

Malestar socioambiental: la salud en relación con la seguridad. El caso de Córdoba, Argentina

Desconforto socioambiental: a saúde em relação à segurança. O caso de Córdoba, Argentina

Socio-Environmental Unease: Health in Connection with Safety. The Case of Córdoba, Argentina

Vanina Papalini, María Josefina Avelín Cesco, Santiago Rebollo

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) CONICET. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Cita: Papalini V, Avelín Cesco MJ, Rebollo S. Malestar socioambiental: la salud en relación con la seguridad. El caso de Córdoba, Argentina. Rev. Salud ambient. 2022; 22(1):51-60.

Recibido: 23 de octubre de 2021. **Aceptado:** 19 de enero de 2022. **Publicado:** 15 de junio de 2022.

Autor para correspondencia: Vanina Papalini

Correo e: vaninapapalini@gmail.com

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) CONICET. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Financiación: Este grupo no ha contado con ningún tipo de financiación para el desarrollo de su trabajo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que hayan influido en la realización y preparación de este trabajo.

Declaraciones de autoría: Todos los autores contribuyeron al diseño del estudio y a la redacción del artículo. Asimismo, todos los autores aprobaron su versión final.

Resumen

En este artículo, nos proponemos analizar la forma en la que la inseguridad afecta a la salud, sin establecer entre ellas una correlación lineal sino mediando su ponderación por los efectos que produce a nivel subjetivo. Nos valemos para ello de la categoría "malestar socioambiental" definida como la incomodidad, afectación negativa o padecimiento subjetivo que suscita el habitar un espacio o entorno percibido como peligroso o potencialmente peligroso. Para mostrarlo, nos centraremos en el análisis de los resultados de la encuesta "Calidad de vida y bienestar en Córdoba, Argentina" articulando dos indicadores: la percepción de inseguridad ciudadana y el miedo. En relación con los resultados observamos, en primer lugar, que los respondientes no identifican los malestares socioambientales como problemas de salud. En segundo lugar, advertimos que, aunque la percepción de inseguridad es mayoritaria en los hogares de Córdoba, el miedo afecta a un grupo reducido, lo que tiende a sugerir una naturalización de esta vivencia. La encuesta, realizada en abril de 2019, utilizó un muestreo probabilístico del tipo PPS sobre el espacio urbano de la ciudad de Córdoba, validándose 398 encuestas.

Palabras claves: malestar socioambiental; salud; seguridad; miedo; calidad de vida.

Resumo

Neste artigo propomo-nos analisar a forma como a insegurança afeta a saúde, sem estabelecer uma correlação linear entre elas, mas medindo a sua ponderação pelos efeitos que produz a nível subjetivo. Para isso, utilizamos a categoria "desconforto socioambiental" definido como a incomodidade, afetação negativa ou sofrimento subjetivo causado por habitar um espaço ou ambiente percebido como perigoso ou potencialmente perigoso. Para mostrá-lo, focamo-nos na análise dos resultados da pesquisa "Qualidade de vida e bem-estar em Córdoba, Argentina" articulando dois indicadores: o sentimento de insegurança pública e o medo. Em relação aos resultados, observamos, em primeiro lugar, que os entrevistados não identificam desconfortos socioambientais como problemas de saúde. Em segundo lugar, observamos que, embora a percepção de insegurança seja

maioritária nos lares de Córdoba, o medo atinge um pequeno grupo, o que tende a sugerir uma naturalização desta vivência. A pesquisa, realizada em abril de 2019, utilizou uma amostragem probabilística do tipo PPS no espaço urbano da cidade de Córdoba, validando 398 questionários.

Palavras-chave: desconforto socioambiental; saúde; segurança; medo; qualidade de vida.

Abstract

In this paper we propose studying the way in which insecurity impacts health without establishing a linear correlation between them but rather by averaging their weights via the effects the former has at a subjective level. To this end, we used the category of “socio-environmental unease,” defined as the discomfort, negative impact or subjective suffering experienced as a result of living in a place or environment that is perceived as dangerous or potentially so. In order to show this, we focused on analyzing the results of the “Quality of Life and Well-being in Cordoba, Argentina” survey by means of two indicators: perception of public insecurity, and fear. Regarding the results, first we saw that respondents did not identify socio-environmental unease as a health issue. Secondly, we noted that although insecurity is felt in most Córdoba households, only a small group thereof is affected by fear, which would suggest that this experience has become naturalized. The survey—which was conducted in April 2019—used probability-proportional-to-size (PPS) sampling across the urban area of the city of Cordoba; 398 surveys were validated.

Keywords: socio-environmental unease; health; safety; fear; quality of life.

INTRODUCCIÓN

En este artículo nos proponemos establecer la forma en la que la inseguridad afecta a la salud sin establecer entre ellas una correlación lineal sino mediando su ponderación por los efectos que produce a nivel subjetivo. Para ello analizamos algunos resultados de una investigación financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) cuyo objetivo general fue realizar una lectura amplia e integrada de la salud, el bienestar y los padecimientos subjetivos registrados en Córdoba capital, identificando las estrategias de afrontamiento de la población. Revisamos las nociones de malestar, malestar ambiental y malestar social para proponer una nueva categoría, la de “malestar socioambiental”, que definimos operacionalmente como la incomodidad (*discomfort*), la afectación negativa o el padecimiento subjetivo que suscita el habitar un espacio o entorno percibido como peligroso o potencialmente peligroso. Analizamos las respuestas en torno al indicador de malestar socioambiental que se manifestó como predominante, la percepción de inseguridad ciudadana, en relación con el padecimiento de miedo, para poner en evidencia algunas articulaciones entre las distintas dimensiones de la salud.

