

Sekkan

Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Coahuila,
a través de la Dirección de Investigación y Posgrado
y la Facultad de Ciencias de la Comunicación

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
COAHUILA



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
Y POSGRADO



Facultad de Ciencias
de la Comunicación

Sekkan

Es una revista interesada en la publicación de trabajos en el que se tejen relaciones interdisciplinarias entre las ciencias sociales y las humanidades. En este sentido se publican textos derivados de la antropología, ciencia política, sociología, urbanismo, geografía, historia, pedagogía, trabajo social, psicología social, derecho, arquitectura, economía, lenguaje, discurso y ciencias de la comunicación, o sus posibles discusiones conjuntas.

Es de carácter científico arbitrado bajo la modalidad de doble ciego, publicada por la Universidad Autónoma de Coahuila. La revista está comprometida con la divulgación de conocimientos producidos con rigor metodológico y teórico.

Busca convertirse, en el mediano plazo, en una plataforma de alcance internacional en el que se comparten investigaciones relevantes derivadas de reflexiones teóricas y empíricas, de relevancia disciplinar, interdisciplinar y social. La revista promoverá un diálogo en torno a problemas clásicos y contemporáneos de las ciencias sociales y las humanidades.

Se publicarán contenidos en español. Estará disponible en formato digital, de acceso abierto. Tiene una política antiplagio. La revista no cobra tarifas de publicación. Recibe y publica artículos de investigación, reseñas de libros y notas de investigación. En sus procesos editoriales y de divulgación adopta una guía ética de nivel internacional. Dirigida a investigadores, estudiantes de educación superior y de posgrado de las Ciencias Sociales y las Humanidades, y a todas aquellas personas interesadas en el análisis de problemas sociales con sólida fundamentación teórica, empírica y metodológica.

Sekkan, que en náhuatl significa juntos, ha sido elegido como nombre de la publicación para reflejar uno de los pilares de la construcción del conocimiento, el trabajo con otras personas que pueden reflexionar desde diferentes miradas a la propia.

Sekkan, Vol. 2, No. 4 Enero - junio 2026, es una publicación semestral editada y publicada por Universidad Autónoma de Coahuila, Boulevard Venustiano Carranza s/n colonia República Oriente, C.P. 25380, Saltillo, Coahuila, Tel. (844) 414 85 82, <http://www.erevistas.uadec.mx/index.php/sekkan/>, correo electrónico: rsekkan@uadec.edu.mx. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2024-090411422600-102, ISSN:3061- 7626, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Fecha de última modificación 4/IX/2025.

Director Editorial: Carlos Recio Dávila.

Editora Invitada: Ana María Carrillo

Editor en Jefe: Hiram Reyes Sosa.

Corrección de estilo: María Concepción Recio Dávila y Carlos Recio Dávila

Diseño editorial y maquetación: Daniel Vargas Trujillo.

Fotografía de portada: Santiago Abraham Tovar Medina

El contenido de los artículos y reseñas es responsabilidad de los autores y no refleja el punto de vista de los árbitros, de los Editores o de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Índice

Comité científico	5
Consejo editorial	5
Presentación	6
Introducción al dossier Ana María Carrillo	7
La ecología política y la construcción histórica de vulnerabilidades en el contexto indígena-rural mexicano: la epidemia de cólera en Chiapas, 1991-1997 Marisol Hernández Rivas	13
El VIH/sida en la provincia de Buenos Aires durante los años noventa: discursos, políticas y salud pública Juan Pablo Ubici	41
Trabajo docente y desigualdades estructurales durante la pandemia de COVID-19 Magdalena Moreno Ortiz	64
Salud y enfermedad en La Pampa: políticas públicas en una nueva provincia argentina (1945-1975) María Silvia Di Liscia	83
Causas e implicaciones del olvido en la historia de las pandemias: el caso de la influenza de 1918-1920 en América Latina Ana María Carrillo	106
Alterar lo cotidiano: influenza y COVID-19 en México, Cuba y Argentina (1918-2020) Andrea Vicente García	111
Cuerpo, palabra y comunidad: literatura y medicina en <i>Catorce días</i>, editado por Margaret Atwood y Douglas Preston Pilar Carrillo Farga	116

Comité científico

Adolfo Benito Narváez Tijerina (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)
Catherine Rose Ettinger Mc Enulty (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México)
Enrique Peruzzotti (Universidad Torcuato Di Tella, Argentina)
Helder Binimelis Espinoza (Universidad Católica de Temuco, Chile).
Jaime Antonio Preciado Coronado (Universidad de Guadalajara, México)
Karina Mariela Ansolabehere (Instituto de Investigaciones Jurídicas – UNAM, México)
Luis Escala Rabadán (El Colegio de la Frontera Norte, México)
Luis Daniel Vázquez Valencia (Instituto de Investigaciones Jurídicas – UNAM, México)
Mauricio Uribe López (Universidad de La Salle - Colombia) +
Vicente Germán Soto (Universidad Autónoma de Coahuila, México)

Consejo editorial

Areli Magdiel López Montelongo (Universidad Autónoma de Coahuila, México)
David Castro Lugo (Universidad Autónoma de Coahuila, México)
Gabriela de la Peña Astorga (Universidad Autónoma de Coahuila, México)
Gabriel Ignacio Verduzco Argüelles (Universidad Autónoma de Coahuila, México)
Gloria Lara Millán (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México)
Gonzalo Pedro Martínez-Zelaya (Universidad Viña del Mar, Chile)
Guillermo Ramírez Arma (Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México)
Humberto Armando Charles Leija (Universidad Tecmilenio, México)
Juana Elizabeth Salas Hernández (Universidad Autónoma de Zacatecas, México)
Julia Judith Mundo Hernández (Universidad Autónoma de Puebla, México)
Juan Jesús Ramírez Ramírez (Universidad de Guadalajara, México)
Hiram Reyes Sosa (Universidad Autónoma de Coahuila, México)
Laura Karina Castro Saucedo (Universidad Autónoma de Coahuila, México)
Luz Angela Cardona Acuña (Universidad Autónoma de Guerrero, México)
María Eugenia Flores Treviño (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)
Martha Lilia de Alba González (Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México)
Margil de Jesús Canizales Romo (Universidad Autónoma de Zacatecas, México)
Miguel Sánchez Maldonado (Universidad Autónoma de Coahuila, México)
Myrna Limas Hernández (Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México)
Ramona Alicia Romero Moreno (Universidad Autónoma de Baja California, México)
Patricia Meneses Ortiz (El Colegio de Tlaxcala, México)

Presentación

Este número de Sekkan representa una experiencia de conocimiento diferente. Por un lado, es el primero de esta revista en que los contenidos forman parte de un dossier temático, en este caso sobre la historia de las epidemias y pandemias. En su realización ha sido fundamental el trabajo de Ana María Carrillo Farga, como editora invitada, con el equipo editorial de Sekkan. La Dra. Carrillo cuenta con una amplia trayectoria como profesora titular en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM y como coordinadora del Seminario Internacional de Historia de la Medicina y la Salud Pública. Sus conocimientos y experiencia han dado solidez al desarrollo de este número de Sekkan que integra cuatro artículos de autores que pertenecen a dos países diferentes de América Latina, la Argentina y México, en los cuales se abordan los temas de las pandemias del cólera, el sida y COVID-19, así como el de las enfermedades endémicas, epidémicas y pandémicas. Además, se cuenta con tres reseñas de valiosos libros sobre pandemias, los cuales han sido publicados recientemente.

La calidad de los artículos además del minucioso trabajo en la selección y revisión de los artículos garantizan significativas aportaciones al conocimiento en este campo.

Carlos Recio Dávila
Director Editorial
Sekkan. Revista de Ciencia Sociales y Humanidades
México, 2026.

Introducción al dossier

Introduction to the dossier

Ana María Carrillo

<https://orcid.org/0000-0002-7981-2065>

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

En 1918, a cuatro años de haber comenzado la Gran Guerra, una pandemia de influenza inició su recorrido por el mundo. En el relato *Pale Horse, Pale Rider* (*Pálido caballo, pálido jinete*), de Catherine Ann Porter, que la revista *The Southern Review* publicó por vez primera en 1939, esta escritora describe la frustrada historia de amor de una periodista y un soldado que enferman durante la pandemia de influenza; ella pierde la conciencia y se entera, al recuperarla, que el joven ha muerto. Las últimas líneas del relato señalan el impacto que el conflicto bélico y el desastre sanitario mundiales dejaron en quienes los sobrevivieron: “No more war, no more plague, only the dazed silence that follows the ceasing of the heavy guns; noiseless houses with the shades drawn, empty streets, the dead cold light of tomorrow. Now there would be time for everything” (Porter, 196: 165).¹

Por cierto, este no fue solo el caso de la protagonista, sino también el de la propia Porter, quien durante la guerra trabajó como reportera para un periódico de Denver, y fue una de las personas atacadas por la influenza. Se cuenta que sus familiares ya habían organizado los preparativos para su entierro y escrito su obituario, cuando, de manera inexplicable, ella dio señales de vida, y más tarde se restableció (Unrue citada por Brooker, 2009: 214). La escritora diría después: “The plague of influenza simply divided my life, cut it across like that”. (Porter citada por Brooker, 2009: 215).²

Que una enfermedad se vuelva epidémica y, más aún pandémica, significa que esa tragedia individual se repite miles, cientos de miles o, como en este caso, millones de veces, y altera, por ello, la estructura económica, política, social y cultural de una sociedad. Por eso era extraño que se hubiese escrito poco sobre esta pandemia. Como señala el historiador Alfred W. Crosby, tanto en la literatura como en la historiografía, durante mucho tiempo hubo una suerte de amnesia colectiva sobre la influenza de 1918-1920, a pesar de que a lo largo de dos años infectó a un tercio de todos los habitantes de la Tierra; en ella murieron más personas que en la I Guerra Mundial y, dependiendo de nuestra edad, se trata de nuestros bisabuelos, tatarabuelos o trastatarabuelos, quizá porque fue difícil articular el trauma que significó que, cuando la población del mundo esperaba la paz, llegara la influenza. Por ser el relato de Catherine Anne Porter una de las excepciones, Crosby le dedicó su libro sobre la pandemia, escrito en 1976 con el título de *Epidemic and Peace* (*Epidemia y*

¹ “No más guerra, no más peste, sólo el silencio desconcertante que sigue al cese de la artillería pesada; casas mudas con las persianas bajadas, calles vacías, la mortal y fría luz del mañana. Ahora habría tiempo para todo” (las traducciones son mías). El nombre de la novela hace referencia a uno de los cuatro jinetes del Apocalipsis.

² “La epidemia de gripe sencillamente dividió mi vida, la partió en dos”.

paz), del que el autor ha publicado ediciones revisadas y aumentadas, en que el nombre de la obra cambió por el famoso que su obra seminal tiene hoy (Crosby, 1990).³

La de influenza no era la primera pandemia del siglo XX. Desde los últimos años del siglo XIX y en las primeras décadas de la centuria siguiente, habían recorrido el mundo la sexta pandemia de cólera (ca 1899-1923) (González Valdés, 2011) y la tercera de peste, que fue la primera pandemia de esta enfermedad que llegó a todos los rincones de la Tierra (y tuvo entre 1896 y 1914 su periodo de mayor mortalidad) (Pollitzer, 1954; Catanach, 1988).

