios de atención a la salud donde se ponen en juego saberes, sentires, destrezas e intereses de los agentes involucrados y los documentos escritos que dan cuenta de ellos, destacando además la precariedad de los recursos tecnológicos para el registro. En la discusión, se interpretó al servicio de Urgencias como puerta de entrada, espacio intermedio o zona de transición que opera como sitio estructurado para abordar lo inespecífico con assertividad y rapidez en la toma de decisiones y la acción. La situación periférica de la glosa reflejó la rápida dinámica de las interacciones entre los profesionales sanitarios en Urgencias durante los procesos de atención, clasificación, diagnóstico y derivación de pacientes, lo que demandó una amplia red de recursos institucionales, necesaria para gestionar adecuadamente las necesidades de los pacientes, según cada caso específico.

PALABRAS CLAVE: urgencias; registros clínicos; tramas de atención; dispositivos institucionales, etnografía clínica relacional.

ABSTRACT: In the emergency department, written records reflect the trajectories of care. The objective of this study was to observe, describe and analyze the health personnel social interactions and the integration of the gloss to document patients' classification, diagnosis, and referral process. Methodologically, a relational ethnography study was performed in the emergency room of a second-level care hospital between September 2022 and February 2023 in the Mexican capital. The results refer, through clinical situational descriptions, health episodes where agents' knowledge, feelings, skills, and interests were involved and the relation with written documents that account the process, also highlighting the precariousness of the technological resources for the registry. In the discussion, the emergency room was interpreted as a gateway, intermediate space or transitional zone that operates as a structured site to address the non-specific with assertiveness and speed in decision-making and action. The peripheral situation of the gloss reflected the rapid dynamics of interactions among healthcare professionals in emergency settings during the processes of patient care, classification, diagnosis, and referral. This required a broad network of institutional resources, essential for adequately managing the needs of patients, according to each specific case.

KEYWORDS: emergency room; clinical records; care plots; institutional devices, clinical relational ethnography

Introducción

En este artículo se plantea que el servicio de Urgencias del segundo nivel de atención en un hospital céntrico de la Ciudad de México constituye un espacio intermedio entre el hospital de especialidades y otras alternativas de atención como las unidades de medicina familiar. En Urgencias, la tarea principal consiste en clasificar, observar, diagnosticar y derivar (Hillman, 2013), aunque también se atienden y resuelven condiciones agudas, como en las áreas de reanimación, en traumatismos menores o patologías sencillas. Los pacientes llegan en un estado liminal de indefinición sobre su situación de salud o en crisis ante la irrupción de la enfermedad. Se trata de personas en estado liminal¹ que transitan entre dos mundos, en este caso entre estar sano o enfermo, pero aún no se define en alguno de ellos. La entrada a los espacios de atención por diversas vías depende de la gravedad de la enfermedad. Urgencias en la mayoría de los casos es un lugar de paso, un umbral en el que se decide el camino a seguir lo que implica procesos biomédicos y administrativos, pero también experienciales, morales y sociales (Hillman, 2013; Mattingly, 1998).

La meta en Urgencias es ayudar al paciente a salir de la ambigüedad y la confusión que implica su situación liminal de salud. El tránsito se da en tres fases: pre-liminal (estado saludable), liminal (estado alterado) y post-liminal (trayecto terapéutico). En este sentido, Urgencias se convierte en un espacio acotado temporalmente donde sucede el tránsito de un estado a otro, en el que se modifica el estatus y se abren o cierran distintas opciones de tránsito.

El concepto de tránsito en tres fases que se describe puede ser aplicado a la experiencia de un individuo que atraviesa una condición de salud, desde la percepción inicial de bienestar hasta la recuperación final. Este modelo se inspira en los rituales de transición propuestos por el antropólogo Víctor Turner (1998) y se adapta aquí para entender la trayectoria de un paciente en el contexto médico. La fase pre-liminal representa el estado inicial del individuo antes de reconocer cualquier síntoma o problema de salud significativo. Durante este período, la persona se considera saludable y su vida diaria no está afectada por preocupaciones médicas importantes. Es un estado de normalidad y equilibrio, donde no hay percepción de enfermedad o disfunción. La etapa liminal comienza cuando el individuo percibe o es diagnosticado con una alteración en su salud, lo que marca el inicio de una condición o enfermedad. El estado liminal es crítico porque representa un período de ambigüedad y transición, donde la identidad del paciente está en una forma de suspensión. En esta fase, la persona enfrenta incertidumbre y podría experimentar una variedad de emociones, como ansiedad o miedo, debido a la falta de un resultado claro o la imprevisibilidad de la enfermedad. La fase post-liminal es la del tratamiento y recuperación, donde el individuo se somete a diversas intervenciones médicas con el objetivo de restaurar su salud. En este período, el paciente y los profesionales de la salud colaboran en la aplicación de terapias adecuadas y la búsqueda de una solución o alivio a la condición diagnosticada. El trayecto terapéutico implica una serie de acciones y decisiones médicas que buscan llevar al individuo de un estado de salud alterado a uno de recuperación o manejo efectivo de su condición. Cada una de estas fases del tránsito está marcada por sus propias características y desafíos, y juntas forman un proceso continuo que puede variar en longitud y complejidad, dependiendo de la naturaleza específica de la condi-

¹ El término "liminal" proviene del latín "limen", que significa "umbral" o "límite". Se refiere a un estado o espacio intermedio, a menudo asociado con transiciones, transformaciones o experiencias de cambio. En antropología y psicología, lo liminal es un concepto utilizado para describir situaciones en las que una persona o grupo se encuentra en un estado de transición o en un espacio liminal, donde las normas habituales, estructuras sociales o identidades pueden estar temporalmente suspendidas o desafiadas. Durante el período liminal, las personas pueden experimentar una sensación de desorientación, ambigüedad y vulnerabilidad, pero también pueden experimentar un potencial para la transformación personal y la comprensión más profunda. En un sentido más amplio, lo liminal puede aplicarse a una variedad de situaciones y experiencias, como períodos de transición en la vida, momentos de crisis, estados de conciencia alterados o espacios físicos y sociales que desafían las categorías convencionales. Es un concepto que permite explorar los bordes, las fronteras y los momentos de cambio en el transcurso de la vida y la sociedad (Open AI, 2024).

ción médica y las circunstancias personales del individuo. Esta perspectiva ayuda a comprender mejor la experiencia del paciente en su paso por el sistema de salud y las transiciones emocionales y físicas que pueden ocurrir.

Algunos autores (Insunza, 2019; Van Gennep, 2008; Turner, 1988; Fischer-Lichte, 2011), resaltan las características principales de la liminalidad, donde la indefinición provoca incertidumbre, inquietud y angustia. La falta de claves de sentido para interpretar la vivencia, así como la sensación de experimentar el trance y sentirse en el “limbo”, implica estar en una situación dinámica de transformación mental y corporal que altera la identidad psicosocial de quien padece. Cabe mencionar que el estado liminal del enfermo no es exclusivo de Urgencias, se expresa en diferentes contextos; lo que distingue la atención en Urgencias es el ritmo acelerado para resolver o derivar el problema de salud del paciente.

A diferencia del momento liminal que experimenta el paciente, Urgencias es un área organizacional rigurosamente estructurada en el espacio y en el tiempo. Las interacciones sociales que ahí suceden están normadas, no obstante, hay espacio para el juego de intereses y expectativas de los agentes, pues emergen múltiples momentos en que se toman decisiones. El personal de salud aplica los algoritmos prescritos y las interacciones e intercambios comunicativos se desarrollan en tramas narrativas que se plasman parcialmente en la glosa² y reflejan las secuencias y las pausas en los procesos de atención.

Con respecto al tema de la documentación de la atención en Urgencias, se encontraron variados recursos digitales como guías clínicas, formatos, protocolos, blogs e instructivos para completar formularios (American College of Emergency Physicians, 2022; Kelley, 2020; Emergency Room Record, 2020; Bowden *et al.*, 2020; MedLeague, 2015). Todos ellos buscaban facilitar los procesos médicos y administrativos, para el registro de la atención. A pesar de lo profuso de este tipo de recursos, la intención de este estudio no está en revisar las lógicas biomédicas y administrativas de los documentos de registro sino en vincular las interacciones sociales en el área de Urgencias con la integración de la glosa.

En esta ocasión, se presenta un ejercicio de etnografía relacional en la clínica que busca estudiar la producción de sentido en la construcción de la realidad de los agentes en la interacción (Hamui & Ramírez, 2021). En el microanálisis de las situaciones se visibilizan las tramas narrativas que le dan forma y sentido a la interacción, así como los marcos de referencia. En este caso el foco está puesto en la dinámica del servicio de Urgencias en un hospital público de segundo nivel. El objetivo del estudio se refiere a la manera en que se registra de forma escrita el proceso de atención en Urgencias, poniendo énfasis en la integración de la glosa como reflejo de las múltiples interacciones que se entrelazan en tramas narrativas.

Marco conceptual

La práctica clínica cotidiana en un hospital es compleja y se manifiesta de diversas maneras a través de sus distintos ámbitos. Según Atkinson (1997), la clínica es una entidad histórica y social donde se generan encuentros en un tiempo y un contexto específico. Se comprende fundamentalmente como una red de interacciones y comunicaciones enfocadas en la promoción, prevención y, principalmente, la atención médica de las personas enfermas. Goffman (2006) argumenta que pa-

² En el contexto de urgencias médicas, la palabra "glosa" se refiere a diferentes cosas dependiendo del contexto específico en el que se use. En algunos sistemas de salud, la glosa médica se refiere a una nota, explicación o aclaración agregada a un registro médico. El término también puede aplicarse en el ámbito de la facturación médica, una glosa puede ser una explicación detallada de un ajuste o modificación realizado a una cuenta médica, lo que podría incluir detalles sobre por qué se realizó el ajuste, errores en la facturación, discrepancias en los códigos de procedimiento o servicios no cubiertos por el seguro. En el contexto de la atención médica de emergencia, una glosa clínica podría ser una anotación o explicación escrita por un médico o profesional de la salud sobre un caso específico, proporcionando detalles adicionales sobre el diagnóstico, tratamiento o manejo del paciente en situaciones de emergencia. Es importante tener en cuenta que el significado exacto de "glosa" en el contexto de urgencias médicas puede variar según el sistema de salud, la región o el país, de ahí la importancia de comprender cómo se utiliza este término en entornos concretos (Open AI, 2024).

ra comunicarse e interactuar en contextos específicos, los individuos enmarcan sus experiencias para otorgarles significado e interpretar las situaciones, como señala Chihu Amparán (2018). Estos marcos de referencia son herramientas conceptuales, tanto cognitivas como afectivas, que organizan la experiencia y facilitan el análisis de las acciones que configuran secuencias de eventos en la práctica clínica.

Además, los profesionales de la salud construyen y reconstruyen significados a través de un conjunto de reglas y expectativas que son cruciales para la comprensión de diversas situaciones clínicas. De acuerdo con Mattingly (1998), las secuencias de eventos pueden verse como narrativas performativas, es decir, como relatos dramáticos que emergen a través de las acciones. La estructura narrativa no solo se utiliza en la retórica, sino que también abarca aspectos estéticos y morales que sostienen la interacción social y dan sentido a los eventos, ya que están arraigados en códigos culturales compartidos. En estas narrativas, encontramos coherencia en los actos de los agentes, en la secuencia de eventos, y en la conexión entre experiencias pasadas y expectativas presentes que forman parte del imaginario y la conciencia colectiva. Estos elementos contribuyen a formar una narrativa integral que enriquece nuestra comprensión de la práctica clínica.

En el entorno, como explica Latour (2005) en la teoría del actor red, existen agentes humanos y objetos no humanos que intervienen en los procesos, según el autor sólo es posible entender lo que mantiene unida a la sociedad incorporando las entidades naturales y los artefactos diseñados por los humanos. En este sentido, al estudiar la clínica, es pertinente no sólo centrarse en los intercambios comunicativos, sino en los objetos no humanos como el expediente clínico o la glosa que tienen capacidad para articular las tramas de acontecimientos en los procesos de atención. Los elementos materiales no sólo median en las interacciones, sino que permiten la coordinación de las acciones colectivas y actualizan las instituciones, de esta manera, la materialidad sustenta las relaciones sociales y estabiliza la realidad (Pozas, 2015).

En las interacciones que tienen lugar en espacios estructurados e institucionalizados como los hospitales, existe cierta cultura organizacional que se manifiesta en los valores, tradiciones, símbolos, creencias, conocimientos, formas de pensar y sentir que comparten los agentes en el juego social (Spinelli, 2022). En torno a ella se desarrollan identidades profesionales y personales, así como trabajo colaborativo en actividades cotidianas. Idealmente los grupos de agentes con intereses afines crean comunidades de práctica para compartir ideas, aprender, reflexionar, encontrar soluciones a problemas comunes e innovar (Wegner-Trayner, *et al.*, 2019).

En los procesos de atención en Urgencias, se van desenvolviendo tramas de atención y narrativas performativas urdidas en las interacciones clínicas, durante los intercambios comunicativos. Estas redes de conversación se reflejan de forma parcial en los registros que plasman por medio de formatos estructurados el acto médico y que modelan la práctica clínica para describir las afectaciones corporales (motivo de atención, resumen de interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico, tratamiento, análisis, estado de salud y pronóstico). No obstante, no siempre captan la estructura dramática de la experiencia de padecer que se articula en la trama terapéutica del escenario de Urgencias y que se expresa de manera parcial. Urgencias se crea a partir de experiencias socialmente construidas, donde las prácticas cotidianas rutinarias pueden transformarse en dramas de experiencias estructuradas en tramas narrativas.

En esta ocasión, se presenta un ejercicio de etnografía relacional en la clínica que busca estudiar la producción de sentido en la construcción de la realidad de los agentes en la interacción (Hamui & Ramírez, 2021). En el microanálisis de las situaciones se visibilizan las tramas narrativas que les dan forma y sentido a la interacción, así como los marcos de referencia. En este caso el foco está puesto en la dinámica del servicio de Urgencias en un hospital público de segundo nivel, y en la manera en que se registra de forma escrita el proceso de atención, poniendo énfasis en la integración de “la glosa” como reflejo de las múltiples situaciones que ahí suceden.

El término glosa es polisémico y ha sido utilizado en diferentes ámbitos con significados múltiples, así, por ejemplo, en la literatura se refiere a la escritura comentada de un texto, en música a la ornamentación de una melodía, en las disciplinas administrativas la glosa en la contabili-

dad es la diferencia entre los presupuestos y los gastos que requieren ser conciliados, son los remanentes. En el área de Urgencias médicas, la glosa se refiere a la documentación de casos clínicos en una jornada laboral que no se incorpora a expedientes clínicos formales (impresos o electrónicos) y que al final del día es reunida y depositada en el archivo del nosocomio.

La glosa puede entenderse como un dispositivo de transmisión cultural. La noción de dispositivo de Foucault puede ser útil para describir y analizar la dinámica institucional y los mecanismos de control que norman las interacciones en el contexto clínico. Según Agamben (2011), por dispositivo Foucault entiende:

“... un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos. El dispositivo tiene una función estratégica concreta, que está inscrita en una relación de poder; y como tal, resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber” (Agamben, 2011: 250).

La glosa se asocia con lo marginal, aquello que acompaña y explica un proceso y permite comprender parte de las tramas narrativas y de acontecimientos que tienen lugar en un lugar y tiempo.

Al revisar la literatura sobre los procesos de atención en Urgencias, los temas que sobresalen se refieren a la comunicación del equipo interprofesional de salud y los roles que cada uno desempeña. Se destacan las competencias sociales colaborativas entre médicos adscritos, enfermeras, residentes, internos, personal de apoyo médico y administrativo que acompañan el trayecto de los pacientes (Vaid *et al.*, 2023; Alvarez *et al.*, 2018; Milton *et al.*, 2022; Khademian *et al.*, 2013; Kilner & Sheppard, 2010; Negpal & Nicks, 2018; Slade *et al.*, 2011; Brandstrop *et al.*, 2012; Fernández *et al.*, 2008; Ahmadpou *et al.*, 2021; Society for Participatory Medicine, 2017; Gifford *et al.*, 2022; Schmutz *et al.*, 2019) con el fin de lograr la rapidez y eficacia en la atención, incluyendo el registro en la glosa.

Otro aspecto abordado en las fuentes consultadas alude a los recursos documentales para facilitar el registro de la atención. En la lógica administrativa existen formularios, guías de práctica clínica, reportes, formatos para las referencias y contra-referencias, recetarios, documentos para la realización de estudios complementarios, etc. Todo esto implica trabajo burocrático escrito para el personal de salud con el que se va integrando la glosa (American College of Emergency Physicians, 2022; Kelley, 2020; Emergency Room Record, 2020; Bowden *et al.*, 2020; MedLeague, 2015).

Además, existen estudios que se enfocan en las interacciones sociales en Urgencias, en los que, por ejemplo, se analiza la relación con los pacientes considerados como agentes activos en el trayecto (Society for Participatory Medicine S/; Kelley, s/f). Otros abordan el flujo de la atención (Slade *et al.*, 2011) donde tienen lugar los procesos clasificatorios del triage,³ la toma de decisiones y la tensión entre la incertidumbre del paciente y los incidentes clínicos. Finalmente, se identi-

³ El triage en urgencias hospitalarias es un proceso crítico y sistemático empleado para evaluar y clasificar a los pacientes según la gravedad de su estado de salud y la urgencia de atención que requieren. El objetivo principal del triage es asegurar que los pacientes reciban la atención médica adecuada de manera eficiente y ordenada descripción de situaciones clínicas dadas, priorizando a aquellos que presentan condiciones más graves o potencialmente mortales. Durante el triage, un profesional de salud, generalmente una enfermera o un médico capacitado en este proceso, realiza una evaluación rápida pero exhaustiva del paciente. Esto incluye la revisión de los signos vitales, la historia clínica inmediata y los síntomas principales. Basándose en esta evaluación inicial, el paciente es asignado a una de varias categorías de prioridad. Estas categorías determinan el orden y la rapidez con la que recibirán atención médica. Las categorías de triage comúnmente se organizan en un sistema de colores o niveles, que varían según el protocolo del hospital, pero a menudo incluyen: rojo (nivel 1), emergencia inmediata, atención necesaria sin demora (por ejemplo, paro cardíaco, trauma grave); naranja (nivel 2), muy urgente, atención necesaria en minutos (por ejemplo, dificultad respiratoria severa, dolor torácico intenso); amarillo (nivel 3), urgente, atención necesaria en una hora (por ejemplo, fracturas simples, dolor abdominal); verde (nivel 4) poco urgente, atención necesaria en horas (por ejemplo, esguinces, infecciones menores); azul (nivel 5), no urgente, la atención puede ser diferida (por ejemplo, revisiones rutinarias, síntomas menores). (Open AI, 2024).

ficó literatura referente a los ambientes laborales y educativos en Urgencias (Vaid *et al.*, 2023; Brandstorp *et al.*, 2012) en los que se estudian aspectos estructurales, relaciones y culturales que influyen en la dinámica de Urgencias. Todos los textos antes referidos, aportan a la comprensión de la estructura y funcionamiento del servicio de Urgencias, así como de las tramas narrativas que se entrelazan por medio de los intercambios comunicativos y las interacciones. No obstante, poco explican el proceso de registro de la atención.

En este trabajo se investiga la configuración de la glosa en el departamento de Urgencias y cómo los documentos escritos contribuyen a la articulación o fragmentación del proceso de atención. El objetivo principal del estudio es observar, describir y analizar las interacciones sociales del equipo de salud en Urgencias, enfocándose en la manera en que se integra la glosa para documentar la atención, clasificación, el diagnóstico y la derivación de los pacientes atendidos.

Las preguntas de investigación que orientaron este estudio abordan varios aspectos clave:

¿Por qué la glosa en urgencias difiere del expediente clínico institucional, ya sea impreso o electrónico?

¿En qué consiste la glosa y qué información incluye o excluye?

¿Qué recursos tecnológicos se utilizan para realizar el registro de la glosa?

¿Cómo se vincula el departamento de Urgencias con otros espacios clínicos?

¿Qué revela la glosa sobre las interacciones dentro de la clínica?

Método

El proyecto de investigación denominado “El Expediente Clínico como dispositivo cultural en el proceso de atención institucional” fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) el 3 de agosto de 2021 con el número de registro FM/DI/034/2021 y por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la clave de registro R-2022-785-006 el 31 de enero de 2021. El estudio sobre la glosa en el área de Urgencias se realizó en el marco de este proyecto.

El tipo de estudio que se llevó a cabo se denomina etnografía clínica relacional. El trabajo de campo no se reduce a la observación de los agentes y sus actos individualizados, sino que, capta, por medio de la mirada atenta y la escucha, la interacción de los agentes, en su contexto y en una temporalidad particular. La etnografía relacional es también una herramienta reflexiva cuya naturaleza se orienta a lo procesual, que involucra configuraciones de relaciones entre agentes, contextos, espacios y diversos factores que intervienen en la explicación de los fenómenos (Hamui & Ramírez, 2021).

La etnografía clínica relacional es un enfoque que combina elementos de la etnografía tradicional con una atención particular a las relaciones y dinámicas dentro de los entornos clínicos. Este enfoque se centra en cómo las interacciones entre los profesionales de la salud y los pacientes, así como entre los propios profesionales, afectan la práctica clínica y la experiencia del cuidado. Aunque no hay un solo autor que se destaque exclusivamente como fundador de este enfoque, varios académicos han contribuido significativamente al campo de la antropología médica y la etnografía en contextos clínicos, ofreciendo perspectivas que podrían considerarse parte de la "etnografía clínica relacional". Algunos de estos son: Kleinman *et al.* (2006) cuyo trabajo en antropología médica ha explorado profundamente cómo las experiencias de enfermedad son moldeadas por contextos culturales y sociales; ha investigado las interacciones clínico-paciente y la importancia de los valores tanto del médico como del paciente en estas interacciones. Por su parte, Byron Good (2003) ha enfatizado las narrativas en la medicina y cómo estas forman parte de la experiencia clínica. Su trabajo sobre cómo los médicos y pacientes construyen significados en contextos clínicos es fundamental para entender la etnografía clínica relacional. Scheper-Hughes y Lock (1987) han estudiado las implicaciones morales y éticas de la práctica médica, incluyendo

cómo las instituciones manejan las normas y las crisis. Autoras como Lock y Nguyen (2010) han explorado las intersecciones de la cultura, la biomedicina y la política en su trabajo, especialmente en relación con la menopausia y el envejecimiento, donde las relaciones clínicas y las expectativas culturales juegan un papel crucial. Los trabajos de Cheryl Mattingly (1998) resultan específicamente relevantes para la idea de la etnografía clínica relacional debido a su enfoque en las narrativas y la moral en la práctica clínica. Mattingly estudia cómo las historias personales y las interacciones en entornos clínicos configuran la atención médica.