Entender que la inseguridad y el miedo pueden ser problemas socioambientales de salud implica asumir una concepción amplia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alentado, a partir de la propuesta de Engel¹⁻³ de un modelo biopsicosocial de la salud, la elaboración de conceptos multidimensionales de los distintos aspectos que hacen al bienestar. En su página de la campaña

de la Semana del bienestar de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone que “el enfoque de entornos saludables, un enfoque de promoción de la salud implica un método multidisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un ‘sistema completo’ en lugares o contextos sociales en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar la salud y el bienestar”⁴. El bienestar entonces representa una meta social integradora, relacionada estrechamente con las condiciones de existencia.

Nuestras premisas se basan en el modelo endógeno-relacional, que considera la psico y sociogénesis de los padecimientos y afecciones⁵. Diferenciamos la enfermedad (*disease*), referida a las dimensiones orgánicas y fisiológicas del modelo de salud biomédico, del padecimiento (*suffering*), que remite al plano de la experiencia, de matriz intersubjetiva y naturaleza cultural y simbólica. Bajo la denominación de “afección” (*sickness*), se señala tanto el origen como la expresión social de la enfermedad, que responde a prácticas sociales, culturales y políticas⁶⁻⁸. Tanto en el padecimiento como en la afección, las emociones ocupan un lugar central⁹.

Tanto desde la antropología como desde la medicina social existen numerosos desarrollos teóricos tendientes a delinear un abordaje multidimensional de la salud¹⁰⁻¹³. Cerca de estas líneas y como alternativa al modelo de salud basado en el modelo exógeno-ontológico de la enfermedad, nuestra investigación propone utilizar la noción de malestar para abordar en conjunto las dimensiones personales, ambientales y sociales de la salud.

La categoría de “malestar”, que tiene un antecedente clásico en la obra de Sigmund Freud¹⁴⁻¹⁶, es retomada por el psicoanálisis contemporáneo¹⁷. El malestar puede ser comprendido de diversas maneras: abordada como “malestar psicológico”¹⁸⁻²⁰, es objeto de mediciones psicométricas. Entendida como sufrimiento o padecimiento, ha sido analizada por Ausburger y Gerlero²¹ y, en el campo del sanitarismo latinoamericano y la epidemiología social crítica, por Galende^{22,23} y Breilh^{24,25}, entre otros. Enfoques antropológicos del tema procuran evidenciar la trama desde donde el malestar emerge en experiencias situadas²⁶⁻²⁸. Algunas investigaciones la asimilan al campo de la salud mental^{29,30}. Finalmente, nuestro propio enfoque ha tematizado la noción como parte de las “culturas terapéuticas”, enfocando así mismo el repertorio de prácticas terapéuticas utilizadas para afrontar malestares³¹⁻³³.

En cuanto al “malestar social”³⁴, se trata de una categoría cuya utilización aumenta. Desarrollos recientes como el “Panorama Social de América Latina”, en el que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) compendia los problemas estructurales de la región y el impacto de la pandemia, le dedican un capítulo. La categoría resulta de la intersección de tres dimensiones: la estructura socioeconómica, la dimensión política e institucional, y las relaciones sociales. Basándose en las definiciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que lo entiende como “una vivencia subjetiva con múltiples expresiones”³⁵, “resulta inseparable de las condiciones objetivas y materiales que caracterizan la vida cotidiana de las personas”³⁶. Para la CEPAL, el malestar social juega un papel clave en la conflictividad pues puede tanto servir como motor de transformaciones y reclamos organizados como generar apatía o desafección política. Su abordaje, pues, resulta fundamental para identificar las demandas, así como para comprender las expresiones de descontento social.

Refiriéndose a la pandemia, pero señalando que esta situación se arrastra desde años anteriores, el informe indica que “en la región se experimenta un gran deterioro de las condiciones de vida, que se observa en indicadores objetivos, tales como el aumento del desempleo, la pobreza y las desigualdades. Estos indicadores objetivos tienen su correlato en expresiones subjetivas de malestar, tanto a nivel individual como colectivo”³⁶. El informe se centra en expresiones tales como las protestas y las acciones colectivas con incidencia en el escenario público, sin atender especialmente a sus motivos.

La categoría de malestar ambiental (*environmental malaise*), por su parte, aunque suele relacionarse con la calidad de vida, se solapa con la noción amplia de salud. Su interés radica en que pone el énfasis en el aspecto netamente ecológico y que se aplica al medio en el que se despliega la vida social. El término ha sido poco utilizado y, en general, aparece asociado a temas de derecho o

ética ambiental³⁷, como una descripción del deterioro del ambiente³⁸⁻³⁹ y como una fuente de insatisfacción que moviliza demandas⁴⁰.

En la intersección de malestar social y malestar ambiental definimos como categoría propia la de “malestar socioambiental”, que incluye tanto los aspectos ecológicos como sociales, relativos al entorno en el que se desarrolla la existencia de una comunidad o grupo humano. Por tanto, la noción de ambiente no debe entenderse como pura naturaleza sino como un espacio condicionante para la vida, que es a la vez habitado e intervenido por las poblaciones. El malestar socioambiental se expresa (al menos así se ha manifestado en nuestro campo) como una sensación difusa de descontento. Definimos la categoría “malestar” como un conjunto de sentimientos y sensaciones que, sin importar su origen -ya que definitivamente no puede imputarse a una causalidad lineal ni única- impactan a nivel de la experiencia, tanto en vivencias fenomenológicamente describibles como en el plano socioafectivo. Utilizamos, entonces, la categoría malestar socioambiental para referirnos a factores que los encuestados identifican como externos al hogar, que perciben como negativos y que afectan, lo puedan reconocer o no, su salud.