Pero la de gripa o influenza fue una emergencia sanitaria global de mayor magnitud; además, en los casos de la peste y el cólera se conocía ya al agente causal, lo mismo que el mecanismo de transmisión de la enfermedad, y había vacunas para prevenirlas y sueros para tratarlas. Gracias, por un lado, a las mejoras en el saneamiento, la sexta pandemia de cólera afectó menos que las pandemias anteriores a Europa y América; por otro, a partir de los avances de las ciencias médicas, hubo campañas efectivas contra la peste. En cambio, transcurriría poco más de una década antes de que el agente causal de la influenza fuera descubierto, y no había contra ella vacuna o tratamiento efectivo. Por eso, la pandemia de 1918-1920 hizo dudar a profesionales y legos de los países occidentales de la confianza que tenían en la medicina (Slack, 1992: 6).

La seguridad en el saber médico y la salud pública volverían a ser puestos a prueba en la lucha contra las enfermedades epidémicas, el VIH/sida (con 91,4 millones de infectados y 44,1 millones de muertos) (UNAIDS, 2026) fue un recordatorio acerca de sus limitaciones (Slack, 1992). Otras enfermedades emergentes (noción creada en la década de 1990, que se refiere a enfermedades trasmisibles nuevas), son el SARS (síndrome respiratorio severo agudo), causado por otro coronavirus, en 2002; la influenza A (H1N1) en 2009 y la COVID-19.

Los virus, bacterias o protozoarios son causa necesaria de las enfermedades, pero no son causa suficiente, mucho menos si hablamos de una epidemia, o más aún de una pandemia. En su surgimiento y mayor o menor gravedad intervienen también las relaciones humanas, y las de los seres humanos con el medio ambiente. Además de las enfermedades emergentes, se han presentado las denominadas reemergentes, a las que se consideraba controladas; es por ejemplo el caso del cólera, que no representa un problema teórico ni práctico para la medicina; pero sigue estando presente porque no se resuelven las condiciones que lo hacen posible. Por eso Henry Sigerist (1987: 276) decía que en el siglo XIX algunas enfermedades fueron una tragedia, pero en el XX eran un escándalo.

La COVID-19 que, como la influenza, se transmite de persona a persona por inhalación de partículas respiratorias, fue la primera pandemia causada por un coronavirus. Cuando llegó, se sabía que es causada por un virus –el SARS-CoV-2– ante el que la ciencia volvía a tener más preguntas que respuestas. La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), que desde su fundación en 1984 luchó contra la privatización de los servicios de salud promovida por los gobiernos neoliberales, señaló que esa emergencia sanitaria era resultado de un problema multidimensional: económico, ambiental, biológico, sanitario, político, migratorio, energético, hídrico, alimentario; en fin, una crisis civilizatoria y que se imponía buscar un nuevo modelo que combinara crecimiento, bienestar para todos, y uso racional de los recursos del planeta (Equipo de coordinación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva, 2020: 7).

La llegada de la COVID-19 propició un aumento del campo ya antes robusto de la historia de las endemias, epidemias y pandemias en América Latina y el Caribe,⁴ al que el

³ Una nueva edición, publicada por la Universidad de Texas, apareció en 2003. Después de esta obra y sobre todo desde que la COVID-19 se extendió por el mundo, nuevas obras se han ocupado de aquella pandemia en diferentes países de todos los continentes.

⁴ Antes y después de la pandemia, la revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* da buena cuenta de ello.

presente dossier, que consta de cuatro artículos, quiere hacer una aportación. Tres de ellos tocan una pandemia en particular: cólera, sida y COVID-19, y el último estudia diversas enfermedades endémicas, epidémicas y pandémicas. Todos tratan de sus efectos fuera de las capitales de los países: los estados de Chiapas y Tamaulipas, en México, y las provincias de Buenos Aires y La Pampa en Argentina. Los cuatro, igualmente, son muestra de la amplitud de temas que pueden ser estudiados al historiar problemas colectivos de salud: la epidemia de cólera y su liga con la injusticia ambiental; los esfuerzos preventivos contra el VIH/sida como laboratorio de un gobierno provincial para defender su autonomía; el efecto de la COVID-19 sobre las condiciones de trabajo de maestras y maestros, ya precarias antes de la contingencia sanitaria; así como el estudio de conjunto de endemias y epidemias para observar la transición epidemiológica, en el caso de La Pampa, por mencionar sólo algunos.

El artículo “La ecología política y la construcción histórica de vulnerabilidades en el contexto indígena-rural mexicano: la epidemia de cólera en Chiapas, 1991-1997”, de Marisol Hernández Rivas, constituye una aportación al análisis interdisciplinario de la salud pública y la ecología política en México. La autora analiza la construcción histórica de vulnerabilidades en Chiapas, y su impacto durante la epidemia de cólera entre 1991 y 1997. Articula los enfoques de Enrique Leff y Joan Martínez Alier para explicar cómo el despojo territorial, la marginación institucional y la deuda ecológica configuran escenarios de injusticia ambiental y exposición diferencial al riesgo sanitario. La investigación se fundamenta en el análisis de fuentes primarias y secundarias, integra datos epidemiológicos, archivos históricos y testimonios comunitarios, y propone trascender la visión biológica de las epidemias para considerar los factores sociales, políticos y territoriales que inciden en la vulnerabilidad de las comunidades indígenas y rurales. La principal aportación de esta investigación radica en vincular la historia de la salud pública y la justicia ambiental, lo que abre nuevas rutas para el análisis de las epidemias en contextos marcados por la desigualdad estructural.

El su trabajo “El VIH/Sida en la provincia de Buenos Aires durante los años noventa: discursos, políticas y salud pública”, Juan Pablo Ubici propone comprender la epidemia no solo como un problema biomédico, sino como un acontecimiento que en los 1990 puso en cuestión las formas de legitimidad del Estado, los límites del discurso público sobre salud y ciudadanía, y la articulación entre derechos, economía y tecnología sanitaria. Analiza cómo, a pesar de fragmentación institucional y escaso presupuesto, lejos de ser una mera reproductora de políticas nacionales, la provincia de Buenos Aires intentó institucionalizar una respuesta estatal territorializada y articulada. Esta política –que integró tanto los saberes locales, como los científicos e internacionales– acercó el Estado a la comunidad. En una primera etapa incluyó: difusión de información estadística, realización de encuestas y la puesta en marcha de campañas públicas de educación y sensibilización, que incorporaron dimensiones de género, edad y vulnerabilidad socioeconómica, para redefinir la percepción social del VIH/sida y luchar contra la estigmatización. Más adelante, abarcó la provisión gratuita de tratamientos farmacológicos, que representaban una esperanza, y la búsqueda de la garantía del derecho a la salud, que al tiempo que promovía los derechos individuales, destacaba la responsabilidad colectiva.

En “Trabajo docente y desigualdades estructurales durante la pandemia de COVID-19”, resultado de una investigación que podríamos situar entre la historia reciente y las ciencias sociales, Magdalena Moreno Ortiz analiza las afectaciones laborales experimentadas por los docentes de educación básica en Tamaulipas, México, durante la pandemia de COVID-19. Articulado dimensiones estructurales, organizativas y experienciales, la autora investiga las maneras en que la crisis sanitaria reconfiguró el trabajo docente, de acuerdo con el sexo de los maestros y con el ámbito geográfico (rural o urbano) donde estos ejercían. Para ello aplicó un cuestionario en línea a poco más de un millar de docentes y

realizó 14 entrevistas semiestructuradas. La autora era en ese momento parte activa del entramado institucional que analiza, pues entre 2018 y 2022, periodo en que la información fue recabada, se desempeñó como subsecretaria de Educación Básica en el estado de Tamaulipas, lo que le permitió un acceso cercano y directo a las experiencias, preocupaciones y dinámicas del magisterio en distintos niveles del sistema educativo (preescolar, primaria y secundaria). Este vínculo favoreció la observación detallada de las tensiones entre las políticas institucionales y la realidad del trabajo docente, y encontró que la pandemia actuó como acelerador de procesos de desprotección preexistentes.

En su artículo “Salud y enfermedad en La Pampa: políticas públicas en una nueva provincia argentina (1945-1975)”, María Silvia Di Liscia habla de los esfuerzos por el control de epidemias y endemias de tuberculosis, viruela, enfermedades de transmisión sexual, mal de Chagas y poliomielitis. El periodo que elige es significativo, pues en esos treinta años La Pampa transitó de territorio nacional a provincia, lo que permite a la autora analizar las políticas sanitarias tanto territorianas como provinciales. Señala que estas tuvieron modificaciones, algunas de las cuales se correspondían con las agendas de organismos internacionales y las de nivel nacional, mientras que otras intentaban resolver problemáticas propias del entorno sociocultural pampeano. En el periodo hubo en esta provincia argentina gobiernos autocráticos y democráticos, por lo que en el campo de la salud convivieron modelos conservadores y autoritarios con otros de signo progresista; sin embargo, unos y otros tuvieron limitaciones a causa de un sistema de salud fragmentado, difícil geografía, falta de modernización y escasa población de La Pampa. El trabajo muestra el proceso de transición epidemiológica que hubo en el periodo estudiado, por el control de enfermedades transmisibles por medio de la inmunización y otras medidas preventivas, y el incremento de la esperanza de vida, y con ésta, de las enfermedades crónicas.

El dossier está integrado, además, por tres reseñas de importantes libros sobre pandemias, todos colectivos, publicados entre 2023 y 2024: la primera sobre la obra de investigación histórica *La pandemia del olvido. Estudios sobre el impacto de la influenza en América Latina, 1918-1920*, editada por Rogelio Altez, América Molina del Villar y Luis Alberto Arrijo Díaz Viruell (de Ana María Carrillo); la segunda acerca del libro *Normalidad transformada por la influenza y la COVID-19 en México, Cuba y Argentina*, editado por Luz María Espinosa Cortés, Carlos A. Aguilar Salinas y Enrique Beldarraín Chaple, el cual incluye análisis históricos, epidemiológicos y de las ciencias sociales (de Andrea Vicente García) y la última sobre la novela colectiva *Catorce días*, coordinada por Margaret Atwood y Douglas Preston (de Pilar Carrillo Farga), que –como en su momento hizo el relato de Porter y han hecho a lo largo de la historia otras obras literarias– muestra la complejidad espiritual y psicológica de las experiencias de quienes viven las pandemias, y puede constituirse en fuente para la historia de los desastres sanitarios, que han sido parte de la historia de la humanidad y todavía están aquí.

Bibliohemerografía

- Arnold, David (ed.) (1988). “Introduction: Disease, medicine and Empire”. *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Arnold, David (ed.), Gran Bretaña: Manchester University Press, pp. 1-26.
- Brooker, Jewel Spears (2009). “Nightmare and Apocalypse in Katherine Anne Porter’s ‘Pale Horse, Pale Rider’”. *The Mississippi Quarterly*, vol. 62, núm. 2, pp. 213-232.
<https://www.jstor.org/stable/26476735>
- Catanach, Ian J. (1988). “Plague and the Tensions of Empire: India 1896-1918”. *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Gran Bretaña: Manchester University Press, pp. 149-171.