Este estudio etnográfico en el servicio de Urgencias se llevó a cabo en un hospital del IMSS de segundo nivel de atención en la Ciudad de México de septiembre de 2022 a febrero de 2023. Dicho hospital es considerado sede académica pues se llevan a cabo procesos de formación y capacitación. El nosocomio fue seleccionado por sus vínculos institucionales con el primer y tercer nivel de atención, y por contar con vastos recursos interconectados con Urgencias como terapia intensiva, cirugía, hospitalización y consulta externa de especialidades. Se trata de un hospital de excelencia que ha obtenido premios de calidad en el servicio y que atiende a población derechohabiente,⁴ la mayoría de los pacientes son adultos mayores. Geográficamente está ubicado en una colonia céntrica de la capital de clase media alta, lo que influye en el nivel educativo de los usuarios y una actitud más exigente en la atención.

Las observaciones⁵ incluyeron a quienes participaban en Urgencias: personal médico, asistentes médicos y administrativos, residentes, internos de pregrado, pacientes y familiares. Las observaciones se llevaron a cabo en las distintas áreas de Urgencias: sala de espera, triage, consultorios de Urgencias, sala de choque, sala de primera observación o corta estancia, sala de segunda observación que corresponden al proceso de clasificación y derivación para dar continuidad al tratamiento que caracteriza este espacio.

La posición de las investigadoras (LHS y MASG) como observadoras en Urgencias fue motivo de reflexión por su posible influencia en los espacios sociales donde estuvieron presentes. Cabe mencionar que ellas utilizaron batas blancas e identificaciones proporcionadas por la institución con el fin de moverse con fluidez en las áreas clínicas del hospital. Las investigadoras se preocuparon por presentarse ante el personal de salud, solicitar permiso para observar y tratar de no intervenir en los encuentros clínicos. El acercamiento al proceso clínico y la obtención de los datos al mismo tiempo que lograr el consentimiento de los participantes, implicó una continua negociación que no siempre se pudo prever en las consideraciones éticas previas a la etnografía. Las experiencias de las investigadoras se plasmaron en el diario de campo y fueron consideradas en la interpretación de los datos. Durante la etnografía relacional se tomaron notas de audio y en el diario de campo, se realizaron entrevistas formales e informales al personal de salud y posteriormente se elaboraron fichas de trabajo para registrar características contextuales y tramas performativas.

La información obtenida fue vertida en formatos diseñados específicamente para los objetivos de la investigación (Anexo 1). Las observaciones se enfocaron en las interacciones sociales del personal de salud con los pacientes y la manera en que se registraba en documentos diversos

⁴ "Derechohabiiente" es un término legal que se refiere a una persona que tiene derechos legales, como recibir atención médica u otros beneficios, en virtud de estar afiliada a un sistema de seguridad social, como un seguro de salud, un plan de pensiones o cualquier otro tipo de programa de bienestar social. En el contexto de la atención médica, un derechohabiiente es alguien que tiene derecho a recibir servicios médicos y de salud de acuerdo con los términos y condiciones de su afiliación a un sistema de salud específico, como un seguro médico o un programa gubernamental de atención médica. (Open AI, 2024)

⁵ Las ideas y actividades del proyecto se desarrollaron de manera conjunta por el equipo de investigación. El trabajo etnográfico en los tres niveles de atención fue desarrollado por cuatro investigadores quienes se distribuyeron las áreas de observación en los hospitales. Fueron apoyados por médicos adscritos involucrados en el proyecto que actuaron como enlaces para que los investigadores pudieran realizar las observaciones. Dos de las investigadoras estuvieron en Urgencias (LHS y MASG) en el hospital de segundo nivel de atención y una de ellas (LHS) vivió la experiencia de la atención médica en este espacio, de ahí que haya partes de las descripciones en la sección de resultados de este artículo escritas en primera persona.

el proceso de atención. En los encuentros clínicos también se orientó la mirada en los dispositivos institucionales que caracterizan el contexto y la cultura organizacional de Urgencias. Se recabaron formatos y documentos institucionales que se integran a la glosa para entender su composición y la manera en que se registra el proceso de atención y su articulación con otros espacios asistenciales dentro y fuera del hospital.

Este estudio no estuvo basado en casos de pacientes, sino en el seguimiento de las interacciones y conversaciones del personal de salud en Urgencias para la integración documental de la atención médica en la glosa. Los episodios descritos tomaron en cuenta los conceptos teóricos presentados en la introducción para relacionarlos con la información recabada en el trabajo de campo (Janesick, 1994; Cisterna Cabrera, 2005) para interpretar el fragmento de realidad estudiado desde la perspectiva goffmaniana del interaccionismo simbólico, y responder a las preguntas de investigación planteadas (Hamui & Vives, 2022). El trabajo en equipo, la reflexión compartida y el método comparativo se utilizaron para examinar la relación entre las categorías, los temas y los datos obtenidos. El diálogo con el personal del hospital y autoridades institucionales sirvió también para validar las descripciones y análisis realizados con el fin de que los argumentos interpretativos presentados en el estudio resonaran en sus experiencias hospitalarias. En la sección de resultados se presenta la descripción y el análisis de las interacciones en Urgencias y la integración de la glosa en el marco de la atención clínica brindada por el personal de salud a los pacientes.

Resultados

La infraestructura y el funcionamiento de Urgencias están diseñados para “filtrar” y proceder rápidamente, los algoritmos implementados por el equipo de salud están estructurados e implican la coordinación de acciones desde la posición que cada cual ocupa (médicos del triage, médicos de consultorio, residentes, enfermeras, nutriólogos, camilleros, asistentes médicas, laboratorista, técnicos en imagenología, etc.) para lograr respuestas articuladas y eficaces en función de las necesidades del paciente.

La trayectoria de los pacientes por el servicio de urgencia inicia al pasar el primer filtro administrativo para demostrar que es derechohabiente. El paciente entonces procede al área del triage, este es el primer contacto médico, donde se decide su trayectoria de atención. El diagnóstico inicial requiere de urgenciólogos o personal de salud capacitado con amplios conocimientos y experiencias para reconocer padecimientos, especialmente cuando no existen datos específicos que les permitan clasificar nosológicamente el padecer. Los urgenciólogos desarrollan una mentalidad ágil pues tienen el hábito de interrogar, palpar, evaluar, validar y decidir ritmos y rumbos de atención. Los médicos en Urgencias y las enfermeras del triage requieren ser competentes al elaborar hipótesis presuntivas, ejercitar el razonamiento clínico y pensar con soltura en situaciones de incertidumbre (Vaid *et al*, 2023), esto es “sentirse cómodos en lo incómodo”.

En los siguientes párrafos se presentan, por medio de descripciones etnográficas de las investigadoras, las tramas performativas que suceden durante la clasificación, diagnóstico y derivación de los pacientes atendidos en Urgencias con el fin de visibilizar la elaboración de la glosa. En el momento de la escritura de los resultados de la investigación, como explica Mattingly (1998), el etnógrafo se convierte en narrador y jugando con el lenguaje, ordena el caos del devenir de la experiencia para traducirlo en un texto coherente. He aquí los relatos descriptivos.

Físicamente la glosa es una carpeta plástica en la que se depositan formatos dispersos que van integrando el caso clínico de cada paciente. Para relacionar el registro clínico con la trayectoria del paciente, le daremos seguimiento al uso de los documentos. El paciente al llegar a Urgencias obtiene la nota médica inicial con el vigilante situado en la puerta de ingreso. En el documento se marca la hora de llegada, pues una característica de Urgencias es el tiempo relativamente acelerado en que sucede la trama secuenciada de acontecimientos para la resolución de la situación de salud del paciente. Idealmente el máximo tiempo de estancia en Urgencias de

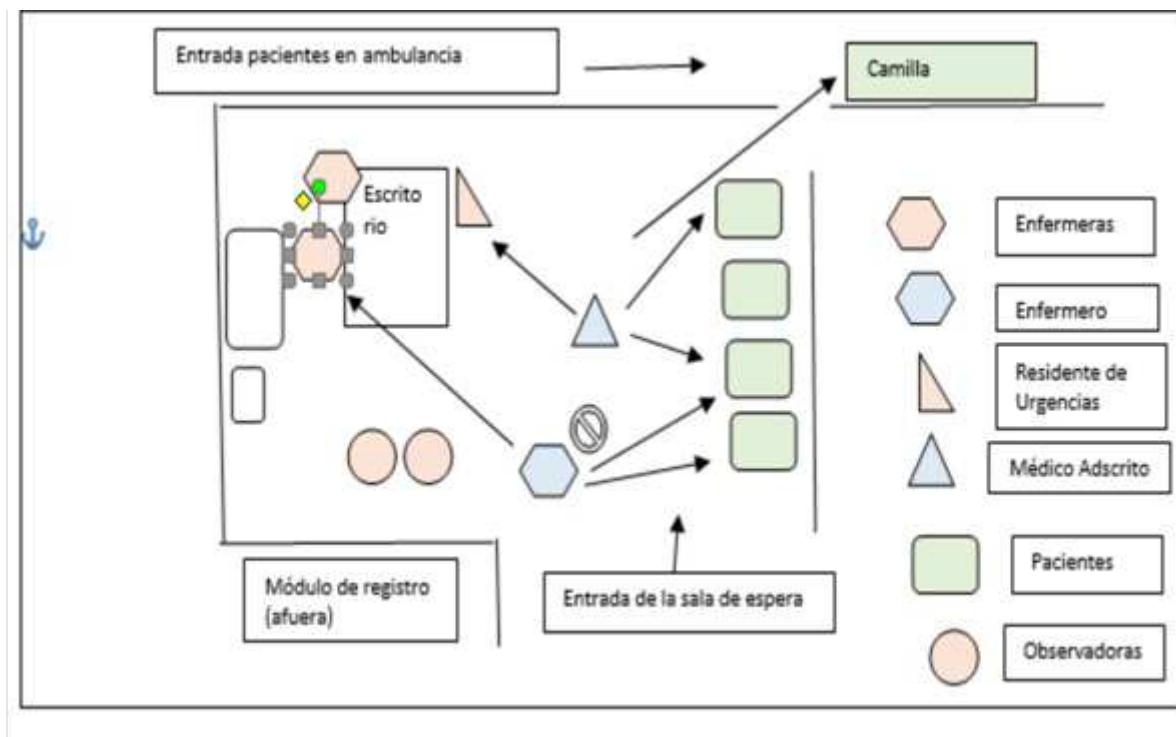
acuerdo con los indicadores institucionales es de 12 horas antes de ser derivado a otro espacio.

La nota inicial pasa al “triage” (Figura 1) y es utilizada para valorar la gravedad del paciente. En el documento hay un lugar para asignar un color que denota la premura para la atención del caso: el rojo requiere atención inmediata, el naranja tiene prioridad y se atiende antes de 10 minutos, el amarillo puede esperar hasta 30 minutos, el verde es considerado una “urgencia menor” lo cual significa que no pone en peligro la vida, función o un órgano y puede esperar para su atención hasta 120 minutos, finalmente el azul no se considera urgente. Esta prelación de la atención se refleja en las sillas de la sala de espera que están coloreadas según la clasificación. Los objetos (formularios, sillas, etc.) están dispuestos para responder a la organización del servicio.

Otros documentos institucionales que se requieren en Urgencias son identificaciones personales, papeles administrativos como el número de seguridad social, orden de atención médica, referencia y contra-referencia entre distintos servicios y hospitales, estudios de laboratorio, reportes de imagenología, hoja de internamiento, recetas, notas de enfermería y trabajo social, entre otros. Son importantes también las solicitudes de interconsulta a otras especialidades y el formato de incapacidades.

Mientras el paciente está en el triage, en el módulo de atención de Urgencias, las asistentes médicas verifican con los familiares o acompañantes la derechohabiencia del paciente y solicitan documentos de identidad. Cuando éstos últimos no se pueden demostrar, los servicios médicos se cobran y en un cartel visible se especifican los costos por procedimiento. Las asistentes médicas están encargadas de completar los trámites administrativos de cada paciente y asegurarse del manejo de la documentación médica en la glosa. Las lógicas biomédica, administrativa y educativa están imbricadas en las interacciones sociales y las tramas performativas que tienen lugar en Urgencias (Hamui, 2022).

Figura 1. Dinámica del Triage



Nota Cuadro 1: En el esquema de las interacciones en el área de “triage” se muestran las interconexiones y circulaciones de los espacios físicos. Además se indican las posiciones que ocupan los integrantes del equipo de salud y la dinámica de la atención con los pacientes. El área médica y de enfermería operan al mismo tiempo en el registro de los signos vitales y el diagnóstico inicial que se plasman en el mismo formato denominado “Nota Médica Inicial de Urgencias”. En ambos casos hay personal en formación que es adiestrado en las tareas del triage. Aunque los intercambios comunicativos son intensos y parecen desordenados por la simultaneidad de la atención a varios pacientes a la vez, el objetivo es claro y las interacciones eficientes para cumplir con los tiempos estipulados. El lugar que ocupan las investigadoras también se indica en el diagrama.

Los pacientes con color rojo, por lo general llegan en ambulancia y son llevados directamente a la sala de choque. En la entrada existe físicamente un timbre para anunciar el arribo de pacientes con código rojo o naranja. Al toque del timbre acude de inmediato un equipo de salud integrado por médicos adscritos, residentes de todos los niveles, médicos internos de pregrado, enfermeras, cada uno con una tarea asignada. A los pacientes con código naranja y amarillo se les observa para confirmar el diagnóstico inicial o estabilizar su estado de salud. Para ello existe una sala de corta estancia, máximo 6 horas, y una sala de observación de hasta 12 horas. En estos espacios hay un número limitado de camas y personal de salud para su atención. Por ejemplo, en observación hay 34 camas, a cada médico se le asignan 8 pacientes asistido por residentes e internos de pregrado, ellos realizan las notas médicas que se integran a la glosa. También hay enfermeras, ellas llevan sus propios registros de signos vitales y horarios de las prescripciones de medicamentos. A continuación, se presentan algunas notas del diario de campo que describen la dinámica de la sala de corta estancia (**Cuadro 1**).

Cuadro 1. Fragmento de nota del diario de campo sobre la dinámica de la sala de corta estancia

“La sala de corta estancia es grande y rectangular, las puertas de la entrada son de cristal. Entrando a lado izquierdo está el control de médicos y a lado derecho el control de enfermeras. Tienen máquinas de escribir, formatos, papeles y hay sillas alrededor del escritorio en forma de L. En el lado de enfermería se observan carritos para la toma de signos vitales. En la sala hay 12 camas divididas por cortinas, 6 de un lado y 6 del otro. En medio hay dos filas de sillería fija, espalda con espalda, que también ocupan los pacientes. Al fondo, se ubica una media ventana por donde entra luz.

En esta área de Urgencias las interacciones son intensas y múltiples. Los médicos adscritos, residentes e internos y las enfermeras(os) del área están en constante movimiento y van de un paciente a otro. A la sala también entran personas de otros sitios, por ejemplo, las asistentes médicas (vestidas de verde) con

papeles en la mano pues tienen dudas acerca de los datos de ingreso de los pacientes, también deambulan los médicos de los consultorios que le dan seguimiento a su paciente, o algún interno que busca al camillero para mover a los pacientes de un área a otra. Es fácil distinguir las dinámicas de las enfermeras y las de los médicos. Ambos documentan sus tareas de atención en sus propias notas y formatos. A pesar del trabajo intenso, el ambiente es relajado, las enfermeras bromean y se ríen entre ellas, los médicos son amables y están concentrados en el registro de los pacientes.

Al llegar me presenté con la residente de tercer año (R3) y le dije que estaría observando un tiempo, se acercó el médico adscrito y le pregunté dónde podía ubicarme para no estorbar su trabajo. Me dio una silla y me indicó que podía situarme cerca de la ventana. Resultó un buen lugar para tener un panorama amplio de lo que ahí sucedía, pero también evitó que escuchara de manera cercana las conversaciones en los puestos de control.

A mi lado se encontraba parado un residente de primer año (R1) que portaba la bata del Instituto Politécnico Nacional (IPN) con una máquina de escribir que estaba documentando el caso de la paciente de la cama 1. Tecleaba rápidamente cuando llegó un interno a interrumpirlo pues estaba integrando un expediente, hablaron sobre los papeles que faltaban y el R1 se fue con él.

Al mismo tiempo, la R3 se acerca a una señora mayor llamada Margarita que estaba en una de las sillas. La señora estaba ahí en observación, llegó por dolor abdominal por piedras en la vesícula. Le preguntó si se sentía bien. Le dijo que estaban esperando estudios para ver si se regresaba a casa o la operaban. Tenían que esperar para ver si con el tiempo se le quitaba el dolor. Margarita le cuenta su situación doméstica, la R3 escucha un minuto, luego la interrumpe y le dice que volverá pronto...

Nota Tabla 1: El fragmento anterior es un extracto del diario de campo que refleja la dinámica y las interacciones en la clínica del personal de salud al atender a los pacientes. Destacan las tareas independientes que realizan los médicos y las enfermeras, así como la diversidad de procesos simultáneos que tienen lugar en el mismo momento, por ejemplo, el R1 documentando los casos y supervisando al interno de pregrado para integrar los formatos necesarios del registro, la R3 interactuando con la Sra. Margarita que está en observación para decidir si su padecimiento es quirúrgico, la enfermera asegurando el cuidado corporal de un paciente, entre otros. A pesar del estado de los pacientes, el personal de salud parece ocupado y relajado a la vez. Los formatos de registro propios de cada área y tipo de personal se agregan a la carpeta para integrar la glosa, en esa concatenación de acciones y documentos se configuran las tramas de acontecimientos. De esta manera, los registros operan como articuladores de las trayectorias de atención.

La trayectoria de atención en Urgencias concluye en diversos escenarios, los pacientes con código rojo pueden terminar en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) o en una cama de hospital de algún servicio médico o quirúrgico. A ellos se les abre un expediente clínico físico y los documentos de la glosa se incorporan a él. Otros pacientes como los de código amarillo o verde se pueden derivar a la consulta externa donde llega su documentación para incorporarla a un expediente clínico electrónico y darle continuidad a la atención. Los pacientes verdes y azules son atendidos en los consultorios de Urgencias donde se les ofrece una consulta médica, receta, medicamentos y se le refiere a su unidad de salud de primer nivel para continuar la atención. Los documentos de la glosa que no se integraron a otro dispositivo institucional, al final del día se reúnen y se mandan al archivo del hospital para ser desechados. Cabe mencionar que, según la norma, los documentos de la glosa deben ser integrados por parte del personal de archivo del hospital a los expedientes clínicos de cada paciente, sin embargo, al no realizarse de esta manera, terminan siendo “archivados” 3 años en promedio y a los 5 años su destino final es el desecho. (Figura 2)

Figura 2. Trayectorias de atención y registro por la vía de Urgencias



Uno de los aspectos que llamó la atención se refiere al rezago tecnológico en las modalidades de llenado de los formatos utilizados en Urgencias. Los médicos en formación, encargados del registro, utilizan máquinas de escribir de hace más de un siglo con cintas de tinta, la mayoría de las veces la tinta es tan tenue que cuesta trabajo leer el documento. También escriben a mano la información básica (fecha, hora, signos vitales, motivo de atención, nivel de gravedad, etc.) así como la firma del médico. Esto influye en el ambiente de las salas de Urgencias donde el ruido de las máquinas de escribir invade la tranquilidad del espacio, y, por otra parte, afecta la comprensión de los contenidos de los formatos que se incluyen en la glosa por la dificultad para leerlos. La tecnología digital es casi inexistente, sólo en la sala de observación prolongada existe una pantalla de televisión en la que el personal de salud consulta los estudios de imagenología que reciben de todos los pacientes. Una muestra de la manera en que se registra la trayectoria clínica en los formatos institucionales en Urgencias aparece en las siguientes imágenes (Figura 3)

Figura 3. Formatos institucionales utilizados en Urgencias

Cuadro 2. Nota autobiográfica

La mañana del 25 de octubre de 2022 antes de entrar al hospital a realizar trabajo de campo, sufrió una caída en las escaleras de la cafetería de enfrente. Rodé cerca de diez escalones y me golpeé en el costado derecho de la espalda. Tardé unos minutos en incorporarme hasta asegurarme de que podía caminar. Una vez de pie sentí intenso dolor en el lugar del golpe y dificultad para apoyar el pie derecho al caminar (...). Al entrar a Urgencias, pasé por el módulo de atención y el triage. El médico realizó un breve interrogatorio sobre mi situación de salud, me preguntó lo sucedido y se lo relaté. La residente que estaba en el escritorio anotó el motivo de la atención en la hoja de ingreso como “contusión tórax” y asignó el color verde en nivel de gravedad que marcó con un plumón en la hoja. Me enviaron de regreso a la sala de espera para que me revisara una médica en consulta. A los pocos minutos, llamaron del consultorio 2 y la Dra. Y. muy amable preguntó lo que había pasado, le volví a relatar lo sucedido, escribió en la hoja inicial de ingreso a Urgencias con una máquina de escribir antigua, y me dijo que vendrían en una silla de ruedas para llevarme a Rayos X, donde me tomarían placas para descartar fracturas. Me solicitó que me desvistiera y me puse una bata verde. Esperamos pocos minutos y por la puerta trasera del consultorio apareció un camillero alegre con la silla de ruedas. Había tráfico en los elevadores, pero al llegar a imagenología no había nadie, así que la atención fue muy rápida. Tomaron placas del tórax, mano y rodilla. Al terminar el camillero que estaba esperando afuera, me indicó que volviera a sentarme en la silla de ruedas. Regresé al consultorio y la Dra. Y indicó que iría a ver los estudios a la pantalla de la sala de observación. Aproveché para vestirme de nuevo con dificultad por el dolor. Cuando la doctora regresó dijo que había revisado las placas y afortunadamente no había fracturas. Me explicó que me iban a inyectar ketamina para el dolor y me darían unas pastillas de paracetamol para los próximos dos días. Me acerqué a la cama de exploración para que la enfermera me inyectara estando de pie y me orientó para que

fueron a recoger los medicamentos en un dispensario cercano. En las fotografías de la Figura 3 se muestran los documentos generados en el transcurso de mi atención médica: la nota inicial del servicio en Urgencias que se utilizó en el triage y la consulta, así como la orden de atención médica. Ambos documentos junto con las placas de Rayos X formarían parte de la glosa y terminarían en el archivo al final del día. Como se puede apreciar en las fotografías de los documentos, están escritos con lenguaje técnico, a mano y con una máquina de escribir Remington de hace 70 años con una tinta tenue, por lo que resulta difícil entender su contenido. De todas maneras, la probabilidad de que alguien los volviera a leer era casi nula. La funcionalidad de los documentos generados se relacionó con el ordenamiento del proceso de atención que guío la trama de acontecimientos desde el principio hasta el final, aunque después perdieran utilidad. Las interacciones sociales se sucedieron en contexto, entre actores humanos y no humanos, de acuerdo con dispositivos institucionales que posibilitaron la actualización cultural de los procedimientos en Urgencias.

Una vez descritos los procesos y trayectorias de atención en Urgencias, en la discusión además de retomar las preguntas de investigación que guían este estudio, se reflexiona acerca de por qué no existe en Urgencias un expediente clínico formal ya sea físico o electrónico.