Partiendo de la categoría de malestar, el agrupamiento de indicadores (explicitados entre paréntesis) permitió construir subcategorías diferenciadas basadas en la autopercepción: *malestar subjetivo* (insatisfacción con la ocupación; atravesamiento de situaciones de padecimiento subjetivo); *malestar socioambiental* (percepción de problemáticas en relación con el hábitat); *malestar físico o enfermedad* (percepción negativa sobre el estado físico, reconocimiento de un estilo de vida poco saludable). Aunque los distintos tipos de malestares estén asociados, en el campo los encuestados los diferencian o señalan predominancias. Encontramos como hallazgo significativo, en el caso concreto bajo análisis, que el malestar socioambiental se manifestó en una proporción muy alta cercana al 75 %, a partir de la identificación de la inseguridad como un problema generalizado en el barrio o sector que habitaba el respondente. No obstante, este no se reflejó en un indicador de malestar subjetivo como el miedo, un padecimiento que podría estar vinculado con esa percepción. Un segundo hallazgo es la constatación de que la salud es entendida por los encuestados como ausencia de enfermedad (*disease*): los malestares socioambientales no fueron considerados como circunstancias que pudieran poner en riesgo la integridad vital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Nos referiremos a la información recolectada a través de la encuesta denominada “Calidad de vida y bienestar en Córdoba”, realizada en el mes de abril de 2019, como parte del proyecto de Investigación Plurianual (PIP) “La

subjetividad en crisis: culturas terapéuticas, cuidado de sí y estrategias de afrontamiento del padecimiento subjetivo en Córdoba". El proyecto completo comprendió una etapa previa de tipo exploratoria, en la cual realizamos entrevistas a informantes claves, y la etapa cuantitativa en la que aplicamos la encuesta. Durante la primera etapa, realizamos 20 entrevistas a informantes claves. Estas entrevistas, sumadas a la información proporcionada por otras fuentes documentales y antecedentes, sirvieron como insumo para la formulación de las preguntas del cuestionario utilizado para la encuesta administrada en el ejido urbano de Córdoba: recogimos y validamos 398 formularios distribuidos entre la población en edad de trabajar de hogares distribuidos en 25 radios censales. Los radios censales, según la metodología determinada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de Argentina es una unidad censal que, en zonas urbanas, contiene aproximadamente 300 viviendas. Se define como "un espacio territorial con límites geográficos y una determinada cantidad de unidades de viviendas a relevar. Cada unidad político-administrativa se desagrega en fracciones y cada una de ellas se desagrega a su vez en radios"⁴¹. La irrupción de la pandemia de COVID 19 retrasó los tiempos de procesamiento de la información, sin embargo, de nuestros resultados -una imagen pre-pandemia- emergen conjeturas sugerentes aplicables al campo de la salud, entendida de la manera amplia planteada por la OMS.

La encuesta, siendo fiel al propósito de una lectura abarcativa, consideró tanto la salud autopercebida -en la forma en la que los encuestados entendieron este término- como en función de sus distintas dimensiones, determinadas analíticamente. Registramos así las respuestas a preguntas que utilizaban categorías generales -donde predominó el punto de vista de los encuestados- pero las triangulamos con desagregaciones que los confrontaba con la enumeración de indicadores específicos (inventarios) derivados de las definiciones.

Utilizamos un muestreo proporcional al tamaño de la población (o PPS, según sus siglas en inglés) ya que no disponíamos de un listado con los individuos a ser seleccionados y por lo tanto no puede emplearse el muestreo aleatorio simple (SRS). Además, el PPS presenta la ventaja sobre el SRS que tiende a ser más eficiente desde el punto de vista de la logística del trabajo cuando se trata de grandes áreas geográficas (como lo es la ciudad de Córdoba, Argentina, con un área metropolitana de alrededor de 1 800 000 habitantes, según proyecciones demográficas, lo que significa aproximadamente 600 000 hogares) y es un método que tiene fortalezas cuando es dispar la distribución de los individuos en el territorio (por ejemplo, la densidad de la población en una ciudad).

Para trabajar con encuestas en hogares y diseñar la muestra con PPS, recurrimos al listado de cantidad de viviendas por radio censal de la ciudad de Córdoba,

establecido con los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Este listado constituye las Unidades Primarias (PSU) a partir del cual se seleccionaron -utilizando el método PPS- un subconjunto a ser incluido en la encuesta. Estas PSU escogidas son los llamados "clusters" que permitieron seleccionar un conjunto de manzanas donde el equipo de encuestadores realizó el trabajo de campo visitando 400 hogares (unidades de muestreo) seleccionados aleatoriamente de más de 20 barrios de la capital cordobesa. En cada hogar se seleccionó solamente un respondiente de la población en edad de trabajar (PET) con el fin de evitar la captura de fenómenos relacionados en el mismo seno familiar. De este modo, la ausencia o presencia de determinadas conductas correlacionadas queda aislada al considerar solo un miembro de la vivienda: por ejemplo, si un miembro del hogar realiza un determinado tipo de terapia puede estar correlacionado a que en ese hogar otro integrante también lo haga, con lo que las condiciones del entorno se replicarían y podrían llevar a extraer conclusiones erróneas. Las respuestas obtenidas mantienen así la lógica de la aleatoriedad.