- Crosbi, Alfred (1990). *America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Equipo de coordinación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (2020). *La Salud de Nuestros Pueblos. Boletín de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Sección México*. Segunda Época, núm. 1, pp. 6-14.
- González Valdés et al. (2011). Cólera: historia y actualidad. *Revista de Ciencias Médicas*, vol. 15, núm. 4, pp. 280-294.
- Pollitzer, R. (1954). *Plague*, Ginebra: World Health Organization.
- Porter, Katherine Anne (1965). *Pale Horse, Pale rider. Three short stories*. Nueva York y Toronto: The New American Library.
- Shell, Marc (2005). *Polio and its Aftermath. The Paralysis of Culture*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sigerist, Henry (1987, 1ª 1943). *Civilización y enfermedad*, México, Instituto Nacional de Salud Pública/Fondo de Cultura Económica.
- Slack, Paul (1992). "Introduction". Ranger, Terence y Slack, Paul (eds.). *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-20.
- UNAIDS (2026). Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>, consultado el 15/01/2026.

Artículos

La ecología política y la construcción histórica de vulnerabilidades en el contexto indígena-rural mexicano: la epidemia de cólera en Chiapas, 1991-1997

Political Ecology and the Historical Construction of Vulnerabilities in Indigenous-Rural Mexico: The Cholera Epidemic in Chiapas, 1991-1997

Marisol Hernández Rivas¹

<https://orcid.org/0009-0009-3105-4523>

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Este artículo analiza, desde la perspectiva de la ecología política, los procesos históricos que contribuyeron a la construcción de vulnerabilidades en Chiapas y su relación con la epidemia de cólera ocurrida a finales del siglo XX. El argumento se desarrolla en tres apartados: el primero presenta algunos fundamentos teóricos de la ecología política, como los conceptos de deuda ecológica, racionalidad económica y desigualdad ambiental, atendiendo a los enfoques críticos desarrollados por Enrique Leff y Joan Martínez Alier, cuyas aportaciones permiten mostrar cómo las relaciones de poder, los modelos de desarrollo y la distribución desigual de recursos se articulan con la producción social de vulnerabilidades; posteriormente, se analiza la interacción de procesos específicos que configuraron vulnerabilidades estructurales en Chiapas y, finalmente, se explica el impacto que estas vulnerabilidades históricamente construidas tuvieron frente a la epidemia de cólera a partir de 1991. La investigación se sustenta en un análisis documental y crítico de fuentes primarias y secundarias, incluyendo archivos históricos institucionales, datos demográficos y epidemiológicos, prensa contemporánea, testimonios comunitarios y bibliografía especializada. Los hallazgos muestran que el acceso limitado a agua potable y drenaje, la precariedad de los servicios de salud y la pobreza no fueron factores circunstanciales, sino expresiones de una injusticia ambiental configurada históricamente. El análisis muestra que el despojo territorial, la marginación institucional y la deuda ecológica acumulada contribuyeron a una mayor exposición y menor capacidad de respuesta frente a la epidemia en comunidades indígenas y rurales. La principal aportación del estudio es vincular la historia de la salud pública con procesos territoriales de larga duración, aplicando los principios de la ecología política en un caso epidémico concreto. Entre las limitaciones se reconoce la ausencia de trabajo de campo directo, por lo que futuras investigaciones podrían ampliar el enfoque con metodologías comunitarias y participativas.

Recibido: 01 / 11 / 2025

Aceptado: 18 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Hernández Rivas, M., (2026). La ecología política y la construcción histórica de vulnerabilidades en el contexto indígena-rural mexicano: la epidemia de cólera en Chiapas, 1991-1997. *Sekkan*. Vol 2, Núm. 4. pp. 13-40

¹ Este trabajo forma parte de la investigación desarrollada en el marco de una tesis doctoral.

Palabras clave:

Ecología política, vulnerabilidad estructural, cólera, Chiapas, territorio, deuda ecológica.

Abstract

This article analyzes, from a political ecology perspective, the historical processes that contributed to the construction of vulnerabilities in Chiapas and their relationship to the cholera epidemic that occurred at the end of the twentieth century. The argument is developed in three sections: the first presents key theoretical foundations of political ecology –such as the concepts of ecological debt, economic rationality, and environmental inequality– drawing on the critical approaches developed by Enrique Leff and Joan Martínez Alier, whose contributions help illustrate how power relations, development models, and the unequal distribution of resources intersect with the social production of vulnerabilities. The second section examines the interaction of specific processes that shaped structural vulnerabilities in Chiapas; and the final section explains the impact that these historically constructed vulnerabilities had during the cholera epidemic beginning in 1991. The research is based on a documentary and critical analysis of primary and secondary sources, including institutional historical archives, demographic and epidemiological data, contemporary press, community testimonies, and specialized literature. The findings show that limited access to drinking water and sanitation, precarious health services, and poverty were not circumstantial factors but expressions of a historically produced environmental injustice. The analysis demonstrates that territorial dispossession, institutional marginalization, and accumulated ecological debt contributed to greater exposure and reduced response capacity during the epidemic in Indigenous and rural communities. The main contribution of the study is to link the history of public health with long-term territorial processes, applying the principles of political ecology to a specific epidemic case. Among the limitations, the absence of direct fieldwork is acknowledged, suggesting that future research could broaden the approach through community-based and participatory methodologies.

Keywords:

Political ecology, structural vulnerability, cholera, Chiapas, territory, ecological debt.

Introducción

Este artículo analiza la construcción histórica de vulnerabilidades socioambientales en Chiapas y su articulación con la epidemia de cólera ocurrida a finales del siglo XX, desde la perspectiva de la ecología política. La investigación se inscribe en la línea de los estudios sobre salud pública, ambiente y desigualdad, y busca mostrar la influencia que ejercen los procesos históricos y las relaciones de poder en la configuración de vulnerabilidades y riesgos sanitarios. El trabajo también dialoga con la literatura sobre justicia ambiental, y pretende contribuir a la comprensión de cómo las condiciones estructurales y las dinámicas territoriales inciden en la exposición diferencial frente a las epidemias.

De acuerdo con la Dirección General de Epidemiología, la epidemia de cólera en México inició en 1991 y terminó en 2001, ya que ese año se presentó un último caso confirmado en Jalisco para este periodo; no obstante, según datos de la misma dependencia, en Chiapas los brotes se produjeron entre 1991 y 1997 (Dirección General de Epidemiología, 2025). El cólera es una infección intestinal aguda caracterizada por una diarrea intensa que puede provocar deshidratación severa; su agente causal es la bacteria *Vibrio cholerae*, la cual produce una toxina cuyos efectos son la pérdida masiva de agua y electrolitos. Es importante

el tratamiento de rehidratación oportuno, ya que en los casos graves se puede llegar al estado de shock hipovolémico e incluso a la muerte en pocas horas. La vía de transmisión más común durante una epidemia es el consumo de agua o alimentos contaminados con heces.

Se seleccionó Chiapas como caso de estudio porque sus condiciones históricas y socioambientales constituyen un ejemplo paradigmático de vulnerabilidad frente a enfermedades gastrointestinales. La complejidad de su historia se expresa en conflictos territoriales, procesos de despojo y extractivismo, así como en altos niveles de pobreza, marginación y desigualdad. Estos factores han configurado un escenario donde el acceso a recursos básicos –como agua potable y saneamiento– es limitado, lo que incrementa el riesgo ante las epidemias. Aunque Chiapas no registró la mayor incidencia durante la epidemia de cólera a finales del siglo XX, sí se ubicó entre los estados con cifras más altas. Esta situación, sumada a sus características estructurales y territoriales, lo convierte en un espacio idóneo para aplicar el enfoque de la ecología política, que permite mostrar cómo las relaciones de poder, los modelos de desarrollo y la distribución desigual de recursos están directamente relacionados con la producción social de vulnerabilidades.

La pregunta de investigación que guió este estudio es: ¿cómo se articularon las vulnerabilidades históricamente construidas en Chiapas con la epidemia de cólera a finales del siglo XX, y qué procesos socioambientales explican esta relación desde la ecología política? El argumento central sostiene que la epidemia de cólera no puede entenderse únicamente como un fenómeno biológico, sino como un proceso socioambiental y multifactorial, inscrito en la interrelación entre desigualdades históricas, políticas de desarrollo y dinámicas territoriales.

Con el fin de desarrollar y sustentar este argumento, el artículo se organiza en tres secciones. La primera presenta algunos fundamentos teóricos de la ecología política, como los conceptos de deuda ecológica, racionalidad económica y desigualdad ambiental, propuestos por Enrique Leff y Joan Martínez Alier, además de una breve descripción que sitúa el contexto latinoamericano y mexicano en el marco de las dinámicas socioambientales de las últimas dos décadas del siglo XX. La segunda analiza la interacción entre los diversos procesos históricos –latifundismo, ganadería expansiva, perforación petrolera y explotación forestal– que configuraron vulnerabilidades en Chiapas, especialmente la desigualdad en el acceso al agua y el drenaje, la pobreza estructural y la marginación indígena (que se reflejan en indicadores como la mortalidad infantil y la prevalencia de enfermedades prevenibles), el despojo territorial y el abandono institucional. A la luz de lo expuesto en los primeros apartados, la tercera sección explica el desarrollo de la epidemia de cólera en Chiapas mediante el contraste entre diversas fuentes hemerográficas y oficiales. Finalmente se reflexiona acerca de la interrelación entre los conflictos socioambientales, las vulnerabilidades socialmente construidas y la epidemia de cólera.

El artículo se sustenta en el análisis documental y crítico de fuentes primarias provenientes del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, del Centro Único de Información y Archivo Histórico “Ignacio García Téllez” del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Archivo General de la Nación; materiales hemerográficos de la Hemeroteca Nacional de México y de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada;² así como en datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, del Consejo Nacional de Población y de la Dirección General de Epidemiología. También se incorporan fuentes secundarias como bibliografía y hemerografía especializadas en ecología política, salud pública e historia agraria y conflictos territoriales en Chiapas, y otras que rescatan testimonios comunitarios.

² Las referencias correspondientes a las notas periodísticas consultadas en la Hemeroteca Miguel Lerdo de Tejada carecen de número de página, dado que se trata de recortes de prensa pertenecientes a la Colección de Archivos Económicos.

Las fuentes, seleccionadas por su pertinencia temporal (con un énfasis en el periodo 1991-1997 correspondiente a la epidemia de cólera, si bien hay otras que dan cuenta de los antecedentes históricos que permiten comprender los procesos socioambientales que configuraron las vulnerabilidades de la región) y temática (salud pública, vulnerabilidad estructural y conflictos territoriales), se interpretan desde la ecología política como evidencia de la manera en que las relaciones de poder, los modelos de desarrollo y la distribución desigual de recursos se articularon con la producción social de vulnerabilidades y con la reemergencia del cólera.

El análisis de los datos de la epidemia se realizó a partir de la incidencia, entendida como el número de casos nuevos de una enfermedad registrados en una población durante un periodo específico, generalmente expresado por cada 100,000 habitantes. Las gráficas, los mapas y las tablas de elaboración propia se construyeron con base en la información proporcionada por la Dirección General de Epidemiología, en el *Anuario de morbilidad 1984-2024*. Los datos se obtuvieron mediante las consultas de incidencia de cólera por grupo de edad y entidad federativa de 1991 a 1997; casos de cólera por mes de ocurrencia en los mismos años; casos de cólera por fuente de notificación y casos de cólera por grupos de edad en el mismo periodo. No obstante, la fuente presenta una limitante relevante: la información se encuentra agregada únicamente a nivel estatal y no especifica el municipio de procedencia. Esta característica impide analizar el impacto de la epidemia en municipios rurales o con población indígena, un enfoque que habría enriquecido significativamente el estudio.