Discusión

Urgencias, entendida como puerta de entrada, espacio intermedio o zona de transición opera como un sitio altamente estructurado para abordar lo inespecífico, lo que le otorga un potencial transformador en la gestión de la experiencia de los pacientes en estado liminal. Entre los retos de los agentes que intervienen en las interacciones está la asertividad y rapidez en la toma de decisiones y la acción. Las interacciones clínicas en Urgencias son aceleradas y a veces dramáticas, el tiempo para responder, clasificar, observar y derivar se realiza en menos de un día (Hillman, 2013).

En este contexto, la glosa constituye un dispositivo institucional, situado en coordenadas temporales, espaciales y sociales específicas que cumple con las normas de atención. Los protocolos médicos, burocráticos, legales e incluso morales se ejercen por los profesionales de salud. Cada cual realiza sus tareas, sin interferir en las labores de los demás. Por su parte los pacientes también tienen agencia, expresan sus intereses, conocen las reglas y actúan estratégicamente para lograr sus objetivos, de tal manera que la atención se negocia en la práctica. Los formatos y documentos que integran la glosa forman parte de la cultura organizacional hospitalaria y alrededor de ella se articulan los agentes que alinean sus acciones y ponen en juego sus saberes, sentires, destrezas e intereses en los distintos momentos de las trayectorias de atención.

De esta manera, la glosa se convierte en una herramienta técnica ligada a la circunstancia, donde se registran parcialmente los datos de cada situación médica específica. En ella se muestran las contradicciones entre las normas y las prácticas que permiten visibilizar las inconsistencias institucionales. Por una parte, se elabora puntualmente, pero por otra se invisibiliza, se relega. Así, la glosa, entendida como objeto no humano desde la teoría del actor red, genera acciones, por ejemplo, los colores de clasificación del nivel de gravedad desatan secuencias de acontecimientos particulares. La glosa está, pero no está, abre tramas de atención clínica, pero las cierra con rapidez, oscila entre la continuidad y la discontinuidad de los procesos. Como objeto marginal, el registro no deja huella y al final del día el remanente de la glosa llega al archivo donde eventualmente se desecha. La glosa ordena en la práctica, pero no necesariamente trasciende, pues según lo observado, no se considera en otras áreas de atención.

Al revisar la literatura y contrastar los hallazgos de esta investigación, se encontraron

artículos que desde la etnografía clínica abordan las negociaciones entre el personal de salud y los pacientes mayores que acuden a Urgencias. Hillman (2013), analizó la dinámica de la sala de triage para comprender la manera en que se tomaban las decisiones en la clasificación del nivel de gravedad del enfermo, pero no mencionó el registro documental de los casos. Por su parte, el estudio de Álvarez *et al.* (2018) se centró en los patrones interaccionales en Urgencias desde la perspectiva de la informática biomédica. A diferencia del hospital de la capital mexicana de este estudio, el nosocomio observado contaba con registros digitales precisos de Urgencias, y fue a partir de ellos que los autores se dieron a la tarea de descubrir modelos de roles y pautas de interacción del personal de salud para optimizar la dinámica de Urgencias. Análisis como el de Álvarez *et al.* (2018) en hospitales públicos como el aquí estudiado hubieran sido imposibles ante la precariedad tecnológica y la falta de sistemas de registro electrónico. Habría que realizar estudios etnográficos en otros servicios de Urgencias para analizar el uso del expediente clínico y sus potencialidades interpretativas.

El escrito de Milton *et al.* (2022) abordó el tema de los facilitadores y las barreras del trabajo interprofesional en el servicio de Urgencias por medio de los incidentes críticos. Consideró este espacio como de alto riesgo para la seguridad del paciente y destacó las tensiones entre las responsabilidades atribuidas a los profesionales de la salud y la falta de apoyo administrativo para su desempeño profesional. Aspectos mencionados en este artículo, como la importancia de la experiencia del personal de salud y la habilidad para tomar decisiones inmediatas, coinciden con lo observado en las distintas áreas de Urgencias en este trabajo, sin embargo, el tema del registro de la atención no se aborda explícitamente. Por su parte, Gifford *et al.* (2022) estudiaron la presencia de los linderos profesionales en la integración del equipo de salud y su efecto en el desempeño operativo, los autores vincularon el problema con las características de la cultura organizacional y los aspectos relacionales normados por los dispositivos institucionales.

En la revisión de la literatura relativa a las interacciones en Urgencias, numerosos artículos se centraron en la relevancia del trabajo coordinado del equipo de salud y la comunicación fluida (Khademian *et al.*, 2013; Kilner & Sheppard, 2010; Negpal *et al.*, 2018; Fernández *et al.*, 2008; Ahmadpour *et al.*, 2021). La mayoría se orientó a la búsqueda de la eficiencia y la eficacia en la práctica. El asunto del registro clínico escrito resultó un tema secundario que se abordó sólo tangencialmente y no se relacionó con los resultados de este estudio, más bien estaban referidos al diseño y los contenidos de los formatos de registro. Destacaron trabajos como el de Schmutz *et al.* (2019) que presenta un metaanálisis sobre la efectividad del trabajo en equipo y el desempeño en la práctica en Urgencias para el que utilizaron listas de cotejo para medirlo. Otros artículos como el de Brandstrop *et al.* (2012) se enfocaron en las estrategias educativas necesarias para agilizar las interacciones entre el personal de salud en Urgencias, aludieron a escenarios simulados y a conversaciones reflexivas sobre el aprendizaje en la práctica. En cambio, propuestas como la de PIVOT (Society for Participatory Medicine) pusieron énfasis en la perspectiva del paciente y desarrollaron instrumentos para encuestar a los usuarios de los servicios de Urgencias sobre su experiencia. No obstante, lo que en este trabajo interesó mostrar alude a las características de la elaboración de estos expedientes en Urgencias como reflejo de la funcionalidad y relevancia que tienen como objetos articuladores de las trayectorias de los enfermos en la clínica.

Conclusiones

Recuperando la pregunta de investigación enunciada ¿por qué no existe un expediente clínico formal (impreso o electrónico) en Urgencias en el hospital estudiado? Se puede afirmar que la glosa juega el papel de dispositivo articulador de la atención en la dinámica de Urgencias y forma parte de los engranajes de paso y las narrativas performativas en tramas de acontecimientos que ahí tienen lugar. No obstante, el carácter provisional/temporal del servicio se refleja en el limitado registro de formatos y la ausencia de expedientes formales. El ritmo acelerado de Urgencias enfatiza

las interacciones en la práctica más que el registro detallado de la atención. El protocolo que consiste en clasificar, derivar y dar continuidad a la atención en otros espacios subordina la tarea del registro que dura menos de un día.

A la luz de este estudio etnográfico se puede afirmar que el concepto foucaultiano de dispositivo fue útil como herramienta teórico-epistemológica pues permitió analizar la dinámica interaccional y las estrategias institucionales para normar el contexto clínico de Urgencias. El conjunto de actores humanos y no humanos configuraron el dispositivo y la reactualización de las normas en las interacciones sociales. Por ejemplo, la disposición de los espacios articulados, los documentos y formatos de registro específicos, los algoritmos de atención, la división del trabajo, la coordinación del personal de salud, y la precisión de sus tareas son muestra de ello. El ritmo acelerado con el que se realizan los procedimientos y la concatenación de acontecimientos que lo caracterizan se fundamentan en la perspectiva epistémica de la eficiencia biomédica y administrativa para restaurar la salud en situaciones de crisis. En este sentido, los dispositivos institucionales en Urgencias cumplen con funciones estratégicas específicas que se expresan en roles, jerarquías y relaciones de saber/poder. En este contexto, la glosa es un elemento más que opera como articulador de la efímera atención médica en Urgencias. Cuando el pasaje por este servicio termina, la glosa deja de funcionar y pierde sentido, se desintegra para integrarse en otros dispositivos documentales o se desecha.

Los pacientes que transitan por este umbral encuentran el desenlace de su estado liminal de salud y prosiguen al solucionar, aunque sea parcialmente el tránsito de lo indiscernible del dolor, del miedo y de las sensaciones corporales a la posibilidad de control que les ofrece el diagnóstico y tratamiento médico. Es decir, transitan de lo indefinido a lo definido, del estado mórbido al saludable. La tensión entre estar sano o enfermo no sólo tiene implicaciones físicas, sino sociales y morales que modifican la autopercepción y el comportamiento.

La glosa en sí misma no llega a constituirse en expediente formal, no obstante, en ella sí aplica lo que se refiere en las normas oficiales del expediente clínico (Norma Oficial Mexicana 004, 2012) sobre las notas médicas e intervenciones de los trabajadores de salud. Cada acción e interacción del personal de la salud que se registra en cualquier medio físico o electrónico forma parte de dicho expediente. Sin embargo, en la realidad del trabajo cotidiano por lo general, la función de la glosa se limita a un solo evento de atención médica que es muchas veces efímera. Por ello su situación en el sistema hospitalario es limitada, de ahí su destino provisional vía el archivo. Esto se expresa también en los escasos recursos tecnológicos para el registro que muestran la levedad de la glosa. La marginalidad de la glosa es reflejo de la preeminencia del tiempo acelerado de las interacciones sociales del equipo de salud y el proceso de atención, clasificación, diagnóstico y derivación, lo cual requiere de una profusa red de recursos institucionales que permitan atender o canalizar a los pacientes según el caso. Como se evidenció en el trabajo etnográfico aquí presentado, las interacciones sociales van de la mano con la estructura y funcionamiento de Urgencias, así como con el acto del registro. Este último adquiere sentido como articulador de los procesos de atención. La meta es resolver la situación liminal del paciente y dar paso a la siguiente fase terapéutica. Una vez alcanzado el objetivo, la glosa pierde sentido.

Los dispositivos organizacionales configuran las tramas narrativas de la atención y asignan posiciones físicas y sociales a cada agente (médicos, enfermeras, asistentes, técnicos, pacientes, familiares, etc.) para intervenir estratégicamente en ciertos aspectos del proceso. De esta manera, el sentido asociado a la búsqueda de auxilio para contender con la enfermedad en situaciones de incertidumbre que colocan al padeciente en un estado liminal, encuentra una vía estructurada en la atención clínica y el orden hospitalario. Las interacciones entre el personal de salud, profesionales en formación, pacientes y familiares que configuran las trayectorias de atención, se plasman de diversas maneras en los documentos escritos formales e informales, en este caso la glosa, que dan cuenta de la trama de acontecimientos.

La función de los expedientes clínicos archivados es conservar la información y dar cuenta de las trayectorias históricas, sociales, económicas, políticas, epidemiológicas, normativas y de

organización (Ornelas Aguirre, 2013). Como explican Gómez López & Sánchez (2018), incluso reflejan ideologías y prácticas sociales específicas en contextos institucionales. Los expedientes clínicos al mismo tiempo son privados por contener datos del paciente y públicos para el equipo de salud, pues cumplen objetivos específicos y necesidades institucionales centradas en la disponibilidad y continuidad de la información (Somolinos Palencia, 2021). El hecho de que la glosa sea desecharla, atenta contra la posibilidad de realizar análisis retrospectivos para comprender las experiencias de los usuarios y optimizar el trabajo colaborativo del equipo de salud.

Algunas recomendaciones derivadas de este estudio se refieren a la necesidad de la digitalización del registro que permita agilizar los procesos de atención en Urgencias. Dejar huellas permite el análisis de las trayectorias de los casos, la reconstrucción de las interacciones entre el personal y los servicios hospitalarios, así como el análisis sobre el consumo de los recursos. El uso de tabletas portátiles permitiría documentar sin limitar la movilidad del personal. La actualización tecnológica forma parte de los dispositivos institucionales que optimizan el trabajo colaborativo y la atención a los pacientes.

En cuanto a los formatos de registro, la digitalización posibilita la integración interprofesional que incluya la perspectiva de los agentes que intervienen en el proceso y que refleje las narrativas performativas de médicos, enfermeras, pacientes, personal administrativo y de apoyo, que participan en la trama de acontecimientos. De esta manera no sólo se plasma la visión biomédica del caso, sino cuestiones relativas a aspectos operativos, psico-emocionales y socioculturales que contextualicen y den un panorama más amplio sobre las personas y los procesos. El rediseño de los registros y su conservación digital puede influir en el ritmo y rumbo del proceso de filtración y en la toma de decisiones al contar con información integrada y disponible, lo que incide en la cultura organizacional.

El efecto de transitar de la glosa artesanal al expediente electrónico en Urgencias se reflejaría en la ordenación del flujo de la atención, incluso con otros servicios, y en la legitimación de la participación de quienes integran el equipo de salud, lo que coadyuvaría a la interprofesionalidad y el fortalecimiento de las comunidades de práctica.

Bibliografía

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 73 (26), 249-264.
- Ahmadvour, S.; Bayramzadeh, S.; Aghaei, P. (2021). Efficiency and teamwork in emergency departments: Perception of staff on design interventions. *HERD*, 14 (4), 310–23.
- Alvarez, C.; Rojas, E.; Arias, M.; Munoz-Gama, J.; Sepúlveda, M.; Herskovic, V. & Capurro, D. (2018). Discovering role interaction models in the Emergency Room using Process Mining. *J Biomed Inform*, 78, 60-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2017.12.015> [consulta: 28 de enero de 2024].
- American College of Emergency Physicians. (2022). Patient Medical Records in the Emergency Department. <https://www.medleague.com/knowledge-base/analyzing-emergency-room-records/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Atkinson, P. (1997). *The Clinical Experience*. Aldershot UK: Ashgate.
- Bowden, T.; Lyell, D.; Coiera, E. (2020). Emergency care access to primary care records: an observational study. *BMJ Health Care Inform.* 27(3), e100153. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjhci-2020-100153>
- Brandstorp, H.; Kirkengen, AL.; Halvorsen, PA.; Sterud, B.; Haugland, B. (2012). Training interaction in primary care emergency teams: the role of the patient. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2 (4), 656-663. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v2i4.307> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Chihu Amparán, A. (2018). Los marcos de la experiencia. *Sociológica*, 33 (93), 87-117.
- Cisterna, C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento.

- to en investigación cualitativa. *Theoria*, 14, 61–71.
- Emergency room record. (2020). Harris health system guidelines and protocols, no. 10. <https://med.uth.edu/harrishealth/wp-content/uploads/sites/26/2020/09/E10.20-EMERGENCY-ROOM-RECORD.pdf> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Fernandez, R.; Kozlowski, SWJ.; Shapiro, MJ.; Salas, E. (2008). Toward a definition of teamwork in emergency medicine. *Acad Emerg Med*, 15(11), 1104–12.
- Fischer-Lichte, E. (2011). *Estética de lo Performativo*. Madrid: Abada Editores.
- Gifford, R.; Van Der Vaart, T.; Molleman, E.; Van Der Linden, MC. (2022). Working together in emergency care? How professional boundaries influence integration efforts and operational performance. *International Journal of Operations & Production Management*. 42 (13), 144–3577.
- Goffman, E. (2006). *Frameanalysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gómez, G.; Sánchez, P. (2018). Utilidad de los expedientes clínicos para la investigación bioantropológica en salud. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*. 278, 85–104.
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. México: Ediciones Bellaterra.
- Hamui, L. (Coord). (2022). *Interacciones y narrativas en la clínica. Más allá del cerebro*. México: Facultad de Medicina.
- Hamui, L. & Josefina, R. (2021). Etnografía Clínica y Narrativas. *Revista Dimensión Antropológica*, (81), 7-30.
- Hamui, L.; Vives, T. (2022). Las preguntas analíticas en investigación cualitativa. *Investigación en Educación Médica*, 11(41), 97–102.
- Hillman, A. (2013). “Why must I wait?” The performance of legitimacy in a hospital emergency department. *Sociology of Health & Illness*, 36, 485 – 99.
- Insunza, I. (2019). Origen y usos de la idea de liminalidad. <https://www.revistahiedra.cl/opinion/origen-y-usos-de-la-idea-de-liminalidad/> [consulta: 27 de enero de 2024].
- Janesick, V. (1994). *The Choreography of Qualitative Re-search Design*. Handbook of Qualitative Research, 379-399.
- Kelley, C. (2020). How to communicate with emergency services using a SOAP note. <https://blog.nols.edu/2020/05/18/soap-report> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Khademian, Z.; Sharif, F.; Tabei, SZ.; Bolandparvaz, S.; Abbaszadeh, A.; Abbasi, HR. (2013). Teamwork improvement in emergency trauma departments. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 18 (4), 333–9.
- Kilner, E. & Sheppard, LA. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs*, 18(3), 127–37.
- Kleinman, A.; Eisenberg, L., Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus the journal of lifelong learning in psychiatry*, IV (1), 140-149.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lock, M. & Nguyen, V. K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Reino Unido: Wiley Blackwelle Publishing.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. New York: Cambridge University Press.
- MedLeague. (2015). Analysing Emergency Room Records. <https://www.medleague.com/knowledge-base/analyzing-emergency-room-records/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Milton, J.; Erichsen, A.; Åberg, ND.; Gillespie, BM.; Oxelmark, L. (2022). Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 30 (1), 46.
- Negpal, V.; Nicks, BA. (2018). Communication and Interpersonal interactions. International

- Emergency Medicine Education Project. <https://iem-student.org/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Norma Oficial Mexicana (2012). NOM 004-SSA3-2012. Del expediente clínico. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=0 [consulta: 28 de enero de 2024].
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término liminal]. <https://chat.openai.com/chat>
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término triage]. <https://chat.openai.com/chat>
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término derechohabiente]. <https://chat.openai.com/chat>
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término glosa]. <https://chat.openai.com/chat>
- Ornelas, JM. (2013). *El expediente clínico*. México: Manual Moderno.
- Pozas, MA. (2015). En busca del actor en la Teoría del Actor Red. <https://cdsa.aacademica.org/000-079/51.pdf> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Schmutz, J.B.; Meier, L.L.; Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9 (9), e028280. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
- Slade, D.; Stein-Parbury, J.; Scheeres, H.; Widin, J.; Smith, V. & Townsend, L. (2011). CHEC Communication for Health in Emergency Contexts. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/CHEC-interactive.pdf> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Society for Participatory Medicine. (2017). What Patients Observe about Teamwork in the ED: Development of the PIVOT Questionnaire. <https://participatorymedicine.org/journal/what-patientsobserve-about-teamwork-appendix-a/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Somolinos, J. (2021). Fundamentos del diagnóstico. <https://www.fundamentosdeldiagnostico.com/cap%C3%ADtulo-2-el-expediente-cl%C3%ADnico-a-traves-de-la-historia> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Spinelli, H. (2022). *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- Turner, V. (1998). *El proceso ritual: estructura y antiestructura*. España: Taurus.
- Vaid, U.; Lundgren, H.; Watkins, KE.; Ziring, D.; Alcid, GA.; Marsick, VJ. & Papanagnou, D. (2023). Making decisions “in the dark”: Learning through uncertainty in clinical practice during Covid-19. *AEM Educ Train*. 7(5), e10909.
- Van Gennep, A. (2008). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wenger-Trayner, E. & Wenger-Trayne, B. (2019). Comunidades de práctica una breve introducción. <http://www.pent.org.ar/institucional/publicaciones/comunidades-practica-una-breve-introduccion> [consulta: 27 de enero de 2024].

Anexo 1. Formato de fichas para el registro etnográfico

Persona que observa:				
Fecha	Hora	Lugar	Tipo de expediente (electrónico, impreso, mixto)	Motivo de consulta (derivado de las interacciones)
Sujetos participantes	Franja de actividad (áreas)	Situación observada (consulta, pase de vista...)	Marco de referencia (lógica dominante: biomédico, administrativo, educativo, investigación)	
Infraestructura (descripción física del lugar)	Dispositivos institucionales que intervienen (formatos médicos, recetas, EC, consentimiento, registros de vigilancia.)			
Descripción de la franja de actividad (conjunto de interacciones en el área)				
Descripción detallada de la situación observada (interacción específica: consulta...)				
Esquema gráfico				
Tiempo de la situación (cronológico)		Inicio:		Fin:
NOTAS (situaciones inesperadas, emergentes, inciertas, tensiones, conflictos, intereses encontrados, ruptura en el consenso de trabajo, falta de concordancia en los marcos, resolución de la situación)				
Análisis del Expediente Clínico en el Archivo (con el documento en las manos)				
No. identificación EC (omitar en información pública, ya que es confidencial)	Tipo de ingreso (urgencias, consulta externa, recomendado, corta estancia de admisión de quirófano)	Urgencias: Clasificación según TRIAGE (rojo, naranja, amarillo, verde o azul) Cirugía programada	Selección del EC para método de caso extendido (EC con gran densidad de información; referido de la UMF 28 o a un 3º nivel del área correspondiente)	
Orden de la documentación (orden de documentación de acuerdo con la carpeta de contención)				
Formato de escritura (a mano, a máquina, en computadora...)	Legible (uso de abreviaturas,	Entendible	Eumerndaduras (tachaduras, correcciones)	
Quien interviene en la escritura (número y cargo)	Quien lo firma por categoría	Referencias entre niveles (correlación diagnóstica 4-30-80)	Notas médicas (fecha y servicio)	
Componentes (enfermería, trabajo, social, nutrición, inhalo terapia)	Dificultades en el registro (legal, infectocontagioso)	Se incorpora la subjetividad del paciente (qué se puso y quién lo puso)	Egreso del paciente	
Trayectoria y esquema del paciente (por donde ha pasado y desenlace del paciente)				
Observaciones adicionales				

Estudio longitudinal de las alteraciones del sueño como consecuencias no previstas de la pandemia por COVID-19 en Argentina

*Longitudinal Study on Sleep Disturbances
as Unintended Consequences of the COVID-19 Pandemic in Argentina*

MARÍA FLORENCIA INCAURGARAT *
CONICET / Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

MARÍA AGUSTINA PATERNÓ MANAVELLA **
CONICET / Pontificia Universidad Católica Argentina

SOLANGE RODRÍGUEZ ESPÍNOLA ***
Pontificia Universidad Católica Argentina

RESUMEN. En el marco de las consecuencias no previstas desencadenadas por la pandemia de COVID-19 y más específicamente por las políticas de confinamiento, el presente estudio se focaliza en los trastornos del sueño producidos en dicho contexto en personas que residen en las urbes de Argentina. Para ello, se propuso evaluar la cantidad en horas y calidad de sueño de la población adulta durante la cuarentena y realizar una comparación entre tres períodos (jul-oct de 2019, mayo de 2020, jul-oct de 2020) que permita identificar cambios a partir de la cuarentena por pandemia de COVID-19. Asimismo, se analizaron diferencias en el sueño según sexo, edad y el estrato socio-ocupacional del hogar. Se realizó un análisis descriptivo del conjunto de datos panel ($n=500$) recopilados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina a través de la Encuesta de la Deuda Social Argentina administrada en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Los resultados evidencian la alteración del sueño durante el aislamiento estricto, tanto en términos de cantidad como calidad de sueño, siendo los más afectados los más jóvenes, las mujeres y los miembros de estratos socio-ocupacionales más bajos. Estos resultados permiten reflexionar sobre la importancia de concepciones integrales de la salud en el diseño de políticas sanitarias y, específicamente, la consideración de la calidad del sueño como un tema de investigación en salud pública.