Los resultados se construyeron a partir de una matriz codificada. Además de preguntas cerradas de opción múltiple, incluimos opciones abiertas ("Otros: especificar") que le dieron una capacidad mayor de captación a los emergentes no previstos. Buscamos así ampliar la información sobre algún campo estructurado, generando un contenido cualitativo que colaboró en el análisis. Las respuestas abiertas, en ocasiones, fueron asignadas a códigos ya existentes, ampliándose la definición de este, y en otras, demandaron la creación de un nuevo código. Utilizamos el SPSS para la correlación de variables.

El formulario fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de las Investigaciones en Salud que funciona en el Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Se realizó bajo consentimiento informado y guardando la confidencialidad de las fuentes, sin carga de datos que identifiquen a los informantes.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

La muestra se conformó con 398 encuestas válidas procesadas de un total de 400 aplicadas en el operativo, tomadas en hogares seleccionados aleatoriamente en los 25 radios censales seleccionados por muestreo al azar. El 40 % de los encuestados se definieron como varones; el 60 %, como mujeres. Las edades oscilaron entre los 16 años y los 66 años, con un promedio de edad de 37 años. El 72 % de la muestra trabajaba en el momento de la encuesta o trabajó recientemente; el 4 % buscaba trabajo

activamente. En cuanto a su posición dentro del hogar, el 62 % eran jefas o jefes. Respecto del nivel educativo, el 2,5 % de encuestados manifestó no haber completado el nivel primario, un 22 %, primario completo o secundario incompleto, el 33 % dijo tener el nivel secundario completo o el terciario incompleto, el 31 % completó el nivel terciario o comenzó, sin terminar, el universitario y solo el 11 % completó el nivel universitario.

En relación con la conformación del hogar, el 15 % vivía solo. Del 85 % restante, en el 75 % de los casos la convivencia abarcaba de 2 a 4 personas, el 20 % señaló la convivencia de 5 y 6 personas. El restante 5 % correspondió a hogares compuestos por más de 6 y hasta 11 personas. El 18 % de los hogares eran familias monoparentales, el 30 % familias nucleares (2 adultos y 1 o 2 hijos), el 12 % eran familias numerosas y el 18 % cohabitan con la familia extensa.

LA SEGURIDAD EN CUESTIÓN

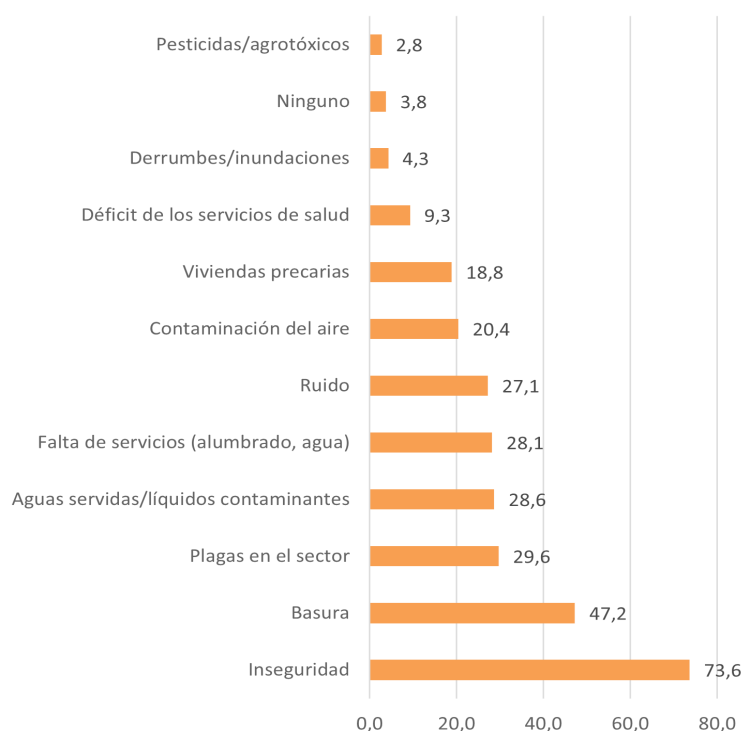
La dimensión de *malestar socioambiental* se registró ante la pregunta: ¿cree que los alrededores de la vivienda o el barrio son peligrosos para la salud? La pregunta global tomaba en cuenta la opinión sobre una categoría amplia y sin especificar ("peligro para la salud"), a fin de

captar la "salud" en el sentido que los encuestados dieran a ese término. El 21 % de los encuestados respondió afirmativamente, es decir que consideran a su entorno como peligroso para la salud, mientras que el 19 % relativizó la potencial peligrosidad (escogió la respuesta "más o menos"). El 60 % respondió por la negativa al interrogante.

La siguiente pregunta desagregaba problemas ambientales y sociales que pueden afectar la salud. Podían señalarse todos aquellos que consideraran existentes, podían agregarse otros y podía responderse que no había ningún problema. El listado de problemáticas propuestas como respuestas emergió del conocimiento adquirido durante la etapa exploratoria y de la prueba piloto del cuestionario (figura 1).

La cuestión más señalada fue la inseguridad: el 73,6 % de los encuestados, vale decir que 7 de cada diez habitantes de la ciudad, lo consideraron un problema acuciante, pues también fue mayoritariamente elegido entre los dos más importantes. En la segunda posición, con fuerte diferencia con la anterior, fue la basura: casi la mitad de los habitantes de la ciudad (47,2 %) la identificaron como problema, señalando su acumulación, falta de recolección, quema y olores.

Figura 1. Principales problemas del sector donde vive



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta "Calidad de vida y bienestar en Córdoba". CIECS CONICET y UNC. Abril 2019.