El número de casos de cólera disponibles en esta base de datos corresponde a los informes hechos a partir del formato de notificación semanal EPI-1-85, forma oficial de notificación individual de casos nuevos de enfermedad en México, creado en 1985. Este documento era un formato impreso, llenado por el médico y enviado físicamente a la jurisdicción correspondiente para luego ser procesado a nivel estatal y nacional, y así conformar las estadísticas epidemiológicas oficiales. Es importante tomar en cuenta que, México, a diferencia de la mayoría de los países en América, adoptó una definición estricta para clasificar los casos de cólera, ya que exigía que todos fueran confirmados mediante estudios de laboratorio; otros países tenían criterios más amplios que incluían el diagnóstico clínico (Koo et al, 1997: 89).

La ecología política y el contexto latinoamericano

La séptima pandemia de cólera inició en Indonesia en 1961 y llegó a América treinta años después. En 1991 se presentaron los primeros casos en Perú. A la llegada de esta pandemia, la región latinoamericana vivía procesos de intensa transformación social y política. Desde los años ochenta se habían ido gestando movimientos sociales de resistencia ante las políticas neoliberales, y entre ellos hubo algunos específicamente indígenas y campesinos con profundas raíces ancladas al territorio –entendido como espacio producido socialmente–; por ejemplo, los seringueiros en la Amazonía brasileña, las comunidades negras en el Pacífico colombiano, los zapatistas en la Selva Lacandona y la Coordinadora Nacional Indígena y Campesina en Guatemala.

Al tiempo que se gestaban estos movimientos, cobraba fuerza una ecología política en el contexto latinoamericano, cuyo desarrollo en la región estuvo asociado a una realidad social y territorial particular, si bien se nutrió de los enfoques estadounidenses.³ Enrique Leff, reconocido por sus aportes teóricos a la ecología política, dijo que a esta disciplina:

³ En Estados Unidos existió un movimiento de justicia ambiental –también llamado justicia ecológica– impulsado principalmente por comunidades afroamericanas, pueblos originarios como los navajo y grupos hispanicos vinculados a luchas históricas como la del Sindicato de Trabajadores Agrícolas Unidos liderado por César Chávez. Estas

... le conciernen no solo los conflictos de distribución ecológica, sino el explorar con nueva luz las relaciones de poder que se entretajan entre los mundos de vida de las personas y el mundo globalizado. [...] Es un campo que aún no adquiere nombre propio; por ello se le designa con préstamos metafóricos de conceptos y términos provenientes de otras disciplinas para ir nombrando los conflictos derivados de la distribución desigual y las estrategias de apropiación de los recursos ecológicos, los bienes naturales y los servicios ambientales (Leff, 2003: 2).

Tanto en la teoría como en las prácticas militantes, a partir de 1990 se fue articulando el concepto de “deuda ecológica” para denunciar el intercambio desigual entre países del Norte y del Sur, y señalar que la riqueza de los países desarrollados estaba construida sobre la explotación de los recursos naturales del Sur global. El concepto fue introducido por Joan Martínez-Alier en el marco de la economía ecológica y la justicia ambiental, para referirse al pasivo histórico acumulado por los países industrializados debido a la explotación desigual de recursos naturales y la transferencia de costos ambientales hacia el Sur global (Martínez-Alier, 2000: 110). Enrique Leff retomó este concepto desde la ecología política, dotándolo de un sentido epistemológico y cultural, ya que además de implicar un desequilibrio material, significaba la imposición de una racionalidad económica que despojaba saberes locales y deterioraba la sustentabilidad territorial:

La deuda ecológica pone al descubierto la parte más grande y hasta ahora sumergida del iceberg del intercambio desigual entre países ricos y pobres; es decir, la destrucción de la base de recursos naturales de los países llamados subdesarrollados, cuyo estado de pobreza no es consustancial a una esencia cultural o a su limitación de recursos, sino que resulta de su inserción en una racionalidad económica global que ha sobreexplotado a su naturaleza, degradado a su ambiente y empobrecido a sus pueblos (Leff, 2003: 26).

En 1991, la revista británica *The Ecologist* publicó una editorial que a la vista de sus lectores fue un indicio de radicalización de su discurso político ante la preocupación de sus editores por la crisis del entonces llamado “Tercer Mundo”. El autor escribió:

En el Sur, la conexión íntima entre la crisis ecológica y las cuestiones más amplias de la justicia social y económica se presenta de forma clara [...]. Sus bosques son cortados por compañías cuyo único interés es sacar la mayor fortuna financiera [...]; sus ríos son frenados por pantanos o polucionados a fin de promover un desarrollo industrial que no les beneficia; sus tierras confiscadas para plantar cultivos que se exportarán al Norte, sus vidas cotidianas oprimidas por la deuda, la insolvencia y, a menudo, la opresión política (citado en Hildyard, 1991: 2).

En el caso de México, pueblos indígenas y campesinos de los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, entre otros –que en conjunto conformaban lo que Guillermo Bonfil Bata-llá llamó el “México profundo” (1994: 8)–, vivían las consecuencias de las desigualdades heredadas del modelo de desarrollo; y resistían el avance de proyectos extractivistas, la contaminación de su entorno y la privatización de los recursos naturales. Además, padecían

comunidades protestaron contra la contaminación nuclear, el uso de pesticidas como el DDT y la instalación de infraestructuras tóxicas en sus barrios –como el caso de mujeres en Los Ángeles que se opusieron a la construcción de un incinerador de basura que iba a liberar dioxinas, y lograron detenerlo–. Este movimiento se articuló en torno a la denuncia del racismo ambiental, entendido como la carga desproporcionada de contaminación en zonas habitadas por personas racializadas (Martínez-Alier, 2002: 105).

enfermedades vinculadas a la falta de acceso a agua potable, drenaje y servicios básicos de salud, contexto que fue agravado durante la epidemia de cólera en México (1991-2001).

Enrique Leff ha sostenido que la racionalidad económica dominante, al priorizar el crecimiento ilimitado y la eficiencia en términos de mercado, ha provocado procesos de degradación ecológica, exclusión social y ciclos de pobreza que comprometen la sustentabilidad de la vida (Leff, 2019: 27,33). Asimismo, esta visión se complementa con el concepto de distribución ecológica propuesto por Joan Martínez Alier, quien ha argumentado que los costos ambientales del crecimiento económico recaen de manera desproporcionada sobre las comunidades más empobrecidas y racializadas⁴ (Martínez Alier, 1995: 6).

En este marco, las últimas décadas del siglo XX estuvieron atravesadas por una globalización económica que mercantilizó la naturaleza y profundizó tanto la degradación ambiental como la homogenización cultural y la exclusión social, al asentarse en una “racionalidad hegemónica homogeneizadora que deja fuera el valor de la diversidad cultural” (Leff, 2019: 72-73), reforzando así la subordinación histórica de las poblaciones marginadas.

Al respecto, en 1994 el subcomandante Marcos escribió: “en México, el sistema social entero se funda sobre la injusticia en sus relaciones con los indios. Lo peor que le puede suceder a un ser humano es ser indio, con toda su carga de humillación, de hambre y de miseria” (subcomandante Marcos, 1994). Esta cita permite ver cómo la opresión denunciada era interseccional, ya que los pueblos indígenas no vivían la injusticia ambiental de forma aislada, sino superpuesta con otros tipos de discriminación en un contexto de colonialismo, racismo y clasismo.

Esta lógica de exclusión estructural se reproducía también en otras esferas, como el acceso a la salud. En el marco de la globalización, México –y en general, América Latina– vivieron una reestructuración profunda de sus sistemas de salud bajo el influjo de políticas neoliberales promovidas por organismos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Estas reformas, aplicadas desde finales de los años ochenta, se centraron en la privatización de servicios, la descentralización administrativa y la reducción del gasto público en salud (Akin, 1987).

En lugar de fortalecer el derecho universal a la atención médica, se consolidó un modelo de mercado que subordinó la salud a la lógica de eficiencia financiera y rentabilidad. Como resultado, se profundizaron las brechas de acceso, especialmente en comunidades indígenas y rurales, donde la infraestructura sanitaria era precaria y el personal médico escaso, y se debilitó la capacidad del Estado para responder a emergencias sanitarias como la epidemia de cólera.

Procesos históricos y configuración de la vulnerabilidad socioambiental en Chiapas

De acuerdo con Aaron Bobrow-Strain (2015), en Chiapas la producción latifundista era el conjunto de prácticas relacionales que habían dado un orden particular al espacio y al territorio, y de igual forma, la explotación de la tierra siempre había estado configurada por luchas en torno a la territorialidad de las fincas. Bobrow-Strain señala que la producción latifundista en Chiapas se remonta a la segunda mitad del siglo XIX, cuando millones de hectáreas fueron deslindadas y privatizadas, los pobladores indígenas se vieron rápidamente despojados de sus derechos sobre la tierra y fueron obligados a trabajar como peones en las fincas agrícolas. Esta forma de producción se estableció sobre formas de dominación agraria preexistentes; desde la época colonial, el sistema de encomiendas y posteriormen-

⁴ Este término se ha empleado para referirse a individuos o comunidades a quienes la sociedad les ha asignado una categoría racial que los somete a un trato desigual y discriminatorio a través del racismo sistémico. De acuerdo con Stuart Hall (2019: 53-58), la raza no debe entenderse como una realidad biológica, sino como un fenómeno histórico-social basado en un sistema de clasificación y jerarquización que tiende a naturalizarse discursivamente.

te las haciendas ya habían establecido formas de concentración de tierras y control sobre la mano de obra indígena. Si bien estas estructuras no constituían latifundios en el sentido moderno, sí sentaron las bases para la apropiación territorial y la subordinación social que caracterizaría al régimen finquero porfiriano.

El autor sugiere que, en ese periodo, la configuración de las relaciones sociales y el territorio se caracterizó por un aislamiento forzado logrado a base de complejas maniobras superpuestas, la servidumbre por deudas y el alcoholismo, así como rituales de paternalismo. Esto último se refiere a las prácticas sistemáticas cargadas de simbolismo que buscaban disfrazar el control social de cuidado y protección, en las que se reproducía el supuesto carácter infantil y dependiente de los indígenas, y la autoridad moral de los finqueros; además, los dueños de las fincas no solo ostentaban el poder económico por tener la propiedad de la tierra, sino que su dominio se basaba en una estructura de poder integral que moldeaba la vida de las comunidades (Bobrow-Strain, 2015: 31).

Posteriormente, los proyectos posrevolucionarios articularon nuevas y eficaces formas de territorialidad indígena; por un lado, el reparto agrario fue más una estrategia de contención que una transformación estructural, y los antiguos terratenientes conservaron poder mediante adaptaciones políticas y simbólicas. Los finqueros cedieron tierras para evitar conflictos, pero no las más productivas, y participaron como gestores-simuladores de la reforma. Por otro lado, a pesar de esto, las comunidades indígenas comenzaron a construir espacios de autonomía relativa, organizándose en comités agrarios y ejidos que les permitieron disputar el control territorial y político desde abajo. Esta reorganización no solo implicó la recuperación parcial de tierras, sino también el surgimiento de nuevas autoridades indígenas que intentaban desafiar el orden establecido (Bobrow-Strain, 2015: 138-139).