PALABRAS CLAVE: Pandemia de Covid-19; Cuarentena; Calidad de sueño; Alteraciones del sueño; Argentina

ABSTRACT: In the context of the unintended consequences triggered by the COVID-19 pandemic and more specifically by the lockdown policies, this study focuses on sleep disorders that arose in this context among people living in urban areas of Argentina. The objective was to evaluate quantity and quality of sleep among the adult population during the quarantine and to make a comparison between three periods (July-October 2019, May 2020, July-October 2020) to identify changes resulting from the COVID-19 lockdown. Additionally, differences in sleep were analyzed based on gender, age and the socio-occupational stratum of the household. A descriptive analysis was conducted on the panel data set ($n=500$) collected by the Argentine Social Debt Observatory through the Argentine Social Debt Survey administered in the Metropolitan Area of Buenos Aires. The results show sleep disturbances during the strict lockdown, both in terms of quantity and quality of sleep, with the most affected being younger individuals, women, and members of households from lower socio-occupational strata. These findings allow us to reflect on the importance of comprehensive health concepts in the design of health policies and, specifically, the consideration of sleep quality as a topic of public health research.

KEYWORDS: COVID-19 Pandemic; Lockdown; Sleep quality; Sleep Disturbances; Argentina

* Becaria posdoctoral (Universidad Nacional del Plata/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). Doctora en Antropología Social (Universidad Nacional de San Martín). Master en Salud Pública (Universidad de Tsinghua). E-mail: flor.incaurgarat@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-0852-0735>

** Observatorio de la Deuda Social Argentina, Pontificia Universidad Católica Argentina / CONICET. Licenciada en Psicología (Pontificia Universidad Católica Argentina). E-mail: agustinapaterno@uca.edu.ar  <https://orcid.org/0000-0002-9557-532X>

*** Observatorio de la Deuda Social Argentina, Pontificia Universidad Católica Argentina. Doctora En Psicología (Pontificia Universidad Católica Argentina). E-mail: solange_respinola@uca.edu.ar  <https://orcid.org/0000-0003-2545-8483>

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha presentado múltiples desafíos sin precedentes para el campo de la salud pública, tanto a nivel global como local. Como es sabido, el enfoque de las intervenciones estatales y de las organizaciones internacionales consistió principalmente en combatir al virus del COVID-19. Sin embargo, al priorizar la gestión específica del COVID-19, otras enfermedades o condiciones de salud fueron descuidadas, constituyendo daños colaterales, muchos de los cuales han sido relevados, y otros tantos aún quedan por indagar.

En efecto, algunos autores han apelado al concepto de *sindemia* para dar cuenta de esta doble cara de la pandemia. Introducido por el antropólogo Merrill Singer en la década de 1990, este concepto se entiende como “un conjunto de problemas de salud estrechamente entrelazados que se potencian mutuamente y que afectan significativamente al estado de salud general de una población en un contexto de condiciones sociales nocivas y persistentes” (Singer, 1996: 1). Apliado al contexto actual, este concepto hace visible la coexistencia e interacción de dos categorías de enfermedades: la infección por SARS-CoV-2 y una variedad de enfermedades no transmisibles. Más aún, según Horton, “estas condiciones se agrupan dentro de grupos sociales según patrones de desigualdad profundamente arraigados en nuestras sociedades” (Horton, 2020: 874).

Desde otra perspectiva conceptual pero complementaria con la anterior, encontramos el concepto de *consecuencias no previstas*¹ popularizado originalmente por el sociólogo estadounidense Robert Merton (1936) en la década de 1930, el cual refiere a las “consecuencias que resultan de un comportamiento iniciado con otros propósitos” (Giddens, 1993: 23). Considerando el caso específico de los confinamientos durante la pandemia de COVID-19, Williams y Ghani argumentan que este tipo de medidas “pueden aumentar los riesgos para la salud, aunque de manera no intencionada, y esos riesgos no siempre son fácilmente intuitivos” (Williams & Ghani, 2021: 3). Asimismo, Turcotte-Tremblay *et al.* sugieren que existen medidas de mitigación para estas consecuencias no deseadas de los confinamientos por COVID-19. En efecto, los autores afirman que estudiar estas medidas de mitigación “no solo es posible sino también necesario para evaluar su valor general” (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2021).

La comunidad académica en diferentes regiones del mundo ha mostrado preocupación por esta faceta oculta de la pandemia, permitiendo vislumbrar las múltiples y variadas consecuencias no previstas de las cuarentenas durante la pandemia de COVID-19 en diferentes sociedades. En este contexto de indagación, esta investigación pretende contribuir al conocimiento del problema desde una perspectiva local. En este sentido, este estudio se centró en una de las consecuencias no previstas de la pandemia y confinamiento por COVID-19: los trastornos del sueño, o lo que algunos autores han llamado *Coronasomnia* o *Covidomnia* (Cheshmehzangi *et al.*, 2022). A partir de los datos publicados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA), se abordó el caso de las alteraciones en el sueño de los argentinos durante la cuarentena. En este sentido, la investigación buscó explorar las formas en que las consecuencias no previstas de COVID-19 (y más específicamente de la cuarentena como respuesta estatal) se manifestaron en Argentina.

Desde el inicio de la pandemia en Argentina, el gobierno nacional estableció una falsa dicotomía entre salud y economía. Así, se decretó una estricta cuarentena (conocida localmente como *Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio - ASPO*) a mediados de marzo cuando los casos de COVID-19 aún eran escasos. Este enfoque, sumado a una gestión deficitaria de la pandemia, arrojó resultados alarmantes no solo en términos epidemiológicos, sino también económicos. Para mayo de 2021, con una población total de 44 millones, Argentina tenía casi 8 millones de casos positivos de COVID-19 y más de 119.000 muertes. En el contexto global, para marzo de 2021 (un año después del brote inicial), Argentina ocupaba el décimo lugar a nivel mundial en términos de número total de muertes y el segundo en el continente americano considerando muertes por

¹ *Unintended consequences* en idioma original, también usualmente traducido como “consecuencias no deseadas”.

millón de habitantes. Al mismo tiempo, según fuera informado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), los niveles de pobreza y desempleo durante dicho periodo habían aumentado considerablemente. Tomando en cuenta estos indicadores, Argentina se ubicó en las últimas posiciones del Índice de Resiliencia COVID realizado por la agencia internacional Bloomberg.²

Por otro lado, el *comité de expertos* que se convocó desde la presidencia argentina para asesorar en el diseño de las políticas sociosanitarias en tiempos de pandemia estuvo conformado únicamente por infectólogos y epidemiólogos. Cientistas sociales no fueron involucrados con la misma preponderancia en lo relativo a la evaluación y toma de decisiones sobre estas políticas (Gil, 2021). Este enfoque adoptado por el gobierno nacional parece haber priorizado una noción de salud limitada a los aspectos biológicos, en lugar de una visión holística e integral que incluyera no sólo dimensiones psicológicas y emocionales, sino también sociales, económicas y culturales.

Es necesario mencionar que la política nacional de cuarentena sufrió distintas modificaciones desde el inicio de la pandemia. Así, se puede rastrear un primer momento caracterizado por una cuarentena estricta (*ASPO*), la cual comenzó el 20 de marzo de 2020 y terminó como política en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) el 7 de noviembre, cuando dio paso al *Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO)*. Sin embargo, desde julio de 2020 se comenzaron a permitir nuevamente ciertas actividades como deportes al aire libre, apertura de restaurantes y bares (primero con servicios *para llevar* y luego con servicio al aire libre), así como reuniones sociales en espacios al aire libre, etc. Además de esto, en general, las personas comenzaron a relajar su actitud y a no obedecer estrictamente las reglas del *ASPO*. Por lo tanto, se puede afirmar que, desde ese momento, aunque no de manera oficial, comenzó una cuarentena más relajada en contraposición al primer periodo de carácter más estricto.

Consecuencias no previstas de la Pandemia de COVID-19

Existen varios estudios que, de una manera u otra, abordan las consecuencias no previstas de la pandemia por COVID-19 en diferentes países. En el contexto argentino, la Comisión de Directores Médicos (CEDIM) y la Asociación de Clínicas y Sanatorios (ADECRA) llevaron a cabo un estudio conjunto en la ciudad de Buenos Aires en abril de 2020 en donde advirtieron sobre el riesgo de complicaciones y muertes adicionales debido a la falta de diagnósticos y tratamientos oportunos de enfermedades graves durante la pandemia. Así, para evaluar el impacto de la pandemia en los tratamientos médicos, se encuestó a 32 instituciones con servicios de hospitalización general y terapia intensiva. Tomando las consultas por síndromes coronarios agudos, accidentes cerebrovasculares, beneficios de quimioterapia, como indicadores entre otros, el estudio reveló que, en relación con el mismo período del año anterior, la gran mayoría de todos los indicadores habían disminuido entre un 50% y un 75% (ADECRA & CEDIM, 2020).

Por otro lado, una encuesta realizada por el Instituto de Medicina Cardiovascular del Hospital Italiano en la ciudad de Buenos Aires reveló resultados similares. De las 6176 respuestas obtenidas, la mitad de las personas que necesitaron atención médica durante la cuarentena no consultaron a un profesional, ya sea por miedo al contagio o por falta de acceso al sistema de salud. Además, una quinta parte tuvo dificultades para obtener recetas para sus medicamentos y el 5% detuvo la toma de al menos un medicamento. Entre otros problemas, también se reveló un aumento en el consumo de alcohol, la presión arterial y el peso corporal. Según los autores, todos estos resultados fueron aún más preocupantes entre los sectores con una tasa de desempleo más

² Este ranking evaluó a partir de los datos socio-económicos de 53 países en cuáles de ellos se manejó la pandemia de manera más efectiva tomando como criterios la menor alteración económica y social, a través de indicadores como las tasas de mortalidad, acceso a vacunas, libertad de circulación, entre otros. Disponible en: [https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/]

alta, un nivel educativo más bajo y aquellos sin seguro de salud (Bluro *et al.*, 2020).

Asimismo, en mayo de 2020, la Fundación Argentina de Cardiología encuestó a 1500 pacientes con enfermedades cardiovasculares residentes en el AMBA. Entre otros resultados, se encontró que el 25% de los pacientes necesitaron atención médica para su enfermedad cardiovascular durante la cuarentena y, entre otras complicaciones, más de la mitad de quienes necesitaban atención médica no pudieron acceder a ella (57,9%) (González *et al.*, 2020).

Adicionalmente, Bozovich *et al.* (2020) detallan los resultados de una encuesta retrospectiva realizada en abril de 2020 en 31 centros de salud privados en Argentina. El estudio se centró en explorar las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la atención médica de enfermedades no transmisibles. Así, mediante comparaciones interanuales, se reveló una disminución general en las consultas, los estudios diagnósticos y las intervenciones terapéuticas. Las enfermedades no transmisibles principalmente informadas en el estudio fueron el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (las tres principales causas de muerte en el país). Por su parte, un estudio predictivo realizado con el fin de cuantificar las posibles consecuencias de la disminución del control y cuidado de las enfermedades cardiovasculares estimó que, dada la alta prevalencia y letalidad de las enfermedades cardiovasculares en Argentina, un menor control de los factores de riesgo cardiovasculares y/o una reducción en la efectividad de su atención, podrían provocar hasta 10.500 nuevos casos prevenibles de este tipo de enfermedad solamente para el período de abril a octubre de 2020 (Lamelas *et al.*, 2020).

Cabe aclarar que la disminución en el número de consultas médicas durante la pandemia no es un fenómeno exclusivo de Argentina, también se ha informado a nivel internacional. Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, se informó sobre el impacto de la pandemia en la atención de enfermedades cardiovasculares, así como los desafíos de la telemedicina en el manejo de la salud sexual y reproductiva de la población joven (García *et al.*, 2020; Wong *et al.*, 2020).

En Europa, se abordaron los casos de España (Rodríguez-Leor *et al.*, 2020), Italia (Baldi *et al.*, 2020; De Filippo *et al.*, 2020) y Austria (Metzler *et al.*, 2020) en términos del impacto de COVID-19 en el control y manejo de las enfermedades cardiovasculares. En el mismo campo, el trabajo de Deerberg-Wittram & Knothe (2020) en Alemania se basó en la experiencia particular de un hospital y reveló la disminución general en las consultas de emergencia.

Este tipo de informe también se puede encontrar en el continente asiático. Entre ellos, hay un estudio realizado por Tam *et al.* (2020) en Hong Kong que aborda el impacto de COVID-19 en la atención de enfermedades cardiovasculares, y el de Wang & Zhang (2020) sobre pacientes con cáncer en 31 provincias chinas. En el caso de India, también se pueden encontrar trabajos académicos que abordan el daño colateral de la pandemia (Dore, 2020) así como el impacto del confinamiento en la práctica oftalmológica (Nair *et al.*, 2020).

Desde una perspectiva más amplia, Williams & Ghani (2021) abordan exhaustivamente muchas de las consecuencias no intencionadas desencadenadas durante la pandemia de COVID-19 y los confinamientos acompañantes. Para la población en general, reportan un declive cognitivo en los ancianos, falta de atención médica (debido a omisiones o incapacidad para acceder), enfermedades cardíacas, empeoramiento de las enfermedades oncológicas, abuso de drogas y alcohol, depresión y suicidio, aumento de peso y aumento de la violencia doméstica. Esta última, llamada por algunos autores como la *Pandemia en las sombras* debido a su aumento agudo durante los confinamientos por la pandemia de COVID-19. Los autores también resumen algunas de las consecuencias no intencionadas experimentadas por los niños durante este período: falta de vacunas y controles pediátricos, inseguridad alimentaria (debido al aumento de la pobreza y el desempleo), falta de apoyo social y de socialización en la primera infancia, entre otros (Ravindran & Shah, 2021).

Finalmente, un análisis general del impacto de COVID-19 sobre la atención médica en países de ingresos bajos y medianos es abordado por Yadav *et al.* (2020). Desde una perspectiva

sindémica entre el COVID-19 y las enfermedades no transmisibles (ENT), el estudio indica que existe un efecto recíproco entre sí; las ENT aumentan la vulnerabilidad al COVID-19, mientras que éste aumenta los factores de riesgo relacionados con las ENT. Por lo tanto, los autores sugieren que el sistema de salud debe abordar no solo uno o algunos problemas médicos, sino garantizar una atención integral para aquellos que la necesitan, especialmente las personas que viven con ENT.

Trastornos del sueño durante los confinamientos de la pandemia de COVID-19

En lo que respecta a los trastornos del sueño en el contexto de la pandemia, aunque no son muy numerosos, se pueden encontrar algunos estudios locales que dan cuenta de esta situación. Uno de los más relevantes surge a partir de la “Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población: Impacto de la pandemia de COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana”, realizada en agosto de 2020 por UNICEF. En el estudio, el 46% de los hogares con niños de hasta 6 años de edad indicó que los niños habían sufrido trastornos del sueño durante el confinamiento (UNICEF, 2021).

Asimismo, el Observatorio de Psicología Social Aplicada de la Universidad de Buenos Aires publicó un informe técnico a partir de una encuesta nacional sobre el impacto psicológico de la cuarentena y la pandemia de COVID-19 en Argentina. Además de describir un aumento en el porcentaje de personas con trastornos del sueño, los autores advierten sobre la interrelación entre los problemas relacionados con el sueño y el riesgo de desarrollar trastornos mentales (Etchevers et al., 2020).

A nivel nacional, otros estudios han abordado el problema de los trastornos del sueño en el contexto de la cuarentena a partir del abordaje de grupos más específicos como estudiantes universitarios (Scotta et al., 2020), niños (Fasano et al., 2021) y personal de salud (Giardino et al., 2020). Finalmente, los estudios realizados por Etchevers et al. (2021) y Rodríguez Ceberio et al. (2021) abordan los problemas de ansiedad desencadenados en el contexto de la cuarentena prolongada promovida por el gobierno argentino durante la pandemia de COVID-19, y describen tangencialmente los trastornos del sueño asociados con la sintomatología ansiosa producida en este contexto.

Desde una perspectiva global, además de revisiones sistemáticas o metaanálisis que dan cuenta del impacto de la pandemia en el sueño (Garg et al., 2020; Partinen et al., 2020; Jahrami et al., 2022), también se han realizado variados estudios que dan cuenta de los trastornos del sueño durante la pandemia. En el continente americano, destacan los estudios realizados en Brasil (Barros et al., 2020; de Sousa et al., 2020), en Colombia (Ramírez-Ortiz et al., 2021) y en Perú (Medina-Ortiz et al., 2020). En el contexto europeo, hay estudios similares realizados en Francia (Peretti-Watel et al., 2020), Italia (Marelli et al., 2020; Gualano et al., 2020) y en el Reino Unido (Pérez-Carbonell et al., 2020). En cuanto al continente asiático, además de la India (Banthiya et al., 2021), investigadores chinos han publicado numerosos artículos de investigación sobre esta problemática (Fu et al., 2020; Huang et al., 2020; Li et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Aspectos metodológicos

La presente investigación tuvo como objetivo explorar las consecuencias no previstas del COVID-19 y más precisamente de la cuarentena en Argentina, pretendiendo contribuir a las políticas de salud locales, teniendo en cuenta la salud humana como un proceso integral, sin priorizar la dimensión biológica sobre las demás. Específicamente, se propuso evaluar la cantidad y calidad de sueño de la población adulta durante la cuarentena y realizar una comparación

entre el período de cuarentena estricta (mayo 2022) con los períodos anteriores y posteriores (tercer trimestre del año 2019 y 2020). Asimismo, se analizaron las diferencias en la cantidad y calidad del sueño de la población según características individuales (sexo, edad) y condiciones estructurales del hogar de los respondentes (estrato socio-ocupacional).

Para alcanzar estos objetivos, se analizó un conjunto de datos panel recopilados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina³(ODSA) a través de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) - COVID-19,⁴ administrada en mayo de 2020. Se trata de una versión abreviada de la Encuesta de la Deuda Social Argentina – Serie Agenda para la Equidad, la cual es administrada por el ODSA anualmente. Esta versión abreviada incorporó preguntas específicas para conocer el estado de situación de los hogares en pandemia, y fue administrada de manera telefónica por encuestadores capacitados específicamente para dicha tarea. Entre otros ejes, el instrumento evaluó los trastornos o cambios en los hábitos de sueño en el contexto de políticas de aislamiento obligatorio.

Para el presente estudio se consideraron las preguntas que indagaron, a modo de autorreporte, la calidad de sueño y la alteración en la cantidad de horas de sueño durante la cuarentena. Por un lado, la pregunta “Durante el último mes, ¿cómo calificaría en general su calidad de sueño?”, ofrecía 4 opciones de respuesta mediante una escala Likert: muy buena, bastante buena, bastante mala, muy mala. Se consideró el déficit de calidad de sueño en aquellos respondentes que indicaron una calidad bastante o muy mala en el último mes. Por otro lado, la persona debía indicar una de las tres opciones de la pregunta “Durante el último mes, ¿durmió más que antes, igual que antes o menos que antes de la cuarentena?”, para identificar así alteraciones en la cantidad de horas de sueño.

Asimismo, para apreciar los cambios en el sueño durante las medidas de confinamiento desde una perspectiva más amplia, también se tomaron en consideración las encuestas administradas por el ODSA con anterioridad y posterioridad al contexto de cuarentena estricta, es decir, la EDSA 2019 y la EDSA 2020. Ambas fueron aplicadas en el tercer trimestre (julio-octubre) del año 2019 y 2020, respectivamente. Esta serie de relevamientos permitieron comparar el déficit de calidad del sueño (EDSA 2019, EDSA - COVID-19 y EDSA 2020)⁵ y la alteración en la cantidad de horas de sueño (EDSA - COVID-19 y EDSA 2020). Esta comparación longitudinal entre variables es la que se abordará en profundidad en el presente artículo.

Diseño de la muestra

El universo de estudio de la EDSA son los hogares particulares y su población, de regiones urbanas (80.000 habitantes o más) de la Argentina. El procedimiento de muestreo es de múltiples etapas, con una primera etapa de conglomeración y una segunda etapa de estratificación. La selección de los radios de la muestra dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y pondera-

³ El Observatorio de la Deuda Social Argentina evalúa periódicamente la llamada “Deuda Social”, entendida como el “déficit en las capacidades de desarrollo humano e integración social de la población”, además del efecto de las políticas y acciones (tanto públicas como privadas) sobre las poblaciones. Esta institución proporciona datos estadísticos de periodicidad anual desde el año 2010. Dentro del marco de la “Agenda para la Equidad (2017-2025)”, esta institución ha realizado mediciones anuales de varios indicadores que muestran diferentes tipos de déficits en Argentina.

⁴ En el contexto de la pandemia de COVID-19, el Observatorio lanzó una serie de estudios para explorar el impacto de la pandemia y las medidas de cuarentena en los campos tanto socio-epidemiológico como socio-económico. Así, la EDSA - COVID-19 abordó las siguientes problemáticas: el deterioro de las condiciones económicas de los hogares y las desigualdades sociales desencadenadas durante la pandemia; el escenario laboral en la región; los recursos psicosociales bajo la influencia del ASPO; el impacto en niños en términos de salud, seguridad alimentaria y educación; y finalmente, el acceso a los servicios de salud y los hábitos de sueño en el contexto de la cuarentena.

⁵ La EDSA - COVID-19 se llevó a cabo entre el 7 y el 12 de mayo (casi 2 meses después del inicio de la cuarentena) y, por lo tanto, cubrió el período más estricto de la cuarentena, cuando sólo se permitían actividades esenciales y se prohibían las reuniones sociales. La encuesta EDSA 2020 se realizó durante el tercer trimestre del mismo año y abarcó el período de julio a octubre, cuando las medidas de la cuarentena comenzaron a flexibilizarse.

da por el número de hogares en cada radio. Los bloques dentro de cada punto de muestra y los hogares en cada bloque son seleccionados aleatoriamente mediante un muestreo sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son seleccionados a través de un sistema de cuotas por sexo y edad.

Un conjunto de hogares de la muestra representativa de la Argentina urbana fue entrevistado en más de una ocasión, permitiendo obtener así datos longitudinales panel. Esto habilita un seguimiento de las características y comportamientos de los mismos hogares e individuos, a través del tiempo. Es por eso que, la muestra del presente estudio consistió en un panel de 500 adultos de 18 años o más, residentes en hogares particulares del Área Metropolitana de Buenos Aires, que participaron del relevamiento en los tres tiempos (EDSA 2019, EDSA COVID-19, EDSA 2020). Como resultado, esta muestra panel ofrece la posibilidad de realizar análisis y evaluaciones comparativas, tanto sincrónicas como diacrónicas, para un conjunto relevante de variables.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos mediante SPSS (versión 25) para describir la ocurrencia de trastornos del sueño producidos durante la cuarentena. Estos análisis se llevaron a cabo para la muestra de 500 casos panel, así como también, según sexo (varón, mujer), grupos de edad (18 a 34 años, 35 a 59 años, 60 a 74 años, y 75 años o más) y estrato socio-ocupacional del hogar (medio profesional, medio no profesional, trabajador integrado, trabajador marginal).⁶

Con el fin de alcanzar los objetivos de la investigación, se analizó la variable de déficit de calidad del sueño, la cual permitió identificar a quienes percibieron bastante mala o muy mala calidad de sueño en los tres tiempos (EDSA 2019, EDSA COVID-19, EDSA 2020). Por otro lado, se analizó la variable de alteración en los tiempos de sueño, la cual midió los cambios en la cantidad de horas de sueño de las personas, a partir de los indicadores de haber referido dormir más, igual o menos que antes de la cuarentena. Esta variable se analiza en el segundo (EDSA - COVID-19) y el tercer tiempo de análisis (EDSA 2020), en comparación con el periodo de pre-pandemia (EDSA 2019).