Siendo tan generalizada, esta percepción abarca todos los niveles socioeconómicos, trazando un arco amplio y variado de hogares. Muy evidentemente, estos dos fueron los problemas más sentidos, destacándose sobre los restantes. En cuanto a las plagas, que aparece como el tercer perjuicio reconocido, la pregunta solicitaba especificar cuáles. Estas fueron, indicadas en orden de prelación, alacranes, cucarachas y ratas. Solo un 3,8 % escogió la respuesta "ninguno" ante la pregunta por los problemas que afectaban a su barrio o sector.

Es interesante analizar en términos cualitativos las respuestas consignadas en el campo "otros" [problemas no mencionados en el listado], ya que, al no ser de respuesta obligatoria, implica una intencionalidad del encuestado para hacer visible su vivencia. Si bien solo un 9 % respondió en este apartado -y muchas de las respuestas fueron reasignadas a categorías preexistentes que se indican entre paréntesis-, la explicitación reforzó la descripción de las tendencias ya marcadas: "tiroteos entre vecinos" (inseguridad); "9 casas en la cuadra con cáncer" (pesticidas/agrotóxicos); "adicción a las drogas" (inseguridad); "contaminación por antenas de celulares" (contaminación del aire); "fábrica tira desechos líquidos ácidos" (aguas servidas/líquidos contaminantes); "hundimiento de calle y vereda" (derrumbes); "inundaciones por culpa de un country" (derrumbes); "quema de basura" (basura); "dispensario colapsado" (déficit de los servicios de salud).

A la luz del muestreo aleatorio realizado, que incluyó barrios de diferentes extracciones sociales, la percepción de inseguridad no apareció como una cuestión circunscrita. Inclusive no aparecieron diferencias muy significativas por género. Entre los encuestados que consideraron a la inseguridad como uno de los problemas principales, la variable no resultó significativa: entre las mujeres, el 57,5 % consideró a la inseguridad como uno de los dos principales problemas del barrio o sector, mientras que en los hombres esa tasa se redujo un poco, al 51,8 %. Aparecieron mayores variaciones, en cambio, en relación con la edad ya que, del total de los encuestados cuyas edades oscilaban entre los 16 y los 30 años, el 44,9 % señaló a la inseguridad como problema principal. Esa tasa ascendió al 61,9 % en la franja etaria de 30 a 59 años, descendiendo levemente entre los mayores de 60, al 56,7 %. La percepción de la inseguridad como problema se registró con mayor intensidad en la franja de adultos, estando algo más atenuada entre los jóvenes. No obstante, para los tres grupos de edad, se trató de tasas muy elevadas que superaron el 40 %.

Es relevante observar la geolocalización de las respuestas negativas: el grupo de los que no consideraron a la inseguridad como problema es aquel que habitaba en una zona alejada al centro (Nueva Córdoba), el centro y un barrio residencial de zona norte (La Salle). En cuanto a la zona de Nueva Córdoba, es la preferida por población

joven de ingresos medios y altos -dada su proximidad con el campus de la universidad nacional. Tanto en Nueva Córdoba como en el centro, el tipo de vivienda predominante son los departamentos en edificios. En ambas zonas existía, hasta antes de la pandemia, mucha actividad nocturna en la vía pública. El barrio La Salle, por su parte, es un barrio de clases medias profesionales ubicado hacia las afueras, en el límite norte de la ciudad, una zona de recursos medios altos con vigilancia privada o comunitaria.

El contraste que se produce entre las respuestas a las preguntas de percepción general y las opciones escogidas en los inventarios sugieren la necesidad de revisar las metodologías basadas únicamente en preguntas amplias o donde estas operan como filtro para las especificaciones posteriores. En nuestro relevamiento, el 60 % de la muestra consideró, en primera instancia, que el lugar donde vivía no era peligroso para la salud. Sin embargo, interrogados en relación con perjuicios concretos, la proporción que no identificó ningún problema se redujo a un porcentaje muy bajo (3,8 %), vale decir que el 96,2 % escogió alguna respuesta del listado de problemáticas.

Creemos que la explicación de esta diferencia es tanto metodológica como teórica: la variación puede implicar que las problemáticas socioambientales no están consideradas dentro de lo que los encuestados entienden por salud, aun cuando buena parte de los problemas enunciados tengan consecuencias directas, como la presencia de líquidos cloacales o la posibilidad de sufrir un robo violento. Específicamente respecto a la inseguridad, además de la posibilidad de un daño a la salud física, existe un amplio consenso en la literatura internacional sobre las importantes consecuencias que el miedo relacionado a la inseguridad tiene en el bienestar subjetivo y la salud, tanto de las víctimas como de las no víctimas 42-44. No obstante, en campo y frente a la respuesta de los encuestados, constatamos que la salud sigue interpretándose mayoritariamente como ausencia de enfermedad (disease); el malestar socioambiental no es entendido como una afección de la salud (sickness) que involucra la integridad socio-psico-física.

MALESTAR SOCIOAMBIENTAL: MIEDO Y SALUD

Son numerosos los estudios que han abordado la relación entre seguridad, miedo al crimen y bienestar o calidad de vida, especialmente en el contexto anglosajón⁴⁵⁻⁴⁷. Estos estudios establecen diferencias entre la percepción de inseguridad en tanto juicio cognitivo, y el miedo al crimen como respuesta emocional. En nuestro campo, aparecieron relaciones entre ellos.

Abordamos los aspectos subjetivos involucrados en la inseguridad a partir de otra pregunta de la encuesta.