Más adelante, las últimas décadas del siglo XX vieron el giro en la configuración espacial de la mano de la producción ganadera y la exacerbación de los conflictos por la tierra en Chiapas. A finales de la década de 1960 y especialmente en la de 1970, caracterizada por el crecimiento poblacional urbano, el Estado inició un proyecto encaminado a reorganizar la producción en el campo mexicano, el cual buscaba promover la ganadería con la intención de abastecer de carne de res a la fuerza productiva industrial en crecimiento (Bobrow-Strain, 2015: 161). En esa época comenzaba a ser tangible la crisis alimentaria y, por primera vez, México dejaba de ser autosuficiente en ese aspecto. En la Selva Lacandona, principalmente en las zonas norte y centro, muchos campesinos fueron despojados de sus tierras por latifundistas ganaderos; en otras regiones, como Los Altos y El Soconusco, las tierras estaban acaparadas por cafetaleros. Aprovechando la oportunidad de la demanda de carne, y con ayuda de influencias y corrupción, surgió un renovado sector capitalista ganadero conformado, algunas veces, por funcionarios públicos y sus familias, a la vez que, para mantener segura a una masa de votantes, también se hicieron algunas expropiaciones de tierras a "expolíticos caducos" y otros caciques, que fueron repartidas entre campesinos que demandaban la tierra (Rutsch, 1980: 159).

La demanda de tierras había ido en aumento porque, además de la crisis alimentaria, en esa época se conjuntaron otros factores: el fin del Programa Bracero (1942-1964) con los Estados Unidos; el colapso de las industrias algodonera y henequenera ante la comercialización de fibras sintéticas –que dejó desempleados a muchos jornaleros– (Mackinlay, 2004: 131), y específicamente en Chiapas, la aparición de nuevos agentes políticos, los partidos de izquierda y los sacerdotes católicos promotores de la teología de la liberación, que en conjunto fomentaron las demandas radicales de los indígenas con respecto a su derecho a la tierra (Bobrow-Strain, 2015: 31-32).

De acuerdo con Mechthild Rutsch (1980: 159), la producción ganadera extensiva en México durante las últimas décadas del siglo XX se caracterizó por ser una práctica elitista orientada a conseguir la máxima ganancia posible, ya que se sustentaba en la explotación de los ecosistemas naturales (libre pastoreo, sin mejoras tecnológicas, sin sembrar zacates para alimentar al ganado y con muy poca mano de obra). Esto quiere decir que requería una gran cantidad de espacio y recursos naturales para la producción (pastizales y agua); deforestaba, degradaba y erosionaba los suelos; contaminaba el agua y comenzaba a generar una importante cantidad de gases de efecto invernadero, lo que propiciaba la pérdida de biodiversidad y la alteración del ciclo del agua (Pérez Espejo, 2008: 64 y 66).

Además de la ganadería y el cultivo de café, otras actividades que contribuyeron a la degradación ambiental y la construcción de vulnerabilidades en el estado de Chiapas fueron la perforación y explotación energética por empresas estatales como Petróleos Mexicanos (Pemex) y la Comisión Federal de Electricidad (CFE). Pobladores de Ocosingo denunciaron ante periodistas de la revista *Proceso* que históricamente a sus comunidades se les culpaba del deterioro ambiental y se habían enfrentado a restricciones severas en cuanto a la tala de árboles y la caza de animales; sin embargo, señalaron que las referidas empresas, además de otras trasnacionales eran las responsables de que, de las 1.5 millones de hectáreas que conformaban la selva originalmente, quedara solo una tercera parte (Correa & Monge, 1991: 17).

Por ejemplo, en la construcción del pozo Ocopal Uno, Pemex había excedido el área pactada y los habitantes estaban preocupados por la fertilidad del suelo y la seguridad alimentaria, ya que Pemex tenía proyectado construir cuatro pozos más en zonas donde estimaba había yacimientos de petróleo. En la entrevista para *Proceso*, un campesino declaró: "... si es cierto ¿qué vamos a hacer?, ¿qué va a pasar con nuestros hijos?, porque sabemos que cuando se saca petróleo todo queda pobre de una vez. No crece maíz, ni frijol, mucho menos zacate para los caballos. 'Qué mejor que hubiera', nos dicen los gobiernos. Sí, para ellos qué mejor, pero para nosotros qué peor" (Correa & Monge, 1991: 19).

En 1992, el subcomandante Marcos denunció la desigualdad ambiental y el extractivismo en Chiapas. En su escrito, "Chiapas: el sureste en dos vientos, una tormenta y una profecía", indicó que había en el estado 86 pozos de Pemex en los municipios de Estación Juárez, Reforma, Ostucán, Pichucalco y Ocosingo, los cuales extraían cada día 92 mil barriles de petróleo y 516.7 mil millones de pies cúbicos de gas. Escribió: "... se llevan el gas y el petróleo y dejan, a cambio, el sello capitalista: destrucción ecológica, despojo agrario, hiperinflación, alcoholismo, prostitución y pobreza" (subcomandante Marcos, 2001: 24).

La explotación maderera, de caoba, amate y cedro tropical principalmente, era otra actividad de alto impacto para el ecosistema. Este proceso de transformación socioambiental se había intensificado desde el siglo XIX, con compañías como la Bulnes Hermanos (de origen asturiano) y con la empresa británica El Águila que, además de la extracción petrolera, también tuvo intereses forestales. En el siglo XX la actividad aumentó: en la década de 1950 llegó la empresa estadounidense Vancouver Plywood Company, la cual creó una filial en México, la Maderera Maya S.A., por medio de la cual se apropió de 420 mil hectáreas de selva; debido a la invasión de terrenos por parte de indígenas sin tierras, esta compañía decidió vender una parte de su propiedad a latifundistas ganaderos de Ocosingo y el resto a la Weiss Fricker Mahogany Company, de Florida, la cual creó la empresa Aserraderos de Bonampak S.A., para la extracción de maderas. Después, en la década de 1970, a través de Nacional Financiera, el Estado fundó la Compañía Forestal de la Lacandona S.A. y compró Aserraderos de Bonampak, con lo que daba fin a la explotación forestal privada; sin embargo, institucionalizó el extractivismo de la selva y dio lugar a desplazamientos y conflictos

por el territorio, ya que uno de los objetivos no declarados de la compañía era acabar con la colonización indígena no dirigida (García, 2000: 186-191).

Finalmente, los campesinos también denunciaron ante la prensa que la expansión de ranchos ganaderos, vinculados a cadenas globales de consumo, había contribuido a la deforestación masiva, mientras que redes ilícitas de tráfico de animales, maderas y drogas operaban con impunidad. Este era un complejo contexto para los ejidatarios, cuyas palabras para el reportero de *Proceso* fueron: "... estamos abandonados hasta de Dios", una expresión que reflejaba la desprotección institucional y la violencia estructural que enfrentaban en sus comunidades (Correa & Monge, 1991: 19). Ana Carrigan rescató en el epílogo de *Nuestra arma es nuestra palabra* los números del extractivismo que denunciaban los zapatistas:

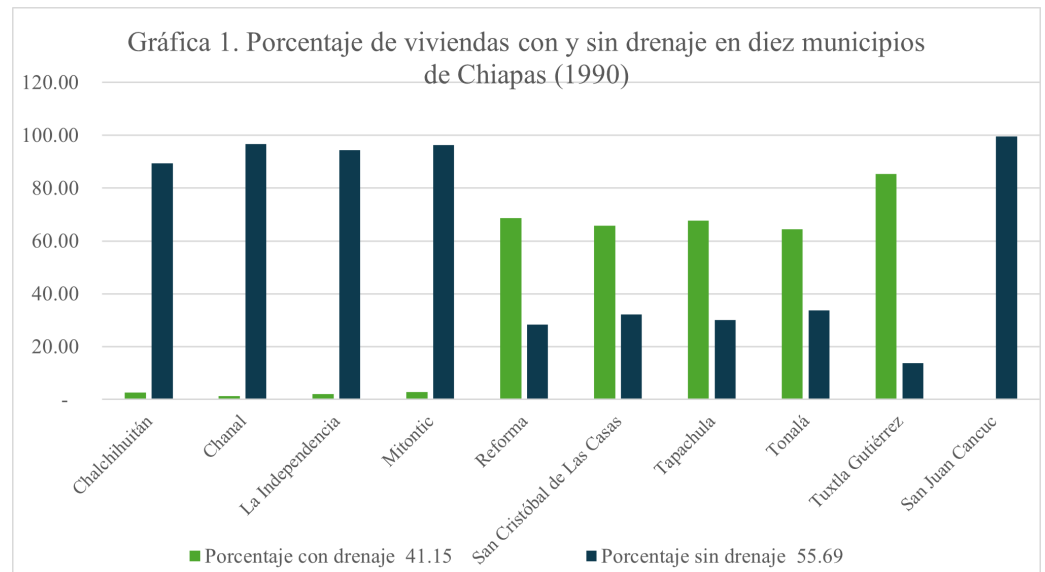
Chiapas es el octavo estado más grande de México y uno de los más ricos en recursos naturales. Tiene aceite, gas, madera y energía hidroeléctrica. Tres grandes embalses producen el 55% de la electricidad de la nación [de origen hídrico] [...] y la producción de aceite y gas natural da cuenta respectivamente del 21% y 47% de la producción nacional. Su producción de café le sitúa en primer lugar en todo el país y su industria de carne en segundo lugar. Es también el segundo productor más grande de maíz, plátanos, miel, melones, aguacates y cocoa, todo dirigido a la exportación (subcomandante Marcos, 2001: 444).

De acuerdo con Maristella Svampa:

... en nombre de la ideología del progreso, las comunidades allí asentadas [en grandes extensiones de territorios 'improductivos'] aparecen invisibilizadas, las economías regionales devaluadas o sus crisis exacerbadas, a fin de facilitar el ingreso de otros modelos de desarrollo, que terminan convirtiéndose en agentes de ocupación territorial. Estos procesos de devaluación se potencian en regiones tradicionalmente relegadas (Svampa, 2019: 40).

Esta observación, que la autora hace para regiones como la Patagonia argentina y la Amazonia, es aplicable también a Chiapas. El abandono institucional podía verse reflejado en las cifras oficiales de acceso a agua potable y drenaje en la entidad. Según datos del "Censo General de Población y Vivienda 1990", 41% de las viviendas contaba con drenaje. Por un lado, este dato, que ya muestra una baja cobertura, debe leerse con cuidado, ya que de ese total de viviendas con drenaje, 12% estaba conectado a fosa séptica y 5% desaguaba directamente a suelos, ríos o lagos; esto último indica que no existía un adecuado saneamiento y más bien ponía en riesgo la salud ambiental y humana.

Por otro lado, entre municipios las diferencias en el acceso a servicios básicos eran extremadamente marcadas (véase la gráfica 1). Los municipios con mayor porcentaje de drenaje (Tuxtla Gutiérrez, Reforma, Tapachula, Tonalá y San Cristóbal de las Casas) superaban 64% de cobertura, lo que indica una infraestructura básica más desarrollada, mientras que los municipios con menor porcentaje (San Juan Cancuc, Chanal, Chalchihuitán, La Independencia y Mitontic) tenían menos de 3% de viviendas con drenaje, lo que evidencia un rezago extremo y falta de acceso a servicios básicos.



Fuente: Elaboración propia con datos del "Censo General de Población y Vivienda 1990".