Entre los resultados, se presentan los porcentajes de ocurrencia de estas alteraciones para la muestra total para cada uno de los tiempos de análisis, y en función de las variables sociodemográficas y económicas seleccionadas (sexo, grupos de edad, estrato socio-ocupacional). Al contar con datos sobre la calidad de sueño para los tres tiempos, se buscó ampliar los resultados de esta variable, mediante análisis de significancia (X^2) para evaluar la asociación entre el déficit de calidad de sueño y las variables de corte seleccionadas.

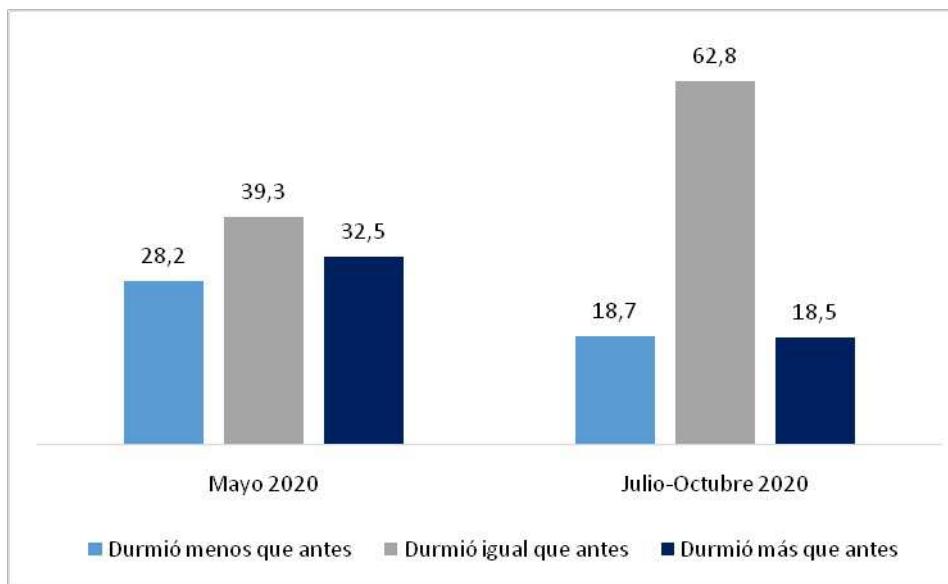
Resultados

Alteraciones en la cantidad de horas de sueño

En el Gráfico 1, se observa que, un 60.7% de personas refirió haber sufrido algún cambio en la cantidad de horas de sueño durante el confinamiento estricto. Más específicamente, un 28.2% reportó haber dormido menos y un 32.5%, haber dormido más respecto al periodo pre-pandemia, y sólo un 39.3% refirió no haber experimentado ninguna alteración en este sentido. Por el contrario, en el tercer trimestre del año 2020 o al flexibilizarse la cuarentena, una gran cantidad de personas declaró haber restituído sus tiempos de sueño a los correspondientes al periodo pre-pandemia (62.8%).

⁶ La EDSA - COVID-19 se llevó a cabo entre el 7 y el 12 de mayo (casi 2 meses después del inicio de la cuarentena) y, por lo tanto, cubrió el período más estricto de la cuarentena, cuando sólo se permitían actividades esenciales y se prohibían las reuniones sociales. La encuesta EDSA 2020 se realizó durante el tercer trimestre del mismo año y abarcó el periodo de julio a octubre, cuando las medidas de la cuarentena comenzaron a flexibilizarse..

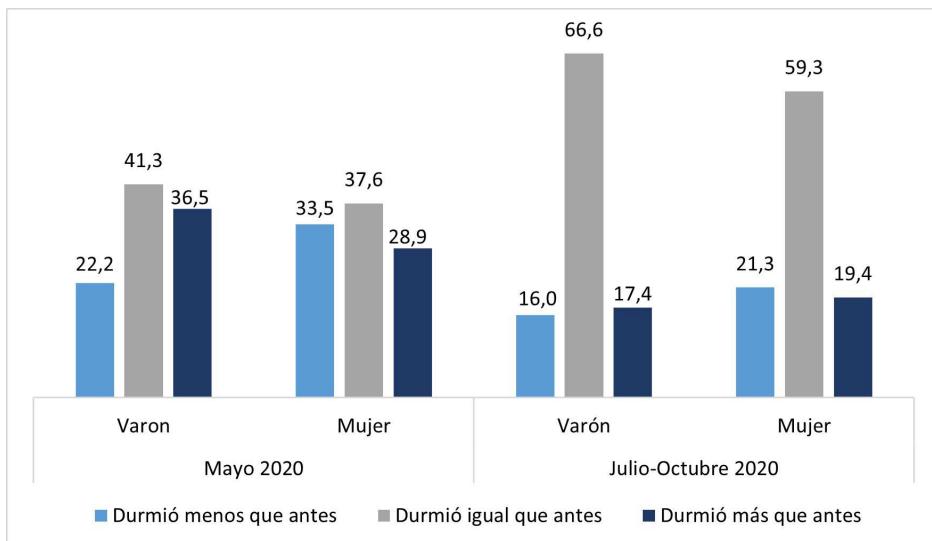
Gráfico 1. Alteración en la cantidad de horas de sueño durante y posterior a la cuarentena estricta. En porcentaje de personas de 18 años o más del AMBA.



Fuente: EDSA - Agenda para la equidad (2017-2025), EDSA – COVID-19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Estas diferencias generales entre períodos también se pueden observar al considerar características individuales de los encuestados. En primera instancia, el 34% de las mujeres declaró haber dormido menos durante la cuarentena estricta, mientras que el 37% de los varones refirió haber dormido más en comparación al periodo pre-pandemia. Más aún, se observa que los hombres presentaron una mayor tendencia a restaurar la cantidad de horas de sueño previo a las medidas de cuarentena. En efecto, en las tasas masculinas se puede observar un aumento de 29 p.p. en contraste con las mujeres que tuvieron un aumento de 21.7 p.p., entre los dos relevamientos, lo que indica una mejor tendencia a dormir tanto como lo hacían antes de que comenzara la cuarentena (ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Alteración en la cantidad de horas de sueño durante y posterior a la cuarentena estricta según sexo. En porcentaje de personas de 18 años o más del AMBA.

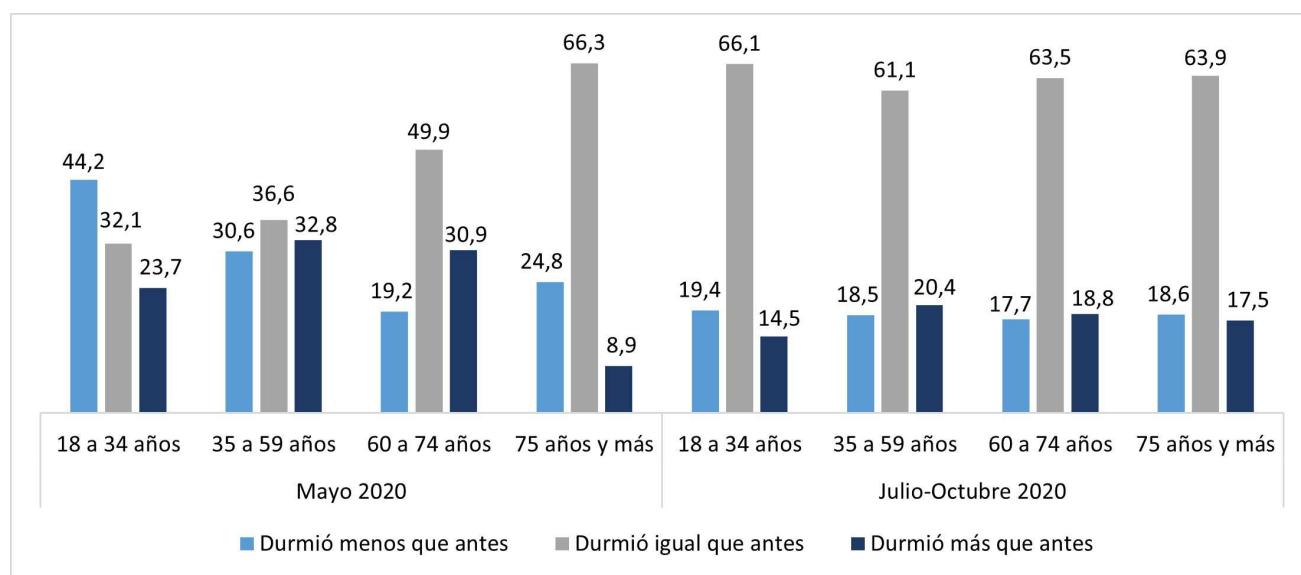


Fuente: EDSA - Agenda para la equidad (2017-2025), EDSA – COVID-19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Por otro lado, respecto al criterio de edad, el grupo más joven (18 a 34 años) fue el más afectado durante la cuarentena estricta. Un 68.4% reportó alteraciones en la cantidad de horas de sueño, entre quienes un 44.2% informó haber dormido menos y un 23.7% haber dormido más de lo que lo hacía antes de la cuarentena estricta. Desde un punto de vista comparativo entre períodos puede observarse una mejora general de este indicador para todos los grupos etarios. El grupo de edad más joven fue el que mejoró este indicador en mayor medida para el tiempo posterior a la cuarentena estricta, con 34 p.p. por encima del período anterior, en lo que respecta al haber dormido igual que antes. El grupo que mostró apenas diferencia fue el de mayor edad, disminuyendo un 2.4 p.p. en el tercer trimestre del año 2020, en cuanto al haber dormido tanto como antes de la cuarentena.

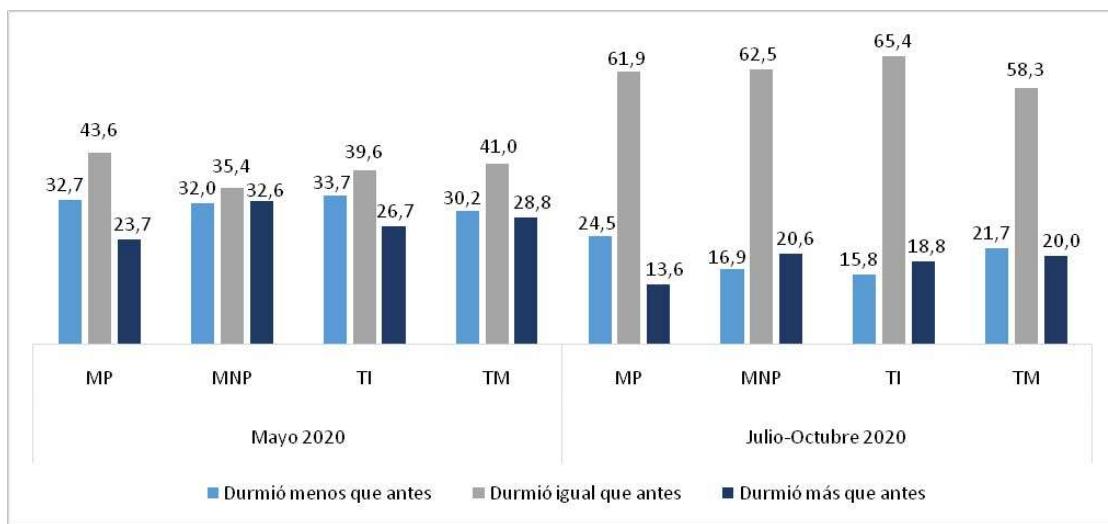
Finalmente, al considerar las diferencias entre estratos socio-ocupacionales del hogar, puede observarse que el grupo más afectado parece haber sido el de aquellos que pertenecen al estrato medio no profesional, con 64.6% de personas que reportaron alteración en la cantidad de sueño: un 32.0% reportó dormir menos que antes y un 32.6% dormir más que antes. La consideración del período posterior muestra una mejora general de 22 p.p. respecto al momento de cuarentena estricta, con una recuperación armónica entre los cuatro estratos (ver Gráfico 4).

Gráfico 3. Alteración en la cantidad de horas de sueño, durante y posterior a la cuarentena estricta, según grupos de edad. En porcentaje de personas de 18 años o más del AMBA.



Fuente: EDSA - Agenda para la equidad (2017-2025), EDSA – COVID-19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 4. Alteración en la cantidad de horas de sueño durante y posterior a la cuarentena estricta según estrato socio-ocupacional del hogar. En porcentaje de personas de 18 años o más del AMBA



Nota: Estrato medio profesional (MP); estrato medio no profesional (MNP); trabajador integrado (TI); trabajador marginal (TM).

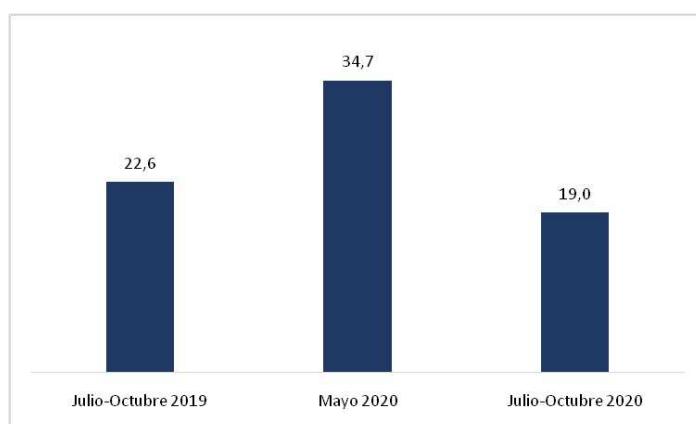
Fuente: EDSA - Agenda para la equidad (2017-2025), EDSA – COVID-19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Déficit en la calidad de sueño

Respecto al déficit en la calidad de sueño, se analizó el porcentaje de personas que refirieron una calidad de sueño bastante mala o muy mala, tanto para el momento correspondiente a la cuarentena estricta (mayo, 2020), como así para el periodo previo (julio-octubre, 2019) y posterior (julio-octubre, 2020).

Durante la situación de cuarentena estricta, en mayo del 2020, el 34.7% de las personas reportó haber tenido una calidad de sueño deficitaria. Según se indica en el Gráfico 5, este déficit puede apreciarse de modo comparativo, siendo del 22.6% en 2019, y del 19.0% al flexibilizarse las medidas de la cuarentena en el 2020. Esto evidencia un empeoramiento notable de la calidad del sueño durante la cuarentena estricta con un aumento de 12 p.p. durante mayo de 2020, respecto al período pre-pandemia.

Gráfico 5. Déficit en la calidad de sueño antes, durante y después de la cuarentena estricta. En porcentaje de personas de 18 años o más del AMBA.



Fuente: EDSA - Agenda para la equidad (2017-2025), EDSA – COVID-19, Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En la Tabla 1 se presenta el déficit de calidad de sueño según sexo, edad y estrato socio-ocupacional del hogar para los tres tiempos de análisis, incluyendo el valor de significancia de la asociación entre variables (χ^2). Se puede ver que los grupos que mencionaron mayor déficit en la calidad del sueño durante el confinamiento estricto fueron el grupo de edad de 35 a 59 años (41.0%), el estrato de trabajadores marginales (40.6%) y las mujeres (36.2%), respecto a sus grupos de comparación. Sin embargo, como se detalla en la Tabla 1, ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa ($p>0.005$) para el tiempo de análisis de cuarentena estricta.

No obstante, se observan diferencias estadísticamente significativas en la calidad de sueño según Chi cuadrado por sexo y grupos de edad, para el tiempo de pre-pandemia y para el periodo posterior a la cuarentena estricta. En ambos momentos, las mujeres muestran mayor déficit en la calidad de sueño que los varones. En cuanto a la edad, aparece el grupo de 35 a 59 años (26.5%) como el grupo con mayor prevalencia de una calidad de sueño deficitaria en 2019, mientras que para el tiempo en que la cuarentena comenzó a flexibilizarse, son las personas de 75 años o más (23.6%) los más afectados por esta condición. En este último tiempo de análisis, se observó un aumento del déficit en la calidad de sueño conforme aumenta la edad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad del sueño en función del estrato socio-ocupacional, ni en la pre-pandemia ($p=0.363$), ni para los tiempos de cuarentena estricta ($p=0.688$) y posterior a esta ($p=0.119$).

Tabla 1. Déficit en la calidad de sueño antes, durante y después de la cuarentena estricta, según sexo, edad y estrato socio-ocupacional.

Variables	Déficit de calidad de sueño (Julio-Octubre, 2019)			Déficit de calidad de sueño (Mayo, 2020)			Déficit de calidad de sueño (Julio-Octubre 2020)		
	%	χ^2	P-Valor	%	χ^2	P-Valor	%	χ^2	P-Valor
Estrato socio-ocupacional		3.19	0.363		1.47	0.688		5.85	0.119
Medio profesional	23.3			30.8			12.8		
Medio no profesional	19.5			37.8			17.3		
Trabajador integrado	22.0			31.6			21.3		
Trabajador marginal	28.4			40.6			21.5		
Grupos de edad		11.83	0.008		2.97	0.395		33.96	0.000
18 a 34 años	18.8			29.7			15.1		
35 a 59 años	26.5			41.0			17.8		
60 a 74 años	22.2			30.5			23.0		
75 años o más	19.2			36.6			23.6		
Sexo		12.74	0.000		1.24	0.265		12.39	0.000
Varón	18.1			33.1			14.4		
Mujer	26.6			36.2			23.1		
TOTAL	22.6			34.7			19.0		

Discusión

El presente estudio, al igual que otros realizados a nivel mundial, ha revelado que las cuarentenas por la pandemia de COVID-19 han estado asociadas a alteraciones en el sueño de las poblaciones (Barros *et al.*, 2020; Chandra *et al.*, 2020; Cheshmehzangi *et al.*, 2020; Fu *et al.*, 2020; Garg *et al.*, 2020; Gualano *et al.*, 2020; Huang *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020; Banthiya *et al.*, 2020; Etchevers *et al.*, 2021). El valor del presente estudio radica en haber podido comparar el período de tiempo de confinamiento estricto impuesto por el gobierno argentino con los períodos anteriores y posteriores, existiendo un claro deterioro de la calidad del sueño durante las medidas más estrictas de cuarentena. Más aún, al contextualizar y dar cuenta de la trayectoria histórica de la variable déficit de calidad del sueño, es importante destacar que la variable revelada por encuestas anteriores dentro de la serie EDSA – Agenda para la Equidad (2017-2025) muestra que el déficit de calidad del sueño en 2017 fue del 22.9% y en 2018 aumentó al 24.5%. Es decir, que durante el período de la cuarentena estricta la calidad de sueño empeoró notablemente, y fue recuperada a niveles incluso mejores para el período Julio-Octubre de 2020.

Al interior de los distintos grupos tomados en consideración se relevaron una serie de diferencias respecto al impacto de las medidas de cuarentena tanto en la calidad como en la cantidad de horas de sueño. Por un lado, las mujeres reportaron dormir menos en comparación con los hombres. En un sentido estadístico, el 33.5% de las mujeres informaron que dormían menos durante el confinamiento estricto, mientras que el 36.5% de los hombres en la encuesta informaron que dormían más. Se trata del patrón de sueño con mayor prevalencia para cada uno de ambos sexos. Asimismo, la comparación entre períodos mostró que existe una significación estadística en cómo las mujeres y los hombres percibieron su calidad de sueño antes de que comenzara la cuarentena estricta y después de que terminara, pero no para el tiempo de cuarentena estricta. Para este tiempo tanto varones como mujeres percibieron un aumento en el déficit de calidad de sueño, sin evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para mayo de 2020. Estas diferencias por sexo también se encontraron en otros estudios que abordaron trastornos del sueño realizados durante la pandemia de COVID-19 (Bigalke *et al.*, 2020; Salfi *et al.*, 2020; Lin *et al.*, 2021).

Por otro lado, el grupo medio profesional fue el que menos alteraciones del sueño presentó, siendo los estratos socio-ocupacionales más bajos los que experimentaron un mayor déficit en la calidad de sueño, y los adultos de estrato medio no profesional, quienes más manifestaron dormir menos horas durante el período de cuarentena estricta. Sin embargo, como se relevó oportunamente (Incaurgarat, Paternó Manavella & Rodríguez Espínola, 2023) esta diferencia no fue estadísticamente significativa, excepto para los cambios en el ritmo circadiano, los cuales involucran dificultades para conciliar el sueño, despertarse durante el ciclo de sueño o despertarse demasiado temprano y no poder volver a dormirse. En el contexto de las medidas restrictivas impuestas a la vida cotidiana durante la pandemia de COVID-19, este tipo de trastornos del sueño afectó en mayor medida a los estratos más bajos que a los del grupo profesional medio (Incaurgarat, Paternó Manavella & Rodríguez Espínola, 2023). En lo que respecta a la calidad de sueño, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en función del estrato socio-ocupacional de pertenencia.

Por último, los jóvenes de 18 a 34 años fueron los que percibieron más cambios en términos del tiempo de sueño (68%). De ellos, el 44.7% refirió dormir menos durante el confinamiento estricto que antes de este tiempo superando ampliamente a sus grupos de referencia. Contrario a estudios previos a la pandemia donde se relevaba que los adultos mayores solían ser los más afectados por trastornos del sueño (Keisuke, 2017; D'Hyver de las Desesa, 2018), este estudio encontró que durante las medidas restrictivas impuestas por el COVID-19 los adultos mayores presentaron menos trastornos del sueño que los grupos más jóvenes. En efecto, para el tercer trimestre de 2020, los adultos mayores volvieron a ser los más afectados por una calidad de sueño deficitaria, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Estos resultados concuerdan con

otros estudios realizados a nivel internacional como el de Medina-Ortiz *et al.* (2020). Asimismo, otro estudio realizado durante la cuarentena estricta evidenció que, a menor edad, más se modificó la hora de acostarse (alteración en la fase del sueño) y más durmieron durante el día y no durante la noche (alteración del ritmo circadiano) (Incaurgarat, Paternó Manavella & Rodríguez Espínola, 2023). Finalmente, la comparación entre períodos aquí realizada mostró una diferencia estadísticamente significativa por grupos de edad en la percepción de la calidad del sueño antes y después de la cuarentena estricta, aunque sin diferencias estadísticamente significativas por segmento etario para mayo de 2020.

En síntesis, uno de los datos más llamativos arrojado por el presente estudio consiste en la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en el déficit de calidad de sueño en función del sexo, edad y estrato socio-ocupacional para el momento de cuarentena estricta. Esto podría deberse al contexto generalizado de crisis asociado a la pandemia por COVID-19 que produjo consecuencias no previstas transversales a toda la población, más allá de las características o condiciones particulares de cada persona. Por el contrario, sí se observan diferencias significativas en función del sexo y la edad, antes y después de la cuarentena estricta, y si bien existen diferencias en función del estrato socio-ocupacional, éstas no son significativas para ninguno de los tiempos.