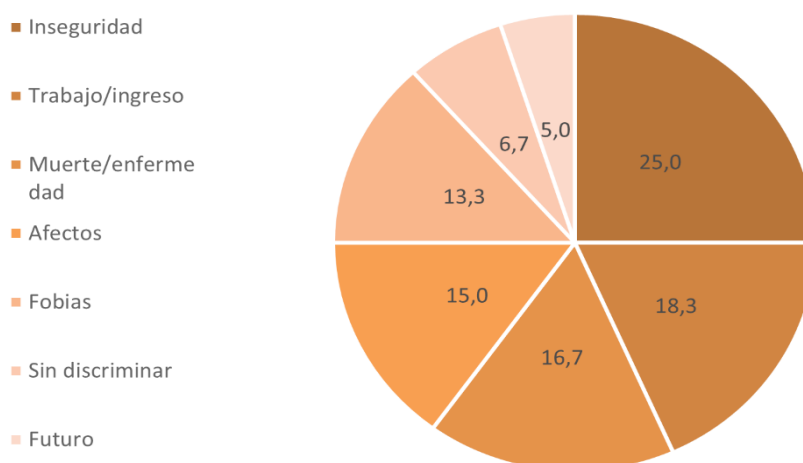
En el módulo referido a padecimientos subjetivos, se preguntó al encuestado si sufre o sufrió de violencia doméstica; sobrecarga/stress; fobias/pánico; adicciones; depresión; obsesiones/persecución; frustración/no realizarse; agresividad/ira; trastornos de alimentación; insomnio; ansiedad/angustia o miedo. Si señalaban esta última opción, se les solicitaba que especificaran a qué. La pregunta admitía la elección de múltiples respuestas; podían escoger todas las opciones que hubieran experimentado. La opción "Miedo" fue indicada por el 21 % de la muestra.

El campo abierto para la especificación permitió circunscribir las fuentes del miedo y tipificarlas. Como se observa en la figura 2, en primer lugar se registraron objetos de temor vinculados o derivados de la inseguridad (robos, secuestros, asaltos, acosos, ser golpeado); en segundo lugar, miedos relativos a la situación socioeconómica y laboral (no conseguir trabajo, perder el trabajo); en tercer lugar, el temor a la enfermedad y la muerte, en cuarto lugar, a las pérdidas en el terreno afectivo (miedo a la soledad, a separarse, a perder a los seres queridos), en quinto lugar aparecen fobias (al agua, a las aglomeraciones, a los insectos, a la suciedad); en sexto lugar, expresiones tales como "miedo

en general" o "a todo" y en séptimo lugar, al futuro, a lo que pueda pasar, a lo que vendrá.

Si bien la inseguridad apareció como respuesta mayoritaria entre los factores desencadenantes del miedo, esta no se traduce inmediatamente a nivel subjetivo: solo el 5,5 % de quienes consideran a la inseguridad como uno de los principales problemas de su barrio la identificaron como causa de su miedo. Cabe aclarar que el miedo fue una opción de respuesta ubicada en el bloque relativo a los padecimientos (*suffering*) subjetivos, por lo cual su elección, como surge del contexto de formulación de la pregunta, se comprendió como una afección patológica o problema emocional significativo. La baja correlación estadística entre miedo e inseguridad y la alta coherencia semántica entre la especificación del tipo de miedo y el malestar socioambiental registrado muestra que la reacción emocional fue una respuesta subjetiva a una vivencia cotidiana, y, en la mayoría de los casos, no una afección patológica. A la inversa, dada la generalización de la circunstancia que podría motivar el miedo –la inseguridad–, la tasa de registro del padecimiento muestra su baja incidencia. Nuestra interpretación de este segundo hallazgo es que existen crecientes niveles de resiliencia o de "naturalización" de la inseguridad.

Figura 2. Fuentes del miedo



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta "Calidad de vida y bienestar en Córdoba" de CIES CONICET y UNC en abril de 2019.

Por último, a diferencia de la baja incidencia de la variable de género en las respuestas relativas a la percepción de inseguridad en el barrio, en este caso la diferencia se hace evidente: el 88,2 % de quienes dijeron tener miedo a la inseguridad eran mujeres. Este resultado coincide con investigaciones realizadas en diversos países, que señalan que el miedo al crimen está más relacionado con factores sociodemográficos, como el género o la edad, que con las tasas de crimen⁴⁸.

En el caso de las mujeres, esto implica no solo una carga subjetiva sino también cambios de conducta cotidiana (como, por ejemplo, evitar transitar por determinados lugares, o a determinadas horas) que suelen derivar de este sentimiento⁴⁹. Al tratarse de un número pequeño de casos, no es posible la descripción de otras variables ya que no constituyen una magnitud estadística significativa.

DISCUSIÓN

El informe del PNUD, "Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo", señala que, en Chile, el bienestar subjetivo asociado a la vida personal se mantiene, mientras que el malestar social crece. Entre los aspectos atendidos en la investigación, el informe propone reconocer que el bienestar subjetivo requiere de una percepción positiva de la sociedad, en dimensiones tales como "sentirse seguro y libre de amenazas". Señala el informe que: "la carencia de seguridad humana subjetiva en Chile ya la había diagnosticado el Informe de Desarrollo Humano de 1998, que la abordó como un síntoma de malestar"⁵⁰.