Para estimar el índice de marginación absoluto en 1990, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) utilizó información del Censo General de Población y Vivienda de ese año; seleccionó nueve indicadores que reflejan carencias estructurales en educación, vivienda, servicios básicos, condiciones laborales y dispersión territorial. Estos indicadores fueron: el porcentaje de población analfabeta de 15 años o más, y el porcentaje de población sin primaria completa de 15 años o más; el porcentaje de ocupantes en viviendas con piso de tierra; el porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin drenaje ni servicio sanitario exclusivo; sin disponibilidad de energía eléctrica, y sin disponibilidad de agua entubada; el porcentaje de viviendas con algún nivel de hacinamiento; el porcentaje de población que residía en localidades con menos de 5,000 habitantes, y el porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos. En 1990 Chiapas tenía el índice de marginación absoluto más alto del país (53.72), mientras que el Distrito Federal tenía el más bajo (15.05). Tales condiciones estaban estrechamente relacionadas con su exposición diferencial a riesgos sanitarios como las enfermedades gastrointestinales, incluido el cólera. En el mapa (gráfica 2) se observa la distribución geográfica de este fenómeno en México; al norte se encuentran los estados con menor índice de marginación, mientras que en el sur se concentran las entidades más marginadas: Guerrero, Oaxaca y Chiapas.



Fuente: Elaboración propia con información de CONAPO (2004: 31).

Para ilustrar la distribución territorial de la marginación en México, se presenta a continuación la tabla 1, que compara el número de municipios por entidad federativa según su grado de marginación en 1995. Destaca el caso de Chiapas, que ese año concentraba el mayor número de municipios con alto grado de marginación, reflejo de las condiciones históricas de pobreza, exclusión y rezago social que afectaban especialmente a sus comunidades indígenas y rurales.

Tabla 1.
Número de municipios por entidades federativas seleccionadas, según grado de marginación en México (1995)

Entidad	Grado de marginación					Total de municipios
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Aguascalientes	1	8	2	0	0	11
Baja California	5	0	0	0	0	5
Baja California Sur	3	2	0	0	0	5
Campeche	0	1	7	1	0	9
Coahuila	10	14	14	0	0	38
Colima	4	5	1	0	0	10
Chiapas	0	1	40	31	39	111
Chihuahua	15	29	8	3	12	67
Distrito Federal	13	3	0	0	0	16

Fuente: CONAPO. <https://web.archive.org/web/20101031115054/http://conapo.gob.mx/publicaciones/margina/199502.xls>

En todo el país había 14 millones de campesinos sin tierra. No obstante, frente a los procesos de despojo territorial y exclusión estructural, las comunidades indígenas y campesinas no permanecieron pasivas sino que desarrollaron estrategias como la ocupación de predios federales o privados; ello no solo ocurrió en Chiapas, sino que fue una acción generalizada en todo el país para hacer frente a las políticas institucionales que favorecían la existencia de latifundios. Este fenómeno fue más visible a partir de 1977, cuando, durante el gobierno de José López Portillo, el Fondo Monetario Internacional ejerció presiones para privatizar las tierras con mayores potenciales para la industria agraria en México. La propuesta del Ejecutivo consistía en permitir la asociación entre ejidatarios, pequeños propietarios y capitales privados, tanto nacionales como extranjeros (*Corre la Voz*, 1991: 6).

Algunos intentos se realizaron, al tiempo que el discurso oficial señalaba que ya no había más tierras para el reparto ejidal, y grupos de campesinos reaccionaron invadiendo terrenos. Tan solo en la Huasteca hidalguense 312 predios fueron tomados ese año, y para 1980, campesinos de diversas facciones políticas se habían posesionado de casi 70 de las fincas más grandes de la zona centro y norte de Chiapas. A partir de 1977 la invasión de tierras fue tipificada como delito federal, y hubo campañas policiales y militares en Chiapas, Oaxaca, Hidalgo y San Luis Potosí. La represión era tal, que al periodo de 1976 a 1983 se le ha llamado “populismo sangriento” (Bobrow-Strain, 2015: 159; *Corre la Voz*, 1991: 6).

En 1980, en Golonchán, Chiapas, tuvo lugar una de las masacres más significativas para el movimiento zapatista. Este hecho alimentó el sentimiento de injusticia y la necesidad de organización autónoma entre los pueblos indígenas, que luego se canalizaría en la conformación del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) (Bobrow-Strain, 2015: 157-160). Esta organización se fundó en 1983 en Las Cañadas de la Selva Lacandona, y se mantuvo clandestina hasta su levantamiento público el 1 de enero de 1994; estaba basada en el agrarismo de Emiliano Zapata y en las corrientes anarquista, marxista y de teología de la liberación. Se justificaba como respuesta al abandono estatal, la marginación, la falta de acceso a la tierra, la salud y la justicia.

Martínez Alier identifica tres corrientes ecologistas: la primera es el culto a la vida silvestre (se basa en la biología de la conservación y fomenta la creación de parques nacionales o reservas, por ejemplo); la segunda es la que llama “ecoeficiencia” (ya que busca modernizar la economía y hacerla “verde” sin dejar de crecer), y la tercera es el ecologismo de los pobres (o de justicia ambiental). A diferencia de las primeras, que han surgido en contextos de clase alta y occidentales, la tercera corriente surge desde las luchas sociales por la supervivencia y la justicia ambiental, no desde la conservación de la naturaleza por sí misma ni desde una visión tecnocrática del desarrollo sostenible. El ecologismo de los pobres se ha vinculado a movimientos sociales, indígenas, campesinos o urbanos que luchan por el uso del agua, así como el acceso a los bosques y, en general, buscan aminorar las desigualdades. “Los actores de tales conflictos muchas veces no utilizan un lenguaje ambiental, y esta es una de las razones por las que esta tercera corriente del ecologismo no se identificó hasta los años ochenta” (1995: 31).

Mientras tanto, la crisis del sector agrícola seguía intensificándose. Durante la administración de Miguel de la Madrid, los empresarios más liberales representados en el Consejo Nacional Agropecuario (una corporación independiente fundada en 1984), comenzaron a exigir al gobierno una menor intervención del Estado en el ámbito productivo, y traspasar muchas de sus funciones a la iniciativa privada, especialmente la administración del riego. Posteriormente, ante el ingreso de México al Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio en 1986 (GATT por sus siglas en inglés), los empresarios se organizaron para pedir reducción de aranceles en los insumos para la producción y cambios a la Ley Federal de la

Reforma Agraria; querían que la ley permitiera el arrendamiento de tierras ejidales pero no su privatización (Mackinlay, 2004: 133-134).

La tan esperada reforma agraria vio la luz en 1992. Esta consistió en dar por terminado el reparto ejidal, permitir la transferencia de los certificados de derechos agrarios y crear la pequeña propiedad individual con límites de acuerdo con el uso de suelo, con un máximo de entre 100 y 300 hectáreas para uso agrícola, dependiendo del tipo de cultivo; de hasta 300 hectáreas para uso ganadero, y de hasta 800 hectáreas en caso de tierras forestales (para la explotación de bosques y selvas) (Secretaría de la Reforma Agraria, 1992).

El proceso de transformación del régimen de propiedad social en México después de 1992 implicó una reconfiguración profunda del artículo 27 constitucional, que afectó no solo la tenencia de la tierra, sino también el acceso y control sobre recursos estratégicos como el agua y los minerales. Las reformas a la Ley Agraria, la Ley de Aguas Nacionales y la Ley Minera facilitaron la mercantilización de bienes antes considerados de uso común o propiedad social. El agua dejó de ser un bien público y comenzó a ser concesionable a empresas. Además, el acceso a este recurso no dependía ya de la propiedad de la tierra, lo que despojaba a las comunidades de su gestión (Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, 1992).

Por su parte, la Ley de Minería (Secretaría de Economía, 1992) priorizó la extracción de los minerales sobre cualquier otro uso del suelo, incluyendo la propiedad ejidal, comunal o privada. El aprovechamiento de los minerales dejaba de ser un bien público y podía concesionarse a cualquier empresa mexicana o extranjera, por periodos de hasta 50 años que podían ser prorrogables a 100; la Ley no contemplaba impuestos especiales o responsabilidades ambientales, era altamente permisiva y buscaba fomentar la inversión privada. Este conjunto de reformas al artículo 27 se presentaron estratégicamente en un contexto previo a la firma del Tratado de Libre Comercio.

De acuerdo con Horacio Mackinlay (2004: 135-136), durante la administración salinista la transformación del régimen de propiedad social se llevó a cabo de forma radical y fue más lejos de lo que habían esperado los empresarios. La apertura comercial sucedió casi al mismo tiempo que la reforma agraria, y tuvo consecuencias alarmantes para los productores de granos básicos, especialmente para los pequeños, aunque también para los grandes empresarios. La ganadería se vio igualmente afectada por la apertura comercial, con excepción de algunas subramas específicas dedicadas a la exportación.

En este tiempo el EZLN logró extenderse a otras regiones de Chiapas gracias a la formación de células político-militares y campamentos. El 1 de enero de 1994, el mismo día que entró en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, el EZLN tomó varias cabeceras municipales en Chiapas. Desde la radiodifusora oficial de Ocosingo los dirigentes leyeron la Primera Declaración de la Selva Lacandona, en la que manifestaron pública y formalmente la intención de iniciar un conflicto armado contra el Estado mexicano; sus demandas eran "trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia y paz" (Primera Declaración de la Selva Lacandona, 1993).

Tabla 2. <i>Chiapas: tasa* de mortalidad infantil (1990-2000)</i>		
Año	Nacional	Chiapas
1990	36.2	50.7
1992	33.5	48.2
1995	29.0	39.5
1996	29.3	37.3
1997	28.1	35.8
1998	26.9	34.4
1999	25.9	33.1
2000	24.9	31.9
* Número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos.		
<i>Fuente: Elaboración propia con información de INEGI (2001: 68).</i>		

La voz de los disidentes cobra sentido si se revisan las estadísticas de salud registradas en la década (tabla 2). A pesar de los posibles problemas de subregistro en los datos oficiales, estos permiten visualizar que el estado de Chiapas presentaba una de las tasas más altas de mortalidad infantil⁵ a nivel nacional, así como una notable prevalencia de enfermedades prevenibles.

En 1990, la tasa de mortalidad infantil era de 50.7 por 1,000 nacidos vivos (mientras que el promedio nacional era de 36.2) (INEGI, 2001: 68), y la segunda causa de morbilidad, tan solo después de las enfermedades respiratorias, eran las clasificadas como “otras infecciones intestinales y las mal definidas”, con una incidencia de 1,431.8 por cada 100,000 habitantes (SUIVE, 1994).

De acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), esta categoría se basa en la clasificación de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión) y agrupa varias afecciones en las que el patógeno no está claramente identificado o no se incluye en las categorías más específicas y que se registran individualmente, como cólera, amebiasis o giardiasis. Sugiero que el alto número de casos registrados en este rubro está relacionado con el abandono institucional de la salud en el estado, la poca capacidad de las herramientas para el diagnóstico, además de que es posible que en esta categoría se hayan incluido casos no diagnosticados o no registrados como cólera. De cualquier forma, estos indicadores epidemiológicos reflejan la existencia de problemas estructurales graves en el estado, en cuanto a marginación, pobreza y deficiencias en la infraestructura sanitaria y el sistema de salud.