Conclusiones

Hablando estrictamente en términos de este estudio en particular, las consecuencias no previstas de las medidas restrictivas impuestas a la vida cotidiana y el confinamiento en respuesta al COVID-19 se han manifestado de diversas formas. Una de ellas es el impacto en la calidad del sueño de las personas, que es esencial para su bienestar físico y mental. Sin embargo, al examinar esta problemática de cerca, se puede advertir que no se encuentra distribuida de manera uniforme al interior de la sociedad. En lo que respecta a los hábitos de sueño, todos los grupos incluidos en este estudio han sufrido trastornos del sueño durante el confinamiento. Sin embargo, se encontró que las mujeres y los más jóvenes fueron más vulnerables, mientras que los más pobres sufrieron estas alteraciones más que los demás grupos. Las causalidades específicas solo pueden ser objeto de especulación por parte de este estudio. Estas podrían incluir la falta de experiencia de una generación joven en el manejo de situaciones de crisis, un mayor grado de ansiedad en las mujeres asociado a la responsabilidad de las actividades de cuidado del hogar y la familia, y un mayor sentido de inseguridad para aquellos que viven en los estratos más bajos de la sociedad. En este último sentido, los grupos más bajos también fueron los más afectados en términos socioeconómicos en el contexto argentino. Esto se debió al aumento de las tasas de desempleo y la prohibición de circulación por fuera del hogar, lo que restringió a muchas personas la posibilidad de ejercer sus trabajos informales, asociados en gran medida al ámbito de la calle, como el caso de los recolectores de cartón o *cartoneros*. Por todo esto, la calidad del sueño constituye un tema de investigación relevante en salud pública, y ofrece un conjunto de indicadores útiles para comprender las circunstancias de género, las experiencias específicas de edad y las desigualdades socioeconómicas en situación de crisis.

Cabe destacar que por las características mismas del diseño del estudio las experiencias reales de los actores sociales no fueron abordadas por la encuesta. Por esta razón, retomando los aportes de la epidemiología sociocultural (Menéndez, 2008) se considera recomendable realizar un estudio cualitativo complementario para dar mayor densidad a estos resultados y revelar la problemática a partir de la experiencia directa de las personas. La interrelación con otras consecuencias no previstas asociadas a la pandemia de COVID-19 y los correspondientes confinamientos (como síntomas de ansiedad o depresión, trastornos alimentarios, entre otros) también deberían ser considerados en futuros estudios.

Por último, en conjunto con los demás estudios aquí señalados que han relevado las diferentes consecuencias de las cuarentenas durante la pandemia por COVID-19, se espera haber

mostrado desde un caso local, una faceta frecuentemente minimizada de la gestión de la pandemia, es decir, sus consecuencias no previstas. De este modo, se pretende contribuir a la formación de políticas públicas que consideren una visión integral de la salud. Es decir, entendida no únicamente como la ausencia de enfermedad, sino en términos de *procesos de salud-enfermedad-atención* (Menéndez, 2003) que precisamente dan cuenta de todos los factores involucrados además de la biología, considerando sus dimensiones psicológicas, emocionales y socioculturales. De igual manera, los individuos no deberían ser vistos como agentes aislados o descontextualizados. Por el contrario, es necesario desarrollar una visión que dé cuenta de la interacción dialéctica de la que los sujetos son parte, en relación con un contexto social, cultural, económico y político al cual pertenecen.

Bibliografía

- ADECRA & CEDIM (2020). *La epidemia por coronavirus no elimina ni posterga otras enfermedades. El desafío de no caer en desatención. Informe especial institucional*. Revista Adecr+Cedim, 2, 6-12.
- Baldi, E.; Sechi, G. & Mare, C. (2020). Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 outbreak in Italy. *The New England Journal of Medicine*, 383 (5), 496-498. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2010418>
- Banhiya S.; Sharma S.; Jahagirdar D.; Jahagirdar, V.; Garg, M. & Sahadev, H.K. (2021). Sleep Quality in the Indian Adult Population During the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 13 (8), e17535. Doi: 10.7759/cureus.17535
- Barros, M.B. de A.; Lima, M.G.; Malta, D.C.; Szwarcwald, C.L. ; Azevedo, R.; Romero, D. ; Souza Júnior, P. Azevedo, L.O. ; Machado, I. E. ; Damacena, G.N. ; Gomes, C. S.; Werneck, A.O.; Silva, D. ; Pina M. F. & Gracie, R. (2020). Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiologia e Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 29 (4), e2020427. Doi: 10.1590/s1679-49742020000400018
- Bigalke J.; Greenlund I. & Carter J. (2020). Sex differences in selfreport anxiety and sleep quality during COVID-19 stay-at-home orders. *Biology of Sex Differences*, 11 (1), 56. Doi: 10.1186/s13293-020-00333-4
- Bluro, I.M.; Piñeiro, D.J. & Estada, J.L. (2020). Cardiovascular Pandemic in Argentina. *Global Heart*, 15 (1), 15-18. Doi: 10.5334/GH.843
- Bozovich, G.; Alves de Lima, A.; Fosco, M.; Burgos, L.; Martínez, R.; Dupuy De Lôme, R.; Torn, A. & Sala Mercado, J. (2020). Daño colateral de la Pandemia por COVID-19 en Centros Privados de Salud de Argentina. *Medicina Buenos Aires*, 80 (III), 37-41.
- Cheshmehzangi, A.; Chen, H.; Su, Z.; Zou, T.; Xiang, Y.T. & Dawodu, A. (2022). How does the COVID-19 fuel insomnia? *Brain, Behavior, and Immunity – Health*, 21, 100426. Doi: 10.1016/j.bbigh.2022.100426
- D'Hyver de las Desesa, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61 (1), 33-45.
- De Filippo, O.; D'Ascenzo, F.; Angelini, F.; Bocchino, P.P.; Conrotto, F.; Saglietto, A.; Secco G. G.; Campo, G.; Gallone, G.; Verardi, R.; Gaido, L.; Iannaccone, M.; Galvani, M.; Ugo, F.; Barbero, U.; Infantino, V.; Olivotti, L.; Mennuni, M.; Gili, S.; Infusino, F.; Vercellino, M.; Zucchetti, O.; Casella, G.; Giannmaria, M.; Boccuzzi, G.; Tolomeo, P.; Doronzo, B.; Senatore, G.; Grosso Marra, W.; Rognoni, A.; Trabattoni, D.; Franchin, L.; Borin, A.; Bruno, F.; Galluzzo, A.; Gambino, A.; Nicolino, A.; Truffa Giachet, A.; Sardella, G.; Fedele, F.; Monticone, S.; Montefusco, A.; Omedè, P.; Pennone, M.; Patti, G.; Mancone, M. & De Ferrari, G. M. (2020). Reduced rate of hospital admissions for ACS during COVID-19 outbreak in Northern Italy. *New England Journal of Medicine*, 383 (1), 88-89. Doi: 10.1056/NEJMc2009166

- De Sousa, E.; Silva Ono, B. & Souza, J. (2020). Sleep and immunity in times of COVID-19. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66 (2), 143-147. Doi: 10.1590/1806-9282.66.S2.143
- Deerberg-Wittram, J. & Knothe, C. (2020). Do Not Stay at Home: We Are Ready for You. *NEJM Catalyst*, 1-7. Doi: 10.1056/CAT.20.0146
- Dore, B. (2020). COVID-19: Collateral damage of lockdown in India. *BMJ*, 369, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1711>
- Etchevers, M. J.; Garay, C. J.; Putrino, N.; Grasso, J.; Natalí, V. & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Etchevers, M.; Garay, C.; Putrino, N.; Helmich, N. & Lunansky, G (2021). Argentinian Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *Clinical Psychology in Europe*, 3 (1), e4519. Doi: <https://doi.org/10.32872/cpe.4519>
- Fasano, M.; Padula, M.; Azrak, M.; Avico, A.; Sala, M. & Andreoli, M. (2021). Consequences of Lockdown During COVID-19 Pandemic in Lifestyle and Emotional State of Children in Argentina, *Frontiers in Pediatrics*, 9, 660033. Doi: 10.3389/fped.2021.660033
- Fu, W.; Wang, C.; Zou, L.; Guo, Y.; Lu, Z.; Yan, S. & Mao, J. (2020). Psychological ealth, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry*, 10 (1), 1-9. Doi: 10.1038/s41398-020-00913-3
- García, S.; Stanberry, L.; Schmidt, C.; Sharkey, S.; Megaly, M.; Albaghadi, M. S.; Meraj, P. M.; Garberich, R.; Jaffer, F. A.; Stefanescu Schmidt, A. C.; Dixon, S. R.; Rade, J. J.; Smith, T.; Tannenbaum, M.; Chambers, J.; Aguirre, F.; Huang, P. P.; Kumbhani, D. J.; Koshy, T. & Henry, T. D. (2020) Impact of COVID-19 pandemic on STEMI care: An expanded analysis from the United States. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 98, 217-222. Doi: 10.1002/ccd.29154
- Garg, K.; Goel, H. & Gupta, S. (2020). High prevalence of insomnia during COVID-19 pandemic. *Sleep Medicine and Disorders: International Journal*, 4 (2), 57-59. Doi: 10.15406/smdij.2020.04.00074
- Giardino, D.; Huck-Iriart, C.; Riddick, M. & Garay, A. (2020). The endless quarantine: The impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep medicine*, 76, 16-25. Doi: 10.1016/j.sleep.2020.09.022
- Giddens, A. (1993). *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Gil, G. J. (2021). *Terapia de la felicidad. Etnografía del running en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Antropofagia.
- González, S. M. P.; Tartaglione, F.; Babio, G. R. D.; Schiavone, M. J.; Gelpi, F. C.; Angrisani, M. A.; Aquieri, A.; Giorgini, J. C.; Quilón, F. T.; & Tartaglione, J. E. (2020). Risks of cardiovascular disease patients in times of COVID-19. A survey of the argentine foundation of cardiology. *Revista Argentina de Cardiología*, 88 (3), 212-216. Doi: 10.7775/rac.v88.i3.18019
- Gualano, M. R.; Lo Moro, G.; Voglino, G.; Bert, F. & Siliquini, R. (2020). Effects of COVID-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (13), 1-13 doi: 10.3390/ijerph17134779
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*, 396 (10255), 874. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6
- Huang, Y. & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954
- Incaurgarat, M. F.; Paternó Manavella, M. A. & Rodríguez Espínola, S. (2023). The unintended consequences of COVID-19 pandemic in Argentina: the case of sleep disorders during

- lockdown. *Asian Journal of Medical Humanities*, 2 (1), 20230007 doi: 10.1515/ajmedh-2023-0007
- Jahrami, H.; BaHammam, A.; Bragazzi, N.; Saif, Z.; Faris, M. & Vitiello, M. (2020). Sleep problems during COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17 (2), 299-313. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8930>
- Keisuke, S.; Masayuki M.; Koichi, H. (2017). Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 18 (2), 61-71. Doi: 10.1002/jgf2.27
- Lamelas, P.; Botto, F.; Pedernera, G.; De Lima, A. A.; Costabel, J. P. & Belardi, J. (2020). Cardiovascular disease in times of COVID-19. *Medicina*, 80 (3), 248-252.
- Li, Y.; Qin, Q.; Sun, Q.; Sanford, L.; Vgontzas, A. & Tang, X. (2020). Insomnia and psychological reactions during the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15 (8), 1417-1418. Doi: 10.5664/jcsm.8524.
- Lin, Y.N.; Liu, Z. R.; Li, S. Q.; Li, C. X.; Zhang, L.; Li, N.; Sun, X. W.; Li, H. P.; Zhou, J. P. & Li, Q. (2021). Burden of sleep disturbance during COVID-19 pandemic: a systematic review. *Nature and Science of Sleep*, 13, 933-966. Doi: 10.2147/NSS.S312037
- Marelli, S.; Castelnuovo, A.; Somma, A.; Castronovo, V.; Mombelli, S.; Bottoni, D.; Leitner, C.; Fossati, A. & Ferini-Strambi, L. (2020). Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *Journal of Neurology*, 268 (1), 8-15. Doi: 10.1007/s00415-020-10056-6
- Medina-Ortiz, O.; Araque-Castellanos, F.; Ruiz-Domínguez, L.; Riaño-Garzón, M. & Bermudez, V. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37 (4). 755-61. Doi: 10.17843/rpmesp.2020.374.6360
- Merton, R. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1 (6), 894-904.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos; de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):185-207.
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología Sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, 20 (2), 5-50.
- Metzler, B.; Siostrzonek, P.; Binder, R. K.; Bauer, A. & Reinstadler, S. J. (2020). Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *European Heart Journal*, 41 (19), 1852-1853. Doi: 10.1093/eurheartj/ehaa314
- Nair, A.G.; Gandhi, R.A. & Natarajan S. (2020). Effect of COVID-19 related lockdown on ophthalmic practice and patient care in India: Results of a survey. *Indian Journal of Ophthalmology*, 68, 725-30. Doi:10.4103/ijo.IJO_797_20
- Partinen, M.; Bjorvatn, B.; Holzinger, B.; Chung, F.; Penzel, T.; Espie, C. A. & Morin, C. M. (2020). Sleep and circadian problems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: the International COVID-19 Sleep Study (ICOSS). *Journal of Sleep Research*, e13206. <https://doi.org/10.1111/jsr.13206>
- Peretti-Watel, P.; Alleaume, C.; Léger, D.; Beck, F. & Verger, P. (2020). Anxiety, depression and sleep problems: A second wave of COVID-19. *General Psychiatry*, 33 (5), 1-4. Doi: 10.1136/gpsych-2020-100299
- Pérez-Carbonell, L.; Meurling, I. J.; Wassermann, D.; Gnoni, V.; Leschziner, G.; Weighall, A.; Ellis, J.; Durrant, S.; Hare, A. & Steier, J. (2020). Impact of the novel coronavirus (COVID-19) pandemic on sleep. *Journal of Thoracic Disease*, 2 (2), 163-175. Doi: 10.21037/jtd-cus-2020-015
- Ramírez-Ortiz, J.; Hernández, J. & Córdoba, F. (2021). Effects of social isolation on sleep during the COVID-19 Pandemic. *Sleep Science*, 14 (1), 86-93 doi: 10.5935/1984-0063.20200097
- Ravindran, S. & Shah, M. (2021). Unintended Consequences of Lockdowns: COVID-19 and the Shadow Pandemic. *National Bureau of Economic Research*. Working Paper Series,

- 27562.
- Rodriguez Ceberio, M.; Jones, G. & Benedicto, M. (2021). COVID-19: anxiety of trait and status in a selected population of Argentina in a context of extended quarantine. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13 Supl COVID-19, e22.
- Rodríguez-Leor, O.; Cid-Álvarez, B.; Ojeda, S.; Martín-Moreiras, J.; Ramón Rumoroso, J.; López-Palop, R.; Serrador, A.; Cequier, Á.; Romaguera, R.; Cruz, I.; de Prado, AP. & Moreno, R. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on interventional cardiology activity in Spain. *Interventional Cardiology*, 2, 82-89. Doi: 10.24875/recice.m20000123
- Salfi, F.; Lauriola, M.; Amicucci G.; Corigliano, D.; Viselli, L.; Tempesta, D. & Ferrara M. (2020). Gender-related time course of sleep disturbances and psychological symptoms during the COVID-19 lockdown: a longitudinal study on the Italian population. *Neurobiology of Stress*, 13, 100259. Doi: 10.1016/j.ynstr.2020.100259
- Scotta, A.; Cortez, M.; Miranda, A. (2020). Insomnia is associated with worry, cognitive avoidance and low academic engagement in Argentinian university students during the COVID-19 social isolation. *Psychology, Health & Medicine*, 199-214. Doi: 10.1080/13548506.2020.1869796
- Singer, M. (1996) A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SA-VA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24, 99-110.
- Tam, C. C. F.; Cheung, K. S.; Lam, S.; Wong, A.; Yung, A.; Sze, M.; Lam, Y. M.; Chan, C.; Tsang, T. C.; Tsui, M.; Tse, H. F. & Siu, C. W. (2020). Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak on ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction Care in Hong Kong, China. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13 (4) e006631. Doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006631
- Turcotte-Tremblay, A.; Gali Gali, I. & Ridde, V. (2021). The unintended consequences of COVID-19 mitigation measures matter: practical guidance for investigating them. *BMC Medical Research Methodology*, 21 (28), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01200-x>
- UNICEF (2021). Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Cuarta ronda. Primera edición. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/informes/encuesta-de-percepcion-y-actitudes-de-la-poblacion>
- Wang, H. & Zhang, L. (2020). Risk of COVID-19 for patients with cancer. *The Lancet Oncology*, 21 (4), e181. Doi: 10.1016/S1470-2045(20)30149-2
- Williams, R. & Ghani, K. The Unintended Health Consequences of Lockdown. *Center for the Study of Administrative State*. Working Paper 21-12. Recuperado de: <https://administrativestate.gmu.edu/paper/the-unintended-health-consequences-of-lockdown/>
- Wong, L.; Hawkins, J.; Langness, S.; Murrell, K.; Iris, P. & Sammann, A. (2020). Where Are All the Patients? Addressing COVID-19 Fear to Encourage Sick Patients to Seek Emergency Care. *NEJM Catalyst*, 1-12. Doi: 10.1056/CAT.20.019
- Yadav, UN., Rayamajhee, B., Mistry, SK., Parsekar, SS., & Mishra, SK (2020). A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the COVID-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries. *Frontiers in Public Health*, 8(508), 1-7. Doi: 10.3389/fpubh.2020.00508
- Zhang, Y.; Zhang, H.; Ma, X. & Di, Q. (2020). Mental Health Problems during the COVID-19 Pandemics and the Mitigation Effects of Exercise: A Longitudinal Study of College Students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3722. Doi: 10.3390/ijerph17103722

Cuidados para la salud mental en pandemia: experiencias de grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial

*Mental Health Care during the Pandemic:
Experiences of Groups in Psychosocial Vulnerability Situations*

CARLOS BARRIA OYARZO *

Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Argentina

BEATRIZ ESCUDERO **

Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Argentina

AMANDA GOTTI***

Universidad del Chubut, Argentina

MARCELA INÉS FREYTES FREY****

Universidad del Chubut, Argentina

RESUMEN. En este trabajo caracterizamos las estrategias de cuidado para la salud mental en diferentes grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial en la provincia de Chubut, Argentina, durante la pandemia causada por Covid-19 entre los años 2020 y 2021. Recuperamos un trabajo de investigación en el que nos propusimos analizar el impacto psicosocial de la pandemia, en diferentes grupos que habitan en barrios periurbanos de la provincia, a través de una perspectiva metodológica cualitativa, de investigación acción participativa. Se realizaron observaciones participantes y entrevistas en profundidad, en cinco localidades, con referentes institucionales, comunitarios, de organizaciones sociales, vecinos y vecinas con la finalidad de conocer las experiencias de cuidado para la salud durante la pandemia. A partir de la identificación de las condiciones que estructuran la vulnerabilización de grupos sociales, visibilizamos diferentes modos en que las personas agencian estrategias para sostener la vida en un periodo caracterizado por la profundización de las desigualdades sociales. Se evidencia la importancia de los cuidados de tipos materiales, afectivos, recreativos y espirituales, así como aquellos cuidados provistos en los ámbitos personales, familiares, laborales y comunitarios, que exceden aquellos que promueve el discurso médico y de la política pública.

PALABRAS CLAVE: salud mental; cuidados; pandemia; vulnerabilidad psicosocial; Argentina

ABSTRACT: In this study, we characterised the mental health care strategies in different groups in psychosocial vulnerability situations in the Province of Chubut, Argentina, during the COVID-19 pandemic between the years 2020 and 2021. Hence, we recovered a research work where we analysed the psychosocial impact of the pandemic on different groups living in the peri-urban neighbourhoods of the province using a qualitative methodological framework of participatory action research. In-depth interviews and participant observations were conducted in five cities with institutional, community, social organizations and neighbours' referents to share experiences in health care during the pandemic. After identifying the conditions that structure the vulnerability of social groups, we brought to light the different ways in which people develop strategies to go through life in a period characterised by growing social inequality. This makes evident the importance of the material, affective, recreational and spiritual care, as well as that provided in personal, family, labour and community environments, which exceed what is promoted by the medical and public policy discourse.

KEYWORDS: mental health; care; pandemic; psychosocial vulnerability; Argentina

* Doctor en Antropología Social (Universidad Nacional de San Martín, Argentina). Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia (IESyPPat), Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (UNPSJB) (Comodoro Rivadavia, Argentina). E-mail: carlosbarriaoyarzo@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-0965-5850>

** Doctora en Comunicación (Universidad Nacional de La Plata, Argentina). Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (Comodoro Rivadavia, Argentina). E-mail: escuderobeatrizh@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-8861-9569>

*** Magíster en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). Escuela de Salud Social y Comunitaria, Universidad del Chubut (Rawson, Argentina). E-mail: agotti@udec.edu.ar  <https://orcid.org/0000-0002-2307-4999>

**** Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). Escuela de Salud Social y Comunitaria, Universidad del Chubut (Rawson, Argentina). E-mail: mifreytesfrey@udec.edu.ar  <https://orcid.org/0000-0002-3877-9828>

Introducción

Desde diciembre de 2019 la población mundial se ha enfrentado a una nueva amenaza, la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Esta nueva forma de coronavirus, declarada pandemia, ha generado un impacto sin precedentes, tanto en la población general como en los sistemas sanitarios de los países afectados (Nacoti *et al.*, 2020; Diez Tetamanti & Freytes Frey, 2021). Los Estados han desarrollado políticas para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, adecuando los servicios de salud y ampliando su capacidad de respuesta ante la pandemia. A nivel poblacional, se han implementado en Argentina, inicialmente, políticas de aislamiento social preventivo y obligatorio, y posteriormente, políticas de distanciamiento social para la prevención de contagios. Sin embargo, se ha evidenciado la presencia de trabajadoras/es pertenecientes a actividades categorizadas como esenciales (rubros de salud, farmacias, supermercados, recolección de residuos, entre otros), referentes de organizaciones sociales y personas en trabajos no formalizados que han continuado sus tareas en contacto directo con personas. Además existen diferentes grupos sociales que se encuentran en condiciones de desigualdad social, lo cual muchas veces no permiten el aislamiento, distanciamiento social y las formas de cuidado promovidas por la política sanitaria, en tanto se ven en la necesidad de realizar trabajos no registrados y precarizados para sostener las condiciones materiales de existencia.

La pandemia por Covid-19, debe comprenderse como fenómeno epidemiológico emergente, que hace necesario considerar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en su integralidad, entendiendo que el mismo puede desplegarse en forma diversa en función, no solo de la condición del virus, sino también de la determinación social de la salud (Breilh, 2010) y la respuesta del Estado y los sistemas de salud. Asimismo, desde una perspectiva de Derechos Humanos, sostenemos a la salud como un derecho (OMS, 1978) cuyo ejercicio depende de la interrelación con la totalidad de los mismos. En este escenario hemos observado diferentes efectos negativos, particularmente en relación a aspectos psicosociales, en aquellas personas que tienen una mayor exposición al contagio del Covid-19. Así en este trabajo recuperamos la noción de vulnerabilidad psicosocial (Domínguez Lostaló & Di Nella, 2009) para dar cuenta del grado de fragilidad psíquica que las personas tienen por haber sido desatendidas en sus necesidades básicas, tales como la seguridad afectiva, económica, de protección, educativa, de tiempo de dedicación; así como a falta de comida, agua potable, trabajo y salud. En palabras de Domínguez Lostaló & Di Nella (2009), la situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social, en tanto se genera una falla en la contención grupal y comunitaria, al no poder garantizar el efectivo acceso a los derechos humanos.