El índice de seguridad humana subjetiva involucra varias dimensiones que nuestra investigación no ha considerado, como las vinculadas al funcionamiento de las instituciones: la inseguridad puede provenir, por ejemplo, de la existencia de abusos policiales o falta de cumplimiento de leyes. Sin embargo, dos de sus indicadores, que pertenecen a la dimensión de seguridad ciudadana, son asimilables a la categoría que construimos para nuestro estudio: probabilidad de que uno mismo o alguien del hogar pueda ser víctima de robo o intento de robo en lugar público; probabilidad de que uno mismo o alguien del hogar pueda ser víctima de robo o intento de robo en el interior del hogar. En Argentina en general, sobre todo en los grandes conglomerados, la percepción de inseguridad incluye un número mayor de peligros potenciales: robos, agresiones, secuestros, asesinatos, violencia entre vecinos, amenazas, hurtos, violaciones. Se trata evidentemente de una categoría que refleja la existencia de una amplia gama de delitos.

Esta percepción no carece de fundamento. A modo de ilustración, mientras que en 2019 la tasa de delitos contra la propiedad de España fue de aproximadamente 300 cada 100 000 habitantes⁵¹, en la provincia de Córdoba, Argentina, llegó al 3 281⁵². Según se desprende de nuestra investigación, la inseguridad constituye un malestar socioambiental que produce daños en la salud, ya sea que el crimen se cometa o no. El miedo es un padecimiento activo que genera perjuicios subjetivos y complejiza las rutinas.

Bleichmar⁵³ señala que el malestar que cada contexto impone es soportado con la expectativa de que en algún momento cese y el bienestar sea alcanzando. En el caso de la inseguridad, la tendencia va en sentido contrario. Es razonable presuponer que el miedo también aumente y que encuentre expresiones variadas de manifestación que vayan desde el aumento del padecimiento subjetivo a la agresión defensiva, lo cual podría involucrar el crecimiento del número de particulares que adquieren armas para su autodefensa. Un tercer camino posible

para mitigarlo es la organización comunitaria y un cuarto, una combinación entre esta y políticas públicas de salud y seguridad.

En conclusión: a fines de 2019, el 73,6 % de los hogares de la ciudad de Córdoba, Argentina, consideró que la inseguridad era uno de los principales problemas que azotaba al sector en el que habitaban. Aunque no lo percibieran como un peligro para la salud, este malestar socioambiental tuvo un correlato subjetivo que se expresó como miedo, cuya fuente es el temor a ser robado, asaltado o golpeado. Los resultados de la encuesta revelan que, aunque la percepción de inseguridad es mayoritaria en los hogares de Córdoba, el miedo afecta a un grupo reducido. La baja tasa de miedo tiende a sugerir una naturalización de esta vivencia. Puede conjeturarse que este malestar, que ya en nuestro relevamiento se reveló como muy generalizado, siga una tendencia en alza, aumentando también el miedo y el padecimiento que conlleva. Una acción mancomunada entre organismos de seguridad y de salud colectiva podría colaborar en el abordaje de un malestar que se revela tan generalizado como una epidemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Engel G. The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977; 196:129–36.
2. Engel G. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Am. J. Psychiatry*. 1980; 137:535–44.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. *Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud*, 2. Nueva York, (19–22 de junio de 1946).
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Promoción de la salud. [citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>.
5. Laplantine F. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1999.
6. Good MJD, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A. (eds.) *Pain as Human Experience*. Berkeley: University of California Press; 1992.
7. Kleinman A. *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
8. Lock M, Gordon D. (eds.). *Biomedicine Examined (Culture, Illness and Healing)*. Nueva York: Springer Ed; 1988.
9. Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med. Anthropol. Q.* 1987; 1(1):6–41.
10. Martínez Hernández A. *Antropología médica*. Barcelona: Anthropos; 2008.
11. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev. Latinoam. Salud*. 1982; 2(1):7–25.