En una entrevista para el periódico comunista italiano *L'Unità*, en San Cristóbal de las Casas, el subcomandante Marcos declaró: “los indios siempre han vivido en guerra porque la guerra, hasta hoy, ha sido siempre contra ellos [...] mientras que ahora [...] en todo caso, tendremos la oportunidad de morir combatiendo y no de disentería como mueren normalmente los indios chiapanecos” (subcomandante Marcos, 1994). Esta declaración tenía una fuerza simbólica y política si consideramos que en 1994 la epidemia de cólera ya había afectado gravemente al estado de Chiapas. En 1997, la mortalidad por enfermedades

⁵ La mortalidad infantil se refiere a las muertes de niños antes de cumplir un año.

infecciosas intestinales en ese estado era la más alta del país (23.9 por cada 100,000 habitantes), casi el triple de la media nacional (7.8) (SSa, Dirección General de Estadística e Informática, 1998: 523).

La epidemia de cólera en Chiapas

Como he expuesto hasta aquí, en la frontera sur de México las condiciones sanitarias ya eran precarias antes de la llegada del cólera en 1991. Además, los campamentos de refugiados, donde convivían mexicanos y extranjeros, generalmente centroamericanos, carecían de servicios básicos, lo que exponía a sus habitantes a diversos riesgos epidemiológicos. El recrudecimiento de la guerra civil en Guatemala provocó un aumento en el flujo migratorio hacia Chiapas, tanto de personas en busca de asilo como de trabajadores temporales que llegaban cada año durante la cosecha del café, la caña, el plátano, la papaya y otros productos de las plantaciones. Por ejemplo, un informe de 1985 estimaba que más de 220,000 centroamericanos residían en Chiapas, de los cuales 90,000 se empleaban en la pisca de café. Esta alta movilidad poblacional, sumada a la falta de infraestructura sanitaria, creaba un escenario propicio para la propagación de enfermedades infecciosas.⁶

En este contexto, la llegada del cólera a Chiapas en 1991 generó respuestas contradictorias por parte del Estado y los medios de comunicación. Mientras algunos diarios difundían discursos xenófobos que advertían sobre el supuesto riesgo de que los migrantes introdujeran la enfermedad al país, el entonces secretario de Salud, Jesús Kumate Rodríguez, subestimaba públicamente el peligro. En declaraciones recogidas por el diario *El Día*, aseguró que “la insalubridad de algunas poblaciones ubicadas en la frontera sur de México no hará peligrar la estrategia para impedir la entrada del cólera a territorio nacional”, y descartó que existiera un riesgo latente de epidemia (Flores, 1991).

Sin embargo, en paralelo, se filtró a la prensa un documento interno del Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva, de los Servicios Coordinados de Salud Pública, titulado “Control de la enfermedad del cólera”, que alertaba sobre la ausencia de puestos de sanidad internacional en la frontera sur, y advertía a las unidades médicas sobre el riesgo de contagio derivado del constante movimiento migratorio. Ante esta situación, autoridades locales como Víctor Camacho Talavera, director de la Jurisdicción Sanitaria de la Sierra de Chiapas y el Soconusco, comenzaron a prepararse para una posible contingencia en municipios fronterizos como Suchiate, Frontera Hidalgo, Tuxtla Chico, Cacahoatán y Unión Juárez, donde se reforzó la capacidad hospitalaria y se distribuyeron medicamentos (Ruiz, 1991).

El estado de alerta comenzó a intensificarse en los medios de comunicación conforme se difundían reportes sobre la situación sanitaria en Guatemala. El Centro Exterior de Servicios Informativos de este país dio a conocer un informe del Ministerio de Salud guatemalteco en el que se advertía sobre la “inminente llegada del mal durante los próximos días” (Castillejos, 1991). La preocupación se centraba en la alta vulnerabilidad de la población; se dijo que, de los 9.5 millones de habitantes, 82% vivía en condiciones de pobreza extrema, especialmente las comunidades indígenas asentadas cerca de la frontera con México. El gobierno de Guatemala anunció una inversión de diez mil dólares para la producción de suero de rehidratación oral, lo que evidenciaba la urgencia de prepararse ante la inminente llegada del cólera. Estas noticias, reproducidas por la prensa mexicana, contribuyeron a instalar la percepción de que la epidemia ya no era una amenaza lejana, sino una realidad que se aproximaba rápidamente a la frontera sur.

⁶ Archivo General de la Nación (AGN), “Secretaría de Gobernación en Chiapas, 13 de mayo de 1985”, fondo Secretaría de Gobernación S. XX, sección Dirección Federal de Seguridad, serie: fichero 64, unidad de instalación: cajón 7 (Secretaría de Educación Pública-Secretaría de Gobernación), 2 fojas.

Hacia finales del mes de abril, y en adelante, las declaraciones de las autoridades federales fueron adquiriendo otro matiz; por ejemplo, Jaime Sepúlveda, director de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSa), dijo que las posibilidades de que el cólera se presentara en el Distrito Federal eran muy remotas ya que en esta ciudad se contaba con servicio de potabilización de agua. Sin embargo, señaló que debían extremarse precauciones en las zonas marginadas del país, especialmente el sureste; también aceptó que la epidemia de cólera era un problema más grave de lo que se esperaba para América Latina (Reyes, 1991). Por su parte, en una reunión en Campeche, Jesús Kumate dijo algo que contrastaba con sus declaraciones anteriores: "... los cordones sanitarios son ineficaces para detener la entrada del cólera a México", y trató de alentar a la población a tener confianza en las medidas tomadas por las instituciones (Chávez, 1991).

A principios de mayo, las medidas que la SSa convino que tendrían que ponerse en marcha ante los primeros casos eran, en orden de importancia: potabilizar el agua de bebida, evitar el riego de hortalizas con aguas negras, informar los mecanismos de transmisión, vigilar los niveles de cloro en los 287 sistemas de agua potable del país y en los camiones cisterna, examinar con regularidad los sistemas de drenaje de ciudades susceptibles en búsqueda de *Vibrio cholerae*, así como instalar laboratorios regionales de salud pública para fortalecer el control sanitario de alimentos y bebidas en seis ciudades específicas: Tapachula, Mérida, Oaxaca, Tampico, Culiacán y Tijuana.⁷

Mientras tanto, la administración sanitaria mexicana también respondía a las recomendaciones internacionales emitidas por la Organización Panamericana de la Salud, basadas en el *Reglamento Sanitario Internacional* (Organización Mundial de la Salud, 1983). En los puestos aéreos y marítimos, se implementaron medidas de vigilancia para pasajeros provenientes de países afectados, especialmente Perú. La detección de casos sospechosos se realizaba mediante interrogatorios, observación de síntomas y el llenado voluntario de la "Tarjeta de vigilancia del cólera", que debía enviarse a la Dirección General de Epidemiología en la ciudad de México. En casos con síntomas compatibles, se tomaban muestras rectales para el aislamiento de *Vibrio cholerae*, las cuales eran remitidas al Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) para su análisis y eventual confirmación.⁸ Paralelamente, ante la importancia económica del turismo, se reforzaron inspecciones sanitarias en hoteles, restaurantes y balnearios, con especial atención a la calidad del agua y los alimentos de origen marino.⁹

Documentos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que presta servicios a los trabajadores de instituciones privadas y sus familias, revelan que, antes de la llegada del cólera a México, una de las hipótesis más plausibles sobre su posible ruta de ingreso señalaba a la frontera sur como el punto de inicio de los brotes, particularmente en Tapachula, Chiapas, por el constante movimiento migratorio, y se consideraba que el cólera podría seguir la ruta de difusión de la epidemia de dengue.¹⁰ Esta afirmación resulta cuestionable, dado que el cólera se transmite principalmente a través del consumo de agua o alimentos contaminados, mientras que el dengue es una enfermedad viral propagada por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*; no obstante, es probable que debido a la combinación de di-

7 Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), "Acuerdos 9 de mayo de 1991, Situación actual del cólera en las Américas", Fondo Secretaría de Salud, sección Secretaría Particular, caja 751, expediente 10, 3 fojas, 1991.

8 AHSSA, "Especificaciones para el uso de los formatos de vigilancia epidemiológica internacional para pasajeros y tripulación procedente de áreas infectadas por cólera (Tarjeta de vigilancia de cólera)", Fondo Secretaría de Salud, sección Secretaría Particular, caja 723, expediente 4, 1 foja.

9 AHSSA, "Acuerdos del subsecretario con el secretario del ramo. Acciones preventivas del cólera, acuerdo del 27 de marzo de 1991", Fondo Secretaría de Salud, sección Secretaría Particular, caja 754, expediente 2, 1 foja, 1991.

10 Centro Único de Información (CUI) "Ignacio García Téllez", "Panorama delegacional zona 2: situación del cólera", octubre de 1991. Dependencia 104, fondo 4, subfondo 95, carpeta 5, inventario 12527, ubicación 5-30.

versos factores sociales y ambientales, ambas enfermedades pudieran afectar las mismas zonas geográficas. La migración de poblaciones vulnerables entre fronteras para el trabajo temporal en las plantaciones, la falta de saneamiento, las condiciones precarias de trabajo y vivienda se sumaban a los efectos de la temporada de calor y lluvias intensas, ya que las inundaciones favorecían la proliferación del mosquito, al tiempo que podían contaminar las fuentes de abastecimiento de agua para beber.

Para sorpresa de todos, la SSA notificó oficialmente que el primer caso se había reportado el 17 de junio de 1991 en la comunidad serrana de San Miguel Totolmaloya, al sur del Estado de México. Durante el mes siguiente, el cólera llegó a Chiapas. Según los datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, en 1991 se registraron en este estado 322 casos confirmados de cólera (es decir, confirmados con prueba de laboratorio realizada por el INDRÉ), lo cual significaba una incidencia de 12.58 por 100,000 habitantes.¹¹ Ese año, los estados más afectados fueron Tabasco, Hidalgo, Yucatán y Chiapas. Al representar los valores de la incidencia anual por estados en un mapa, es posible identificar espacialmente las zonas más afectadas por el cólera, que ese año fueron principalmente los estados del sureste mexicano, mientras que en los núcleos urbanos con mayor infraestructura sanitaria la incidencia fue nula o casi nula.



*Por 100,000 habitantes.

Fuente: elaboración propia con datos del reporte del formato de notificación semanal EPI-1-85, Dirección General de Epidemiología/SSA, 2025.

¹¹ Reporte del formato de notificación semanal EPI-1-85, Dirección General de Epidemiología/SSA.

Tabla 3. <i>Incidencia anual del cólera en Chiapas (1991-1997)</i>		
Año	Incidencia*	Casos
1991	12.58	332
1992	13.15	449
1993	37.76	1313
1994	21.31	754
1995	40.31	1486
1996	9.42	355
1997	3.17	117

*Incidencia por 100,000 habitantes.

Fuente: elaboración propia con información del reporte del formato de notificación semanal EPI-1-85, Dirección General de Epidemiología/SSa, 2025.



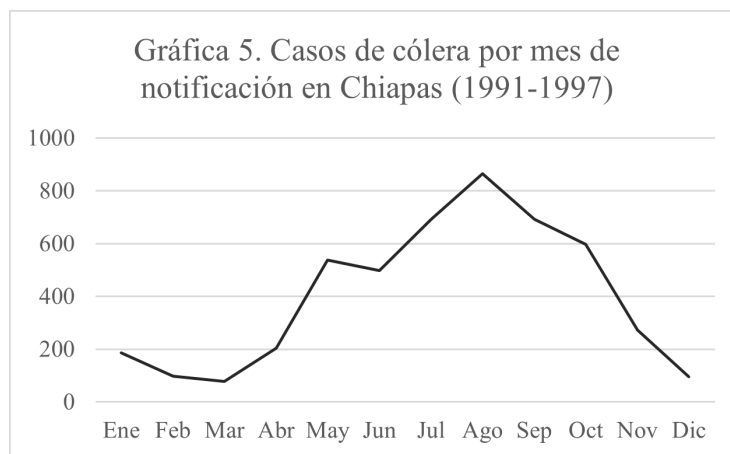
*Por 100,000 habitantes.