A partir de la identificación de condiciones que determinan la vulnerabilidad psicosocial, nos proponemos caracterizar las estrategias de cuidado para la salud mental en diferentes grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial en la provincia de Chubut, Argentina, durante la pandemia causada por Covid-19 entre los años 2020 y 2021. Para ello recuperamos un trabajo de investigación en el que analizamos el impacto psicosocial de la pandemia, en diferentes grupos que habitan en barrios periurbanos de la provincia, a través de una perspectiva metodológica cualitativa, un diagnóstico comunitario y participativo (Diez Tetamanti & Freytes Frey, 2021). Así presentamos un recorte metodológico y conceptual de dicho proyecto, aportando una reflexión situada sobre las formas de cuidado de la salud mental que coexisten o se resisten a aquellos modos que buscan promover los discursos médicos y de política pública en el contexto de pandemia.

Particularmente en la provincia de Chubut, radicada en la Patagonia argentina, la pandemia profundizó una situación de crisis socioeconómica, que data del año 2017, e impacta negativamente en el acceso a la salud, la educación y el trabajo. Esta provincia, que depende en gran parte de la renta petrolera, atravesó un período de expansión económica entre 2003-2013 vinculada a la consolidación del denominado “consenso de los commodities”, basado en la exportación de bienes primarios en gran escala y al consumo (Svampa, 2019). El proceso señalado generó un

acentuado crecimiento poblacional, de carácter heterogéneo. Sin embargo, la falta de acompañamiento por parte de la política pública acentuó condiciones de desigualdad por el acceso a condiciones dignas de trabajo, vivienda, salud y educación (Baeza *et al.*, 2020). A esto es importante sumar la desigualdad que impone la industria petrolera, entre quienes trabajan directamente en ella y quienes no, y los vaivenes de la producción con su consecuente generación de desempleo. Además, es importante tener en cuenta la crisis financiera en la gestión gubernamental, que ha generado dificultades en el pago de salarios de trabajadores del sector público y en la inversión en políticas públicas, provocando medidas de fuerza sindicales que han afectado a sectores como la salud y la educación.

En este contexto, el 14 de enero de 2020, se declaró el estado de emergencia económica, financiera y administrativa a través de la sanción de la Ley Provincial VII Nº 91. Frente a este escenario de alta vulnerabilidad psicosocial y la declaración de la pandemia y el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), a partir del 20 de marzo de 2020 (DNU 260/2020), se han observado diferentes dificultades, entre las que se encuentran: la imposibilidad de efectivizar la provisión de recursos materiales y económicos, que hasta el momento se realizaban en muchos casos a través de trabajos no registrados y precarizados; la imposibilidad de sostener la educación en la virtualidad por la falta de acceso a dispositivos digitales, la falta de conexión a redes de internet y/o la falta de alfabetización digital, entre otras.¹ A pesar de estas dificultades diferentes grupos sociales han construido redes y estrategias de cuidado para el sostenimiento de la vida, haciendo articulaciones idiosincráticas con los recursos y medidas de cuidado implementadas o promovidas por las instancias gubernamentales.

Salud mental y cuidados

En el campo de la salud, el cuidado, en tanto categoría analítica, puede comprenderse como un complejo en el que intervienen diferentes saberes, redes sociales, tecnologías, políticas, sistemas de atención, instituciones, tradiciones, tareas, acciones y cuerpos. Este complejo se orienta tanto a promover y/o mantener el bienestar y la salud como a aliviar el dolor y el sufrimiento (Epele, 2012). Varios autores/as han dado cuenta de las diversas estrategias de cuidado de la salud que las personas o grupos utilizan en diferentes momentos o de manera simultánea (Baeza, 2021; Menéndez, 2003; entre otras/os). De este modo, comprender las trayectorias de las personas en los cuidados nos permite dar cuenta de la construcción de experiencias de un sujeto y su grupo a lo largo de un periodo en el que las personas van tomando decisiones, adquiriendo experiencias y acumulando conocimientos, así como sometiéndose a las certezas, pautas y dominios de ciertos modelos, enfrentándose, negociando o deshaciéndose de aquello que se interpone (Leyton & Valenzuela, 2016). Así, observamos diferentes trayectorias de cuidados para la salud y la salud mental en el contexto de pandemia y vulnerabilidad psicosocial.

En palabras de Esquivel, Jelin & Faur (2012), el cuidado de las personas es el nudo central del bienestar humano y sus lógicas responden a patrones sociales y culturales de relaciones entre géneros y entre clases sociales. En este sentido, recuperamos la perspectiva de Fisher & Tronto (1990), quienes postulan que el cuidado es una “actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro ‘mundo’ de manera que podamos vivir en él lo mejor posible” (1990: 40), explicando que este mundo es el propio cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de “apoyo a la vida”.

Estas perspectivas sobre el cuidado se encuentran íntimamente ligadas con la salud mental comunitaria, comprendida como un proceso, que según lo establece la normativa nacional en Argentina, está determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y

¹ Diferentes estudios han dado cuenta de las dificultades en la provincia de Chubut por los problemas de la dispersión geográfica y la baja o nula accesibilidad por las condiciones climáticas; así como aquellas asociadas a la imposibilidad de circular y llevar adelante trabajos o las denominadas “changas” (Kessler, 2020; RISU, 2020; Baeza *et al.*, 2020).

psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ardila & Galende, 2011; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010; Stolkiner, 2021; entre otras/os). En este sentido la salud mental, como un proceso, un campo de conocimientos y acción, se articula con la noción de salud, en cuanto a la posibilidad de acceder a derechos y a procesos de subjetivación en la vida en comunidad, donde cobra centralidad la perspectiva sobre los determinantes de la salud y la salud colectiva (Breilh, 2010; Stolkiner, 2021). En palabras de Bang (2014) en el campo de problemáticas de salud/salud mental, se reconocen múltiples determinantes y entrecruzamientos, cuyo abordaje incluye ineludiblemente una perspectiva comunitaria, compleja e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental.

Método

En este trabajo adherimos a un enfoque metodológico cualitativo, de investigación-acción-participativa, en un proceso en el que nos involucramos en la construcción con otros/as desde el conocimiento situado de las prácticas sociales como experiencia vital. El fundamento de la metodología cualitativa está dado por una definición epistemológica, por los procesos implicados en la construcción del conocimiento y por la forma en que éste se produce en relación con otras personas. En esta investigación tomamos un diseño de teoría fundamentada (Soneira, 2007), desde un modelo de generación del conocimiento de carácter inductivo a través de un paradigma interpretativo (Vasilachis de Gialdino, 2007). Asimismo, desde el posicionamiento de una investigación implicada, adscribimos a una perspectiva basada en el compromiso-acción, una posición ideológica que implica una perspectiva de derechos humanos en la producción de conocimientos (Fals Borda, 1979; Zavaro Pérez, 2020).

La población con la que trabajamos está constituida por habitantes de diez barrios periurbanos en las ciudades de Comodoro Rivadavia, Esquel, Puerto Madryn, Rawson y Trelew, que se caracterizan por ser las de mayor tamaño en número de habitantes en la provincia. Los dos barrios en cada localidad han sido seleccionados de modo intencional de acuerdo a los objetivos que guían la investigación, motivo por el cual nos focalizamos en espacios ubicados en las periferias de las ciudades, en situación de vulnerabilización de derechos, que presentan su déficit en los servicios urbanos, falta de infraestructura, déficit de saneamiento ambiental, con limitaciones de acceso a los servicios de salud y con alto grado de precarización laboral de sus habitantes (Bachiller *et al.*, 2015). Así se constituyó un muestreo teórico e intencional, donde partimos del contacto con referentes que nos vincularon con otras personas y grupos sociales, instituciones u organizaciones en cada localidad.

El trabajo se desarrolló a través del vínculo con grupos y personas de los barrios en el marco de un diagnóstico comunitario y la elaboración de un mapeo de actores (Lapalma, 2019) como parte del proceso de interacción. Así tomamos contacto con referentes institucionales, comunitarios, de organizaciones sociales y vecinas/os, desarrollando entrevistas semi-dirigidas y observaciones participantes en los espacios de circulación de las personas (Guber, 2013). Asimismo desarrollamos talleres de cartografía social (Diez Tetamanti, 2018) en los que buscamos reconstruir las experiencias singulares y grupales sobre la organización del trabajo, el tiempo y el espacio, a partir del contexto de la pandemia, así como dispositivos y estrategias que se pusieron en marcha para el sostenimiento de la vida. Esta triangulación metodológica nos permitió elaborar categorías de análisis, surgidas desde nuestra perspectiva teórica conceptual, como desde la interacción con las personas y grupos de la comunidad que fueron parte activa de este proceso.

En el marco del proyecto de investigación del que se desprende este trabajo (Diez Tetamanti & Freytes Frey, 2021) se llevó adelante un mapeo de actores en diez barrios periurbanos de la provincia de Chubut (dos en cada localidad). Allí se realizaron 22 entrevistas a referentes institucionales (tres en Trelew, tres en Rawson, seis en Puerto Madryn, seis en Comodoro Rivadavia y cuatro en Esquel) y 31 entrevistas a referentes comunitarios (cuatro en Trelew, cinco en Rawson,

seis en Puerto Madryn, siete en Comodoro Rivadavia y nueve en Esquel) buscando caracterizar las condiciones estructurales en cada territorio; las necesidades y problemáticas relevantes; y los recursos institucionales y comunitarios. Seguido a ello se llevó adelante una jornada de cartografía social con cada grupo de referentes territoriales en cada barrio. Cabe aclarar que en este estudio garantizamos el resguardo de la confidencialidad y el anonimato de interlocutores/as, contando con el consentimiento informado para su participación voluntaria, circunscribiéndonos a los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Resolución N° 2857, 2006).

Para este trabajo se ha seleccionado el corpus de entrevistas a referentes comunitarios, el registro de observaciones participantes y las jornadas de cartografía social que nos permiten describir los modos en que se construyen los cuidados para la salud mental en el contexto de referencia. En este sentido las 31 personas entrevistadas son adultas, en su mayoría mujeres (25). De las jornadas de cartografía social participaron alrededor de cien personas en las diferentes localidades, en su mayoría mujeres adultas que pertenecen a organizaciones territoriales o son beneficiarias de las mismas en cada uno de los barrios.

Las entrevistas y el registro de las observaciones participantes, en los encuentros con los diferentes grupos y en los talleres de cartografía social, fueron transcritos en procesadores de textos para luego proceder a su codificación a través de categorías analíticas conceptuales y emergentes. Estos datos primarios forman parte del corpus que se produjo en el marco de la investigación financiada por el Programa de articulación y fortalecimiento federal de las capacidades en ciencia y tecnología COVID-19 del Consejo Federal de Ciencia y Tecnología (COFECyT, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la República Argentina; Diez Tetamanti & Freytes Frey, 2021). Si bien los datos primarios no se encuentran disponibles para su consulta por condiciones de confidencialidad y anonimato, es posible consultar los datos procesados y analizados en los informes parciales y finales de la investigación (Diez Tetamanti & Freytes Frey, 2021). A partir de los datos que se produjeron en este proceso de investigación, elaboramos categorías de análisis, que surgen de la interacción con interlocutores/as y nuestra perspectiva teórica-conceptual.

El análisis de la información se realizó a través de lo propuesto por la teoría fundamentada. En un primer momento realizamos una codificación abierta, en la que se clasificaron las unidades de observación y fragmentos de entrevistas, según sus unidades de significados. A partir de esto, desarrollamos una codificación axial, donde estructuramos la primera codificación en categorías analíticas agrupadas en temas y un modelo de interrelaciones. Por último, desarrollamos una codificación selectiva, a través de la cual seleccionamos la categoría central en estudio, vinculada sistemáticamente con las demás categorías (Estrada-Acuña & Giraldo, 2021; Soneira, 2007). Del análisis emerge la propuesta de caracterización de los diferentes tipos de cuidados y ámbitos en los que se producen. A partir de esto, llevamos a cabo una reflexión analítica del proceso de investigación en colaboración con los diferentes grupos de interlocutores/as, como un proceso de revisión dialógica.

Resultados

En las diferentes localidades donde trabajamos, observamos una serie de modificaciones en la vida cotidiana y las relaciones sociales. Estas transformaciones se produjeron por las medidas de gobierno que se fueron tomando a lo largo del tiempo para la prevención de contagios de Covid-19, las dinámicas de control a través de las políticas de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) y distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO), así como por el desarrollo de diferentes formas de cuidar la salud en una situación crítica desde marzo de 2020.

Como observamos previamente, para el contexto en estudio, se profundizaron diferentes desigualdades existentes, en especial en el acceso a alimentos, trabajo, conectividad, el acceso educativo, el acceso a programas sociales, políticas sanitarias y servicios públicos. De este modo muchas de las estrategias de cuidado en estos grupos poblacionales consisten en formas de super-

vivencia frente a medidas de gobierno que desconocieron las particularidades de los circuitos de la economía informal. En esta línea, la OPS (2020) explicita la necesidad de abordar los efectos y consecuencias no deseadas de las medidas de gobierno.

Si bien existieron diferentes medidas de gobierno que buscaron paliar los efectos negativos sobre la economía, la salud y el trabajo (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2020), estas no fueron suficientes en un espacio que se singulariza por condiciones previas de vulnerabilidad social. Incluso algunas medidas de gobierno presentaron sesgos de clase social, en tanto no contemplaron las posibilidades reales de efectivizar las estrategias de cuidado recomendadas.

En los relatos de diferentes personas se evidencia el cese del vínculo con diferentes agentes estatales, a partir de los cuales accedían a bienes simbólicos o materiales. Así, ante una aparente retirada de las agencias estatales en los barrios populares y en un contexto donde predominaban los consejos sobre el aislamiento y el distanciamiento como prácticas de cuidado, observamos en estos grupos sociales diferentes estrategias de cuidado para la salud/salud mental. De este modo caracterizamos cuidados de tipos físicos/materiales, afectivos, recreativos y espirituales, así como aquellos cuidados provistos en los ámbitos personales, familiares, laborales y comunitarios. Si bien es posible distinguir estas prácticas de cuidado en términos analíticos y discretos, estas pueden darse de manera conjunta en la experiencia social. Estas caracterizaciones, en función del ámbito y tipo de cuidado, surgen del proceso de investigación, siendo enriquecidas por las propias personas interlocutoras. De este modo presentamos en la Tabla 1 un cuadro de doble entrada, en el que pueden representarse diferentes combinaciones entre los tipos de cuidados y los ámbitos en los que se producen.

Tabla 1

Tipos y ámbitos de cuidados

	Ámbito	Material	Afectivo	Recreativo	Espiritual
Personal	-	-	-	-	-
Familiar	-	-	-	-	-
Laboral	-	-	-	-	-
Comunitario	-	-	-	-	-

Nota. Tabla de elaboración propia para esquematizar los tipos de cuidados y los ámbitos en los que estos se producen.

Tipos de Cuidados: Materiales, Afectivos, Recreativos y Espirituales

Los cuidados de tipo material están vinculados a la provisión de condiciones materiales y económicas para el sostentimiento de la vida. En las narrativas sobre los cuidados para la salud durante la pandemia, las personas reconocen el ajuste de las rutinas, la reducción de la movilidad y las medidas de bioseguridad como formas importantes de cuidado ante la pandemia. Sin embargo, en muchos casos se destaca lo problemático de la perspectiva autoritaria, “policial”, desde la cual se exigían cuidados en algunos medios de comunicación, y en algunos casos en las comunidades, bajo la consigna de “quédate en casa”, como un imperativo que para muchas personas era imposible cumplir (Baeza *et al.*, 2020; Passerino & Trupa, 2020). En este sentido se observan en varios

relatos los efectos de las discursivas vinculadas al control que se asocian a prácticas utilizadas por la última dictadura militar. Una de las vecinas en la ciudad de Rawson comenta que “Hubo algunos testimonios de miedo por los operativos de control policial, aprovechando la pandemia para generar un control muy parecido a la dictadura; revisar mochilas; sentirse vulnerados ante la presencia policial; los controles para circular, los horarios, no dejar salir a la gente a tomar aire...” (Nota de trabajo de campo, noviembre de 2021).

Por otro lado, es importante destacar que en estos grupos predominan los empleos no registrados y precarizados que en muchos casos debieron ser interrumpidos en la pandemia, por lo cual la subsistencia económica durante los períodos de ASPO, fue resuelta por el apoyo de familiares, redes comunitarias, y en algunos casos con subsidios del Estado nacional. En los casos en que las condiciones lo permitían, emergían prácticas vinculadas al acondicionamiento de espacios de vivienda para la prevención de contagios de COVID-19 y la asistencia ante la enfermedad. Asimismo surgieron acciones que hacen a una “vida saludable” según la propia comunidad. En este sentido emergen algunos aspectos vinculados al descanso, una alimentación adecuada para la salud, actividad física y “conexión con la naturaleza”.

También se hizo relevante la provisión de servicios básicos –energía eléctrica, agua, gas y calefacción– como un modo de cuidado material. En una de las conversaciones con una referente comunitaria de Puerto Madryn, esta nos comenta:

Hay familias que no cuentan con todos los servicios conectados de manera regular. Así es muy difícil que puedan tener un cuidado integral sobre su salud, porque si no tienen gas van a dormir con frío, eso hace que te levantes mal; si no tenés un baño en condiciones, con una ducha... Si vos te das una ducha caliente, eso te cambia el ánimo. Bueno si eso no está, ahí “vas menos diez”² (Entrevista con Referente comunitaria en Puerto Madryn, abril de 2021).

En la voz de una de las referentes se explicita la interrelación entre los diferentes tipos de cuidado, donde se observa la importancia de la provisión material para el desarrollo del bienestar emocional.

En lo que respecta a los cuidados afectivos en los diferentes intercambios se ponderó la importancia de la comunicación con seres queridos, familiares, amistades y vecinos/as. Asimismo se visibilizó la importancia de escuchar a otras/os, la demostración afectiva y el respeto por las emociones de cada persona. En este sentido una vecina explicita la importancia de “ofrecer la escucha a personas que atraviesen miedos e incertidumbre” (...). También se destaca la importancia del humor y una “actitud positiva” ante los problemas. Distinguimos entonces a los cuidados de tipo afectivos como aquellos vinculados a la contención emocional y relacional que sostienen a una persona o grupo.

Uno de los vecinos, participante de una organización barrial en Trelew, hace referencia al impacto que le produjo el cese de actividades cotidianas durante la pandemia: “(...) que se haya cortado todo, a mí me planchó. Llegué a sentir un estado de depresión, de ansiedad... lo fui superando a mitad de año gracias a que me sumé a la organización” (Entrevista con vecino de Trelew, 5 de Marzo del 2021). Así se reconoce el impacto subjetivo que produjeron la pandemia y las medidas asociadas a ella. Sin embargo la posibilidad de reconstruir vínculos con otras personas, en este caso en una organización vecinal, se presenta como una posibilidad de superar aquel malestar.

Por otro lado, observamos el registro sobre los propios sentimientos y sobre los de las

² Expresión que hace referencia a ir en malas condiciones o en una dirección no deseada. Esta frase remite metafóricamente a la expresión para nominar el horario y su condición del tiempo que falta para llegar a un punto determinado.

demás personas ante un evento crítico como la pandemia. En palabras de una de las vecinas “aparecieron nuevas maneras de demostrar afecto y cuidar al otro a la vez, por ejemplo nuevas maneras de abrazar”, haciendo referencia a los contactos en la virtualidad (Vecina de la Ciudad de Rawson, noviembre de 2021). En otro encuentro con mujeres de un barrio de Comodoro Rivadavia dan cuenta de “otras formas de cuidado” que tienen que ver con el vínculo entre vecinas. Una de las mujeres comenta que usaron mucho el celular para estar conectadas entre ellas y con la familia. Recuerda los eventos que organizaron entre ellas para el día de la madre y el día del niño durante el año 2020. También emerge como relevante el contacto virtual que tienen algunas mujeres con la iglesia católica, donde realizan la catequesis familiar, significada como importante ante esta situación crítica (Nota de campo, Comodoro Rivadavia, 21 de abril de 2021). En este caso aquellos cuidados de tipo afectivos están estrechamente vinculados a los recreativos y espirituales.

En lo que respecta a los cuidados recreativos, estos son comprendidos como aquellas actividades lúdicas, artísticas y/o creativas significadas como relevantes para el bienestar. Diferentes trabajos refieren la importancia de las actividades creativas y lúdicas como parte de promoción de la salud integral (Bang *et al.*, 2016; Bang *et al.*, 2018). En este sentido, observamos diferentes actividades que hacen a lo que algunas interlocutoras denominan como actividades de “distensión”. Una de las vecinas comenta la necesidad de la recreación en relación a las personas adultas mayores: “los cuidamos no solo psicológicamente, sino acompañar, por ejemplo, de juntarnos en algún lugar a jugar a las cartas, hacer recreación, un lugar de entretenimiento y recreación para incentivarlos” (Entrevista con vecina de Rawson, diciembre de 2020).

En diferentes encuentros con referentes y vecinas/os emergen las instancias recreativas como aquellas necesarias ante el aislamiento. Así observamos algunas actividades individuales, como el leer, escuchar música, bailar, hacer manualidades, ocuparse de huertas y plantas o realizar actividades físicas. También se observan actividades con otras personas, en muchos casos del núcleo familiar, como compartir juegos de mesa, saberes y reinventar espacios compartidos. En los momentos en los que se pudo volver a circular por los barrios, observamos una reapropiación de los espacios públicos, sobre todo de niños y niñas.

Los cuidados espirituales emergen en el intercambio con algunas personas como una forma de atravesar la crisis que implicó la pandemia. Trabajos recientes evidencian que la dimensión espiritual ayuda a transitar los momentos difíciles o de enfermedad (Castellanos Soriano & Rincón Andrade, 2021; Guerrero Castañeda & Hernández-Cervantes, 2020).

Martín (2009) propone la noción de “prácticas de sacralización” para dar cuenta de los diversos modos de hacer sagrado, de inscribir personas, lugares, momentos en una textura diferencial del mundo-habitado. En este sentido comprendemos a los cuidados espirituales como aquellas prácticas de sacralización, que sostienen y dan sentido a la vida de las personas. Una de las referentes comunitarias de Rawson plantea la importancia de la comunicación y el acompañamiento espiritual durante el periodo de aislamiento:

La comunicación fue una herramienta para la labor de acompañamiento espiritual, a través de diferentes aplicaciones disponibles para promover espacios de reflexión y escucha, pese a las barreras digitales y dificultades. Este modo de comunicarse subsiste ya que también hay personas de riesgo que no pueden acercarse. Esto fue fundamental, ya que había mucha necesidad y demanda del espacio (Entrevista con referente comunitaria de Rawson, marzo de 2021).