12. Spinelli H, Urquía M, Bargalló, M.L, Alazraqu, M. Equidad en salud- Teoría Y Praxis. Serie seminarios salud y política pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. 2002. [citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3874/1/SSPP200208.pdf>.
13. Tajer D. Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges. *Am. J. Publ. Health.* 2003; 93(12):2023–27.
14. Freud S. Tótem y tabú. En: Strachery J, Freud A (eds.). Etcheverry JL (traductor). *Obras Completas, Tomo 13 (1913–1914)*. Buenos Aires: Amorrortu; 2007. pp 1–165.
15. Freud S. El porvenir de una ilusión. En: Strachery J, Freud A (eds.). Etcheverry JL (traductor). *Obras Completas, Tomo 21(1927–1931)*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. pp. 1–55.
16. Freud S. El malestar en la cultura. En: Strachery J, Freud A (eds.). Etcheverry JL (traductor). *Obras Completas, Tomo 21 (1927–1931)*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. pp. 65–140.
17. Bleichmar S. *La subjetividad en riesgo*. Bs As: Ed. Topia; 2009.
18. Arias-Gallegos W, Rivera-Calquina R, Ceballos-Canaza K. Confiabilidad y estructura factorial de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler en estudiantes universitarios de Arequipa (Perú). *Arch. Med. (Manizales)*. 2019; 19(2):387–95.
19. Brenlla ME, Aranguren M. Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Rev. Psicol. (Lima)*. 2010; 28(2):311–42.
20. Capaquira MJJ, Arias GWL, Muñoz del Carpio TA, et al. Malestar Psicológico, relación con la familia y motivo de consulta en mujeres de Arequipa, Perú. *Aten Fam.* 2020; 27(2):81–5.
21. Ausburger AC, Gerlero SS. La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Kairós Rev Temas Soc.* 2005; 15(2):11–2.
22. Galende E. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós: Buenos Aires; 1997.
23. Galende E. *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*. 2008; (20):25–34.
24. Breilh J. Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. *Salud problema.* 2007; (23):21–38.
25. Breilh J. Breves notas acerca de la salud y las políticas debidas. [Internet]. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2012. [citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/3582>.
26. Epele M. Decir el malestar y malestar en el decir en los márgenes urbanos de Buenos Aires. *Rev. Colomb. Antrop.* 2019; 56(1):273–97.
27. Amezcua Martínez M. Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los cuidados.* 2000; IV(7–8): 60–7.
28. Rebollo S. "El privilegio de sufrir". Conflicto público entre jóvenes y adultos. *Etnografías en la acción y salud comunitaria*. [Tesis doctoral] [Córdoba]: Universidad Nacional de Córdoba; 2013.
29. Rossetti A, Monasterolo N, Yoma S. *Salud Mental y Derecho Derechos Sociales e Intersectorialidad*. Córdoba: Editorial Espartaco Córdoba; 2018.
30. Stolkiner A. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En Lerner, H., compilador. *Los sufrimientos. 10 Psicoanalistas. 10 Enfoques*. Buenos Aires: Psicolibro; 2013. 211–39.
31. Papalini V. «Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad». *Methadods, Rev. Cienc. Soc.* 2014; 2(2):212–26.
32. Papalini V. *Garantías de felicidad*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2015.
33. Papalini V, Echavarría C. Los significados contrapuestos del bienestar: de la felicidad al wellness. *Rev. Ensamblés.* 2016; II(4–5):35–53.
34. Zubeidat I, Salinas J. M., Sierra, J.C. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: Fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clin. Salud.* 2007; 18(1):57–81.
35. PNUD. *Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*. Santiago de Chile. [actualizado en 2012; citado el 10 de agosto de 2021] Disponible en: <https://www.estudiospnud.cl/informes-desarrollo/informe-sobre-desarrollo-humano-en-chile-2012-bienestar-subjetivo/>.
36. CEPAL. *Panorama social de América Latina 2020*. Santiago: Naciones Unidas. [actualizado en 2021; citado el 4 de agosto de 2021] Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46687/8/S2100150_es.pdf.
37. Borrero Navia JM. Derecho ambiental y cultura legal en América Latina. En: Leff E, coord. *Justicia ambiental: construcción y defensa de los nuevos derechos ambientales culturales y colectivos en América Latina*. Ciudad de México: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; 2001. 35–68.
38. Tello Ripa B (coord.). *El malestar ambiental de la ciudad*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid; 1997.
39. Uekoetter F. *Globalizing Environmental History - Again*. *RCC Perspectives.* 2011; (3):24–6.
40. Bondolfi A. Ética el ambiente natural, derecho y políticas ambientales: tentativa de un balance y de perspectivas para el futuro. *Acta Bioet.* 2001; 7(2): 293–315.
41. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *Unidades Geoestadísticas. Cartografía y códigos geográficos del Sistema Estadístico Nacional*. [actualizado en 2015; citado el 12 de enero de 2022] Disponible en <https://geoservicios.indec.gov.ar/codgeo/index.php?pagina=definiciones>.
42. Morrall P, Marshall P, Pattison S, Macdonald G. Crime and health: a preliminary study into the effects of crime on the mental health of UK university students. *J. Psych.Ment. Health Nurs.* 2010; 17:821–8.
43. Muratori M, Zubieta E. La inseguridad subjetiva como mediadora del bienestar social y clima emocional. *Psicodébate.* 2016; 16(2):95–120.
44. Sulemana I. The effect of fear of crime and crime victimization on subjective well-being in Africa. *Soc. Indic. Res.* 2015; 121:849–72.
45. Franc R., Prizmic-Larsen Z, Kaliterna Lipovcan L. Personal security and fear of crime as predictors of subjective well-being. En: Webb D, Willis-Herrera, E. (eds.). *Subjective well-being and security*. Nueva York: Springer Science; 2012. 45–67.

46. Jackson J, Stafford M. Public health and fear of crime: A prospective cohort study. *Brit. J. Criminol.* 2009; 49:832–47.
47. Morrall P, Marshall P, Pattison S, Macdonald G. Crime and health: a preliminary study into the effects of crime on the mental health of UK university students. *J. Psych. Ment. Health Nurs.* 2010; 17:821–8.
48. Adams R, Serpe R. Social Integration, Fear of Crime, and Life Satisfaction. *Soc. Persp.* 2000; 43 (4):605–29.
49. Dammert L. Entre el temor difuso y la realidad de la victimización femenina en América Latina. En: Falú A, Segovia O (eds.). *Ciudades para convivir: Sin violencia hacia las mujeres.* Santiago de Chile: SUR-UNIFEM; 2007. 51–81.
50. PNUD. Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. Santiago de Chile. [actualizado en 2012; citado el 10 de agosto de 2021] Disponible en: <https://www.estudiospnud.cl/informes-desarrollo/informe-sobre-desarrollo-humano-en-chile-2012-bienestar-subjetivo/>.
51. Gobierno de España. Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2019. [actualizado en octubre de 2020; citado el 15 de agosto de 2021] Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario+Estad%C3%ADstico+del+Ministerio+del+Interior+2019/81537fe0-6aef-437a-8aac-81f1bf83af1a>.
52. Ministerio de Seguridad de Argentina. Informe de Estadísticas Criminales 2019. [actualizado en 2020; citado el 5 de julio de 2021] Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_nacional_estadisticas_criminales_2019.pdf.
53. Bleichmar S. Dolor país. Bs As: Ed. El zorzal; 2002.