Así observamos en diferentes barrios la consolidación de congregaciones religiosas católicas y evangelistas que procuraban mantener contacto a través de la virtualidad con personas de la comunidad. Algunas personas sostienen “tener fe” ante los hechos de la pandemia, confiando en una pronta solución de las dificultades asociadas a la pandemia. En este caso la fe funciona como una dimensión que brinda seguridad ante la situación de incertidumbre.

Diferentes relatos traen a colación los saberes sobre la utilización de plantas para el manejo de la ansiedad o estrategias de meditación. Así existen diferentes prácticas que hacen a los cuidados espirituales. Observamos por parte de algunas mujeres la reivindicación de la “medicina ancestral”, “saberes ancestrales” y prácticas religiosas que se resignifican en la pandemia. En este sentido los cuidados exceden aquellos que promueve el sistema público de salud, y están en vinculación con prácticas materiales, económicas, afectivas y espirituales (Barria Oyarzo, 2022). En palabras de Semán (2021) la denominada religiosidad popular se liga a una “experiencia cosmológica”, en tanto involucra una totalidad que supone la íntima conexión entre los planos de la persona, la naturaleza y lo sobrenatural. Estas perspectivas sobre el mundo, donde las personas son parte de una totalidad, se presentan en conflicto con el “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 2003), que por sus características jerarquiza saberes biologicistas, individuales y ahístóricos.

Ámbitos de cuidados: en lo personal, la familia, el trabajo y lo comunitario

En lo que respecta a los ámbitos donde se producen los cuidados observamos la centralidad de cuatro dimensiones: la personal, la familiar, la del trabajo y la comunitaria. El cuidado en el ámbito personal refiere particularmente a aquellas prácticas que colaboran en el sostenimiento de la vida individual. Aquí se distinguen aquellas prácticas realizadas por las personas destinadas a promover y/o mantener el propio bienestar, así como aliviar el dolor y el sufrimiento. De este modo observamos diferentes prácticas que van desde la provisión de condiciones materiales para el desarrollo de la vida, a las afectivas, las recreativas y las espirituales. Diferentes personas reconocen algunas prácticas que producen bienestar subjetivo, como lo puede ser el caso de “tener fe” ante la situación crítica, realizar actividades recreativas, escuchar y ser escuchados por otras personas y alimentarse de manera saludable.

En palabras de Holguín-Lezcano *et al.* (2020) cada persona otorga un sentido a la construcción de autocuidado, en la medida que lo va experimentando, como competencia que se desarrolla a través de las vivencias y situaciones que se atraviesan. Esto hace que los propios sujetos reconozcan su importancia, al sentir el bienestar que estas prácticas pueden generar o las situaciones de malestar que ha podido evitar al implementarlas.

Algunas personas destacan la importancia de provisión de cuidados al interior de los grupos familiares, ponderando de manera positiva la buena comunicación con miembros del grupo familiar y la distribución equitativa de diferentes tareas del hogar como un modo de cuidado. Esto cobra relevancia considerando la intensificación de los vínculos en la vida familiar, teniendo en consideración el periodo de ASPO en el que muchas personas se vieron obligadas a permanecer en los espacios domésticos.

Si bien se reconocen diferentes prácticas de cuidado al interior de los grupos familiares, algunas mujeres dan cuenta de la sobrecarga de trabajo no remunerado. En el periodo de pandemia, a las tareas habituales en los espacios domésticos se han sumado otras, como el acompañamiento a las trayectorias escolares de sus hijos/as. Una de las mujeres, madre de tres niñas, comentó “hice de tres maestras diferentes. Me pregunté todo el tiempo si lo estaba haciendo mal o bien” (Entrevista con vecina de Rawson, noviembre de 2021). Asimismo, algunas mujeres señalan la comunicación y asistencia a adultos mayores en este contexto. Así se vieron acentuadas, según el relato de las mujeres, las tareas de asistencia a niños, niñas, personas adultas mayores y limpieza del hogar.

Diferentes perspectivas han dado cuenta de la distribución social del cuidado, que tiende a responsabilizar a las mujeres sobre este en el ámbito familiar, vinculadas particularmente con su naturaleza, sus dimensiones morales y afectivas (Comas d'Argemir, 2014). Particularmente durante la pandemia y el ASPO se profundizó la sobrecarga y la responsabilización sobre las mujeres de las tareas de cuidado al interior de los grupos familiares, lo cual se ha evidenciado en diferentes aportes (Bonavitta & Bard Wigdor, 2021; CEPAL, 2020).

Sobre los cuidados en el ámbito laboral surgen diferentes prácticas vinculadas al trabajo remunerado, para quienes pudieron continuar con sus tareas durante el ASPO o pudieron volver a sus actividades en el periodo de DISPO. Así surgen en los diferentes intercambios algunos modos de cuidado. Por un lado aquellos vinculados a la prevención de contagios en los espacios laborales, como la consolidación de “burbujas” (grupo de personas), el distanciamiento social, la utilización de elementos de bioseguridad y la higiene de manos y espacios. Por otro lado, se visibilizan prácticas vinculadas a propiciar un buen clima laboral e institucional, en el que se garanticen los derechos de las personas. De este modo algunas personas reconocen la importancia de evitar el exceso de carga horaria en las tareas laborales y la generación de espacios grupales, donde se puedan expresar las emociones entre compañeros/as.

En el ámbito laboral predomina el temor de diferentes personas a contagiarse y contagiar a sus seres queridos, sobre todo por parte de quienes trabajan en el ámbito del sistema público de salud. Esto queda de manifiesto en el intercambio con una trabajadora del ámbito de la salud:

Nosotras la pasamos horrible, fue un horror, veníamos al centro de salud y llorábamos todas juntas, todas teníamos miedo. No nos daban suministros (...) Teníamos miedo de contagiar a la familia. Yo no podía ver a nadie y hay gente que, hasta hoy no me quiere ver, me manda solo mensajito, porque nosotros tenemos más riesgo que nadie, y los entiendo. Fue todo un terror. (...) Teníamos que desinfectar todo. Llegaba a mi casa y no podía saludar a nadie, directo a bañarme, a lavar la ropa. Tenía miedo por mi familia (Entrevista a empleada administrativa del centro de salud en Comodoro Rivadavia, enero de 2021).

En este contexto, a la condición de preocupación y miedo por el contagio del virus se suman las condiciones de trabajo, vinculadas a la falta de insumos para la protección. Así diferentes trabajos han dado cuenta de la necesidad de generar medidas que garanticen la protección de trabajadores/as en el ámbito de la salud ante la situación crítica de pandemia, donde se evidencia la condición de vulnerabilidad a la que están expuestos (Diez Tetamanti & Freytes Frey, 2021; Cantor-Cruz *et al.*, 2021). Esto cobra centralidad, considerando que para trabajadores/as del sistema sanitario las redes de apoyo de compañeros/as son un factor protector de la salud mental (RASIC, 2020).

Entre las formas de proteger la salud se destaca particularmente la provisión de cuidados en lo comunitario. Varios grupos subrayan la solidaridad y empatía de la comunidad, dando cuenta de diferentes formas de organización cooperativa que se produjeron en la pandemia. En este sentido, observamos el crecimiento considerable de voluntarios/as en las distintas tareas, sobre todo de mujeres, ya sea en centros de acopio de alimentos, de ropa, comedores comunitarios, organizaciones no gubernamentales y sindicatos. Así este tipo de cuidado se caracteriza por el carácter colectivo del sujeto que cuida (Sanchís, 2020). En esta línea, Vega Solís *et al.* (2018) explican que los cuidados en entornos sociales abiertos difuminan los contornos de la familia, el mercado o el Estado, donde se hace presente el carácter cooperativo de los cuidados, en la familia extensa y la comunidad.

Una de las vecinas comenta “con la pandemia sentimos que teníamos el agua hasta el cuello” haciendo referencia a la situación de vulnerabilidad ante la falta de recursos para la subsistencia y la imposibilidad de salir a trabajar (Nota de trabajo de campo, noviembre de 2021). En este sentido se observan diferentes formas de organización cooperativa para la subsistencia, la provisión de recursos básicos y el acompañamiento afectivo. Una referente comunitaria explica que cuando no hay posibilidad de comprar alimentos “siempre lo hablábamos entre vecinos. A veces intercambiabamos, como truque, comida. Por ahí algún vecino nos decía que hay viandas en algún comedor e íbamos” (Entrevista a referente comunitaria, marzo de 2021). Una persona de Esquel explica:

Organizaciones hay muchas, están las iglesias, que por ahí en estos tiempos estuvieron trabajando mucho en abrir comedores; gente del barrio que por ahí hizo merenderos y esas cosas para ayudar al barrio, a la gente y a los chicos, que por ahí no tenían algo para comer. Hay bastantes organizaciones acá (Entrevista a vecino de Esquel, marzo de 2021)

En los cuidados en el ámbito comunitario también se otorga un lugar preponderante a la dimensión afectiva en los vínculos con la familia extensa, amistades y vecinos/as.

Una vecina de Comodoro Rivadavia comenta "hay personas que se vienen a desahogar conmigo. Les digo de salir a caminar, dar una vuelta, y es lo que hago por ellos". En este contexto también explica "nosotras acá entre 6 vecinas por ejemplo el día del niño, nos organizamos y juntamos leche, cacao, para hacerles chocolate a los chicos y golosinas" (Entrevista con vecina, Comodoro Rivadavia, marzo de 2021). En este sentido observamos organizaciones comunitarias formalizadas y otras espontáneas que se producen en el vínculo entre vecinas. A partir de estas relaciones también se visibiliza el modo en que circula información y recursos, en algunos casos para acceder a los beneficios que provee el Estado. Se difunde información importante sobre medidas de seguridad, medidas de cuidado, beneficios sociales y las condiciones de personas en situación de vulnerabilidad que requerían ayuda.

Los cuidados en el ámbito comunitario, como también lo plantea Sanchís (2020), se presentan como prácticas altamente feminizadas. En este sentido, el accionar colectivo de mujeres tuvo un papel protagónico a nivel territorial durante la pandemia, sosteniendo comedores y otras iniciativas con fuerte inscripción territorial.

Discusión

En palabras de Batthyány (2015) las tareas de cuidado designan ayuda a otras personas en el desarrollo y bienestar en su vida cotidiana, implicando dimensiones materiales, económicas y psicológicas/afectivas. En este estudio damos cuenta del cuidado en tanto instancia del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (Menéndez, 2003) para el sostenimiento de la vida. En este sentido, las prácticas de cuidado pueden ser de ayuda a otras personas, pero también visibilizamos estrategias de autocuidado, en el ámbito de lo personal. Por otro lado, además de aquellos tipos de cuidados vinculados a lo material, lo económico y lo afectivo, también observamos aquellos cuidados de tipo creativos, que hacen al sostenimiento de la vida en su dimensión lúdico-expresiva, y espirituales, que hacen al sostenimiento de la vida a partir de prácticas que incluyen una dimensión cosmológica.

Por otro lado, en su teorización sobre el denominado "diamante de los cuidados" (*Care Diamond*), Razavi (2007) explicita la corresponsabilidad de los cuidados por parte de cuatro agentes: el Estado, las familias, los mercados y las organizaciones sin fines de lucro. En este contexto, ante la aparente retirada de las agencias estatales y la inexistencia de la provisión de cuidados por parte del mercado, observamos un robustecimiento de las organizaciones sociales, redes de cuidados comunitarias y familiares con una feminización preponderante de estas tareas. Es de destacar entonces el fortalecimiento y la reinvención de sentidos desde las redes no institucionalizadas de cuidado, así como sus modos diferenciales de gestión, articulación y utilización de redes y recursos institucionales. Asimismo observamos la importancia de reconocer el ámbito de lo personal y el laboral como espacios donde se producen cuidados para la salud mental. Así es necesario analizar desde una perspectiva de género cómo en estas situaciones traumáticas a nivel comunitario se destaca el borramiento entre los límites del cuidado productivo y reproductivo, generando estrategias novedosas de cuidados integrales, con un liderazgo fuertemente feminizado.

Conclusiones

En este trabajo hemos evidenciado los diferentes tipos de cuidado para la salud mental y los ámbitos en los que se producen, en un contexto caracterizado por las condiciones de vulnerabilidad psicosocial durante los años 2020 y 2021 en la provincia de Chubut, Argentina. En el marco de la pandemia del Covid-19, si bien existieron diferentes medidas de gobierno que buscaron paliar los efectos negativos sobre la economía, la salud y el trabajo, estas no fueron suficientes en un espacio que se caracteriza por condiciones previas de vulnerabilidad. La gestión de las medidas de gobierno, complejizada por la necesidad de coordinar los niveles nacionales, provinciales y municipales, generó una lentitud e insuficiencia en las medidas tomadas para el cuidado y la sostenibilidad de la vida, especialmente en los sectores de mayor vulneración de derechos. Frente a esto, contrasta la rápida respuesta, que implicó la reorganización y organización de las redes comunitarias, existentes y emergentes. Estas, ante la magnitud de la crisis, pudieron generar respuestas más pertinentes y adecuadas a las necesidades de cada territorio. Así observamos diversas estrategias en diferentes grupos de barrios populares para sostener la salud mental en términos integrales.

Visibilizamos los tipos de cuidados materiales, afectivos, recreativos y espirituales, así como los ámbitos personales, familiares, del trabajo y comunitarios en los que se producen. Estas caracterizaciones, que se realizan en el proceso de investigación, han sido enriquecidas por las/os propias/os interlocutoras/es. Si bien es posible distinguir estas prácticas de cuidado en términos analíticos y discretos, estas pueden darse de manera conjunta en la experiencia social. Evidenciamos diferentes estrategias de cuidado para la salud mental que las personas o grupos utilizan en diferentes momentos o de manera simultánea. Así a estas clasificaciones descritas pueden agregarse otras, dependiendo del contexto, donde los tipos y ámbitos pueden tomar otras características. Esta perspectiva nos permite recuperar el dominado pluralismo asistencial (Menéndez, 2003), considerando a los cuidados para la salud más allá de la racionalidad médica occidental.

Ante una aparente retirada de las agencias estatales en los territorios, observamos un robustecimiento de las redes familiares y comunitarias para el sostenimiento de la salud, con una particular feminización de las tareas de cuidado, resultando una sobrecarga para las mujeres. En este sentido observamos una continuidad entre el trabajo productivo y reproductivo que sostienen en general grupos de mujeres en un periodo crítico para la vida. Por otro lado, se evidencian formas de cuidado recreativas y espirituales, que se presentan como novedosas para el cuidado, donde las actividades lúdico-expresivas, así como aquellas vinculadas a la dimensión cosmológica son centrales. En consecuencia es imperioso expandir y actualizar las categorías analíticas para la comprensión de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados en salud mental, con la participación de las comunidades.

Comprender a la salud mental como un proceso en el que intervienen diferentes factores de la vida social y los derechos humanos, nos permite dar cuenta de la complejidad que requiere el entramado para la producción del bienestar. Así, la perspectiva de la determinación social de la salud es imprescindible para el estudio de la producción de los cuidados, ya que estos están vinculados al sostenimiento de la vida y a la perpetuación y reparación de nuestro mundo. De este modo visibilizamos una compleja red de apoyo a la vida que se produce en el marco de diferentes formas de desigualdad social, donde las personas buscan vivir lo mejor posible dentro de sus propios marcos de significación.

Consideramos que los aportes presentados, pueden constituir un insumo importante para los decisores de políticas públicas, vinculadas a la Atención Primaria de Salud y al modelo de Salud Mental Comunitaria, en el abordaje de las determinaciones sociales de la salud y el pluralismo asistencial en la producción de cuidados. Es imperioso el desarrollo de medidas que atiendan a las desigualdades en términos sociales, económicos y de género, en tanto feminización de los cuidados. En este sentido se hace imprescindible considerar el rol de la participación social y comunitaria en la planificación de dispositivos que acompañen la política pública para la produc-

ción de estrategias de cuidados integrales, necesarios para el abordaje de salud y la salud mental. Los recursos públicos deben ser gestionados en términos de lo que necesitan los propios grupos poblacionales para el sostenimiento de su vida y su mundo, más allá de la perspectiva normativa y biomédica.

Bibliografía

- Ardila, S & Galende, E (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1, 39-50.
- Bachiller, S., Baeza, B., Vazquez, L., Feddo, B., & Usach, N. (2015). "Hay una ciudad informal... o la atendés o no la atendés. Revisando el papel que tuvieron las ocupaciones de tierras en la conformación del entramado urbano comodorense". En S. Bachiller (Ed.), *Toma de tierras y dificultades de acceso al suelo urbano en la Patagonia central* (pp. 69-124), Miño y Dávila editores y UNPA EDITA.
- Baeza, B. (2021). Memoria e itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes andinas en la cuenca patagónica del Golfo San Jorge (Argentina). *Diálogo andino*, 65, 307-320. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812021000200307>
- Baeza, B., Barria Oyarzo, C. & Espiro, M. L. (2020). Grupos migrantes en Chubut. Trabajo, exclusiones y dificultades en tiempos de cuarentena. *Identidades*, 10 (18), 77-86.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Bang, C., Barile, C. E., Guldris, M., & Jungberg, M. (2018). Arte, juego y salud mental: una propuesta de articulación entre universidad, instituciones y comunidad. *Redes De Extensión*, (4), 27-42.
- Bang, C., Stolkiner, A. & Corín, M. (2016). Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 463- 473. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0582>
- Barria Oyarzo, C. (2022). Entre compadres, comadres y paisanas que saben curar: prácticas de cuidados comunitarios por parte de migrantes rurales de Bolivia en una ciudad de la Patagonia argentina. *Périplos. Revista de Estudios sobre Migraciones*, 6(2). https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/4191
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales. *Serie Asuntos de Género*, 124, 9-43.
- Bonavitta, P., & Bard Wigdor, G. (2021). Las mujeres en aislamiento por COVID-19: Tiempos de cuidado, tareas domésticas, comunitarias y Teletrabajo. *Revista Punto Género*, 15, 89-113. <https://doi:10.5354/0719-0417.2021.64400>
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6 (1), 83-101.
- Cantor-Cruz, F., McDouall-Lombana, J., Parra, A., Martin-Benito, L., Paternina Quesada, L., González-Giraldo, C., Cardenas Rodríguez, M., Castillo Gutiérrez, A., Garzón-Lawton, M., Ronderos-Bernal, C., Guarín García, B., Acevedo-Peña, J., Gómez-Gómez, O. V., & Yomayusa-González, N. (2021). Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 74-80.
- Castañeda Raul Fernando y Hernández-Cervantes Quetzalcóatl (2020) El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingencia por Covid-19. *Cogitare enferm*, 25, e73518. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73518>
- Castellanos Soriano, F., & Rincón Andrade, M. (2021). Influencia de la espiritualidad en las dimensiones del cuidado en mujeres adultas mayores. *Ciencia y enfermería*, 27, (16), 1-11.

- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Comas d'Argemir, D. (2014). Los cuidados y sus máscaras: Retos para la antropología feminista. *Mora*, 20(1).
- Diez Tetamanti, J. (2018). *Cartografía Social, Teoría y Método*. Biblos.
- Diez Tetamanti, J. y Freytes Frey, M. (2021) *Covid-19 en Chubut: Salud mental en personas trabajadoras de servicios esenciales y población en situación de vulnerabilidad psicosocial*. Rawson: Ed. UDC.
- Domínguez Lostaló, J., & Di Nella, Y. (2009). *Desarrollo Humano en comunidades vulnerables: el método de la clínica de la vulnerabilidad psicosocial*. Serie Psicosocial: Editorial Koyatun.
- Epele, M. (2012). Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático. Buenos Aires: Antropofagia.
- Esquivel, V., Faur, E., & Jelin E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En *Las lógicas del cuidado infantil*. IDES, UNICEF.
- Estrada-Acuña, R., & Giraldo Mora, C. (2021). Aproximación al análisis de datos cualitativos en Teoría Fundamentada desde la perspectiva clásica. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 20(10), 19-37.
- Fals Borda, O. (1979). *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla*. Tercer Mundo.
- Fisher, B. & Tronto J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En: E. Abel y M. Nelson (eds.) *Circles of Care*. Albany (36-54). SUNY Press.
- Guber, R. (2013). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidos.
- Holguín-Lezcano, A., Arroyave-González, L., Ramírez-Torres, V., Echeverry-Largo, W. A., y Rodríguez-Bustamante, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiesis*, 39, 149-167. <https://doi.org/10.21501/16920945.3760>
- Kessler, G. (2020) Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN. Buenos Aires: CONICET. Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19.
- Lapalma, A. (2019). Psicología comunitaria, intervención y proceso. *Revista Conceptos*, 92(501), 13-48.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. (2 de diciembre de 2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Leyton, D. & Valenzuela, A. (2016). Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de toconao. Estudios *Atacameños Arqueología y Antropología Surrandinas*, 55, 251-270.
- Martín, E. (2009). From Popular Religion to Practices of Sacralization: Approaches for a Conceptual Discussion. *Social Compass*, 56(2), 273–285. <https://doi.org/10.1177/0037768609103362>
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina (2020) Medidas del Estado argentino para la protección de los Derechos Humanos durante la pandemia del Covid-19 Las respuestas frente a las recomendaciones de los organismos internacionales y regionales de Derechos Humanos. Secretaría de derechos humanos. Buenos Aires: Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/SP/COVID/States/Argentina1.pdf>

- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., & Montaguti, C. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM Catalyst*, 1(2). <https://doi/abs/10.1056/CAT.20.0080>
- OMS. Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- OPS - Organización Panamericana de la Salud (2020) Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. Washington DC: OPS.
- Passerino, L. & Trupa, N. (2020). Experiencias de cuidados y trabajo: Preocupaciones, malestares y emociones en contexto de pandemia de Covid-19 en Argentina. *Revista Feminismos*, 8(3), 134-148
- RASIC - Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (2020). Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras de la Salud: investigación internacional multicéntrica. Universidad del Chubut.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- Resolución Nº 2857/06. CONICET: Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades. (11 de diciembre de 2006). <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RD-20061211-2857.pdf>
- RISU. Red de Investigaciones sobre Indígenas Urbanos (2020) Contribución continental Contribución Continental al Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre el Impacto de COVID19 en los pueblos indígenas. Disponible en: <https://www.clacso.org/contribucion-continental-al-informe-del-relator-especial-sobre-los-derechos-de-los-pueblos-indigenas/>
- Sanchís, N. (2020). *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Asoc. Lola Mora.
- Semán, P. (2021). *Vivir la fe. Entre el catolicismo y el pentecostalismo, la religiosas de los sectores populares en la Argentina*. Siglo veintiuno editores.
- Soneira, A. (2007). La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (2007), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-1173). Gedisa.
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Noveduc.
- Svampa, M. (2019). *Las fronteras del neoextractivismo en América Latina: Conflictos socioambientales, giro ecoterritorial y nuevas dependencias*. CALAS: Alemania.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Vega Solís, C., Martínez Buján, R. & Paredes, M. (2018). *Cuidado, comunidad y común. Explorando experiencias, ámbitos y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida*. Traficantes de Sueños.
- Zavarce Pérez, C. (2020). Extensión, prácticas integrales y transformación social: la Investigación Acción Participativa (IAP) como fundamento y praxis. *Revista Masquedós*, 5(5), 1-9.