Fuente: elaboración propia con datos del reporte del formato de notificación semanal EPI-1-85, Dirección General de Epidemiología/SSa, 2025.

A partir de 1991, el cólera se transmitió localmente en Chiapas. La gráfica muestra que, entre 1991 y 1992, hubo una primera fase de expansión; hacia 1993 la incidencia se disparó hasta llegar a 37.76 (por 100,000 habitantes) y en 1994 hubo un descenso; en 1995 la incidencia volvió a subir, incluso más que en 1993 (tabla 3, gráfica 4).

Este comportamiento podría mostrar que la pandemia en Chiapas estuvo caracterizada por dos olas cuyos picos sucedieron en los veranos de 1993 y 1995, respectivamente, mientras que entre 1996 y 1997 la incidencia anual (por 100,000 habitantes) bajó de 9.42 a 3.17, hasta llegar a cero en 1998. No obstante, también es posible pensar en algún tipo de subregistro para el año 1994, ya que la tendencia a la baja fue generalizada para todo el país y al año siguiente se presentó la mayor incidencia de toda la década. Esto pudo deberse a que, por un lado, 1994 fue un año complejo políticamente, ya que era el último año de la administración salinista y se firmaba el Tratado de Libre Comercio, por lo que existían pre-

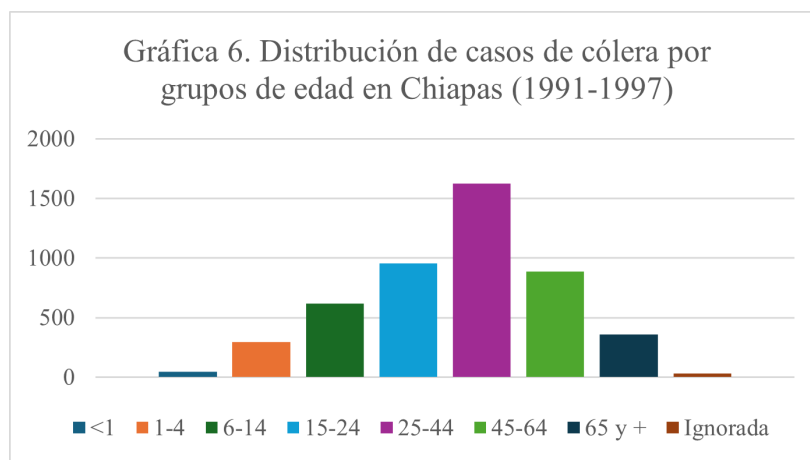
siones para mostrar una imagen de estabilidad frente a la integración económica; además, el levantamiento zapatista interrumpió los servicios de salud en algunas zonas que, aunque escasos, realizaban las notificaciones de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Por otro lado, el repunte en el número de casos hacia 1995 coincide con el primer año del gobierno de Ernesto Zedillo, el cual se enfrentó a una severa crisis económica que tuvo consecuencias para la salud de los mexicanos, ya que el gasto público en este rubro se redujo, y afectó principalmente a las poblaciones no aseguradas y marginadas, como es el caso de Chiapas (Lara et al., 1997: 107).



Fuente: elaboración propia con información del reporte del formato de notificación semanal EPI-1-85, Dirección General de Epidemiología/SSa, 2025.

La época del año en la que más casos de cólera se presentaron, a lo largo del periodo, fue el verano. La gráfica 5 muestra un repunte de los casos a partir de los meses abril y mayo, mientras que el pico más alto se alcanzaba en agosto y, de septiembre en adelante, se presentaba un descenso. La aparición de nuevos casos coincidía con la temporada de lluvias y de calor. Esto se debe a que las lluvias pueden arrastrar desechos fecales hasta las fuentes de agua para consumo, como ríos, lagos, manantiales o pozos; la relación entre las lluvias y el cólera aumentaba por las condiciones precarias de saneamiento en el estado. Por ejemplo, en el ejido La Libertad, un asentamiento rural de cerca de 6,000 habitantes, solo 16 viviendas tenían letrinas y algunas más, fosas sépticas. La mayoría de las personas carecían de drenaje y agua potable. En esta localidad, el primer brote comenzó en julio de 1991; los pobladores mencionaron que una docena de personas adultas fueron hospitalizadas; sin embargo, la médica Rosa María Vargas, encargada de la clínica local, negó a un reportero que hubiera casos positivos (Arguello, 1998:16).

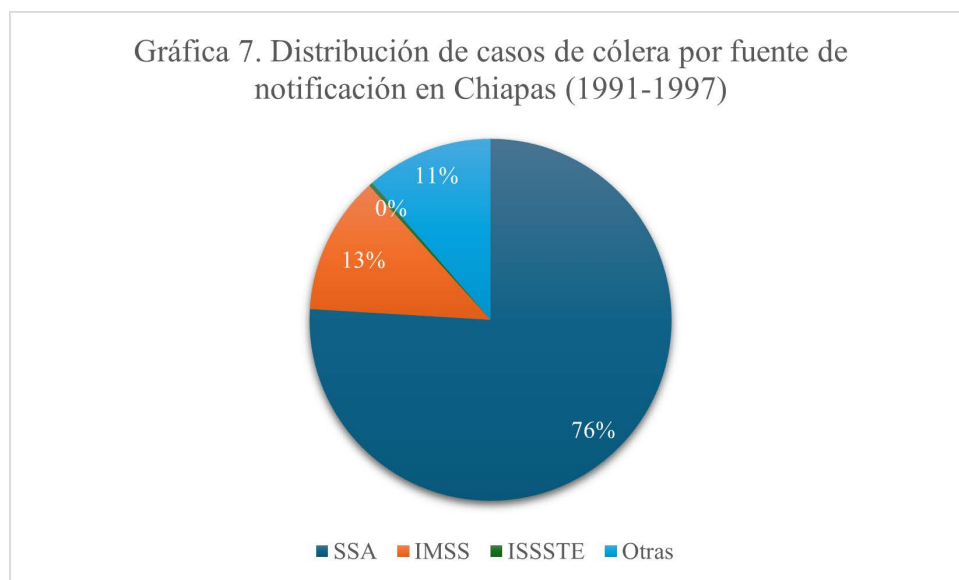
En Ciudad Hidalgo, el brote inicial fue de cuarenta personas, y una de ellas falleció por deshidratación ya que no contaba con los medios para ser trasladada a la clínica más cercana. El director de la Unidad de Medicina Familiar número 5 del IMSS, el médico Antonio Velázquez Zaizar, declaró ante la prensa: “las posibles fuentes de contagio fueron el fecalismo al aire libre y la contaminación de los mantos acuíferos, pozos y, en especial, las aguas del Río Suchiate, además de las precarias condiciones de higiene y que los desechos y aguas negras van a dar a este lugar” (Arguello, 1998:16).



Fuente: elaboración propia con información del reporte del formato de notificación semanal EPI-1-85, Dirección General de Epidemiología/SSa, 2025.

Los grupos de edad más afectados durante la epidemia en Chiapas fueron los jóvenes y los adultos, especialmente de 25 a 44 años (gráfica 6); esto pudo deberse a que sus hábitos, estrechamente relacionados con el entorno y el contexto socioeconómico, los hicieron más susceptibles a la infección. Por el trabajo, regularmente en las fincas productivas o en las compañías madereras (conocidas como monterías), estas personas debían estar más tiempo fuera de casa, a veces temporadas completas como en el caso de las cosechas, y dormir hacinadas en alojamientos improvisados o las llamadas galeras. Además, la alimentación era precaria y sin higiene, y el agua para beber estaba probablemente contaminada por la práctica del fecalismo al aire libre.

De esta manera, que los adultos jóvenes fueran más susceptibles al cólera no respondía a hábitos individuales, sino a condiciones insertas en un contexto social más complejo, configurado históricamente. Antonio García de León describió la estructura de la complicada vida laboral en Chiapas, marcada por la persistencia de formas de servidumbre agraria, precariedad y explotación en fincas y monterías. En esos contextos el saneamiento era prácticamente inexistente, como resultado de un sistema económico que combinaba modernización desigual con prácticas heredadas del latifundio y el peonaje (García de León, 1997: 13-14).



Fuente: elaboración propia con información del reporte del formato de notificación semanal EPI-1-85, Dirección General de Epidemiología/SSa, 2025.

De acuerdo con la información recabada por la Dirección General de Epidemiología mediante el formato de notificación semanal EPI-1-85, la institución que más casos reportó fue la SSa, seguida del IMSS y otras, mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) notificó muy pocos casos. Aunque no se tiene el dato explícito sobre las otras fuentes de notificación, es probable que se tratara de instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (gráfica 7).

La distribución institucional de los casos notificados muestra una perspectiva de la estructura territorial y social del acceso a la salud en Chiapas. Aunque la Secretaría de Salud concentró la mayoría de los reportes (76%), la proporción atribuida al IMSS (13%) y a otras instituciones (11%) debe interpretarse considerando que, en ese periodo, el IMSS incluía tanto su modalidad ordinaria (para trabajadores formales) como IMSSSolidaridad (dirigida a poblaciones rurales y marginadas), lo que implica que todas estas instituciones atendían esencialmente al mismo perfil poblacional sin seguridad social formal, disperso en zonas rurales e indígenas. Es posible que la variación en las fuentes de notificación responda a la disponibilidad desigual de servicios en el territorio: algunas localidades contaban con clínicas del IMSSSolidaridad, otras con unidades de la SSa o servicios asistenciales como los del DIF, mientras que muchas carecían de infraestructura y dependían de centros cercanos. La ausencia de notificaciones del ISSSTE refuerza que la enfermedad afectó principalmente a poblaciones marginadas caracterizadas por la fragmentación y la cobertura limitada del sistema de salud.

Cabe destacar que las cifras oficiales del cólera no eran acordes a lo que dijeron observar algunas personas y periodistas. Por un lado, el párroco Pedro Curiel, de Huehuetán, dijo a la revista *Proceso* que había enviado a diversas autoridades, locales y federales, los resultados de laboratorio que indicaban que el agua de los ríos del Soconusco estaba contaminada, y al no haber agua potable, ni educación higiénica, los miles de pobladores que se abastecían de ella estaban en constante riesgo.

El sacerdote señaló que en varios pueblos fronterizos las familias veían a sus hijos pequeños morir de cólera mientras que los médicos locales registraban esos casos como “simples diarreas”. Indicó: “...son comunidades sin agua potable ni drenaje, cuya población

defeca al aire libre y vive en el hacinamiento”; también dijo: “... aquí los médicos no quieren que se sepa el número de enfermos con cólera. Dicen que lo hacen por instrucciones superiores y para no causar alarma”. Además, se esperaba que en noviembre llegaran 60 mil jornaleros guatemaltecos para la cosecha del café, lo que podría empeorar las condiciones de salud (Vera, 1991: 24). Por otro lado, de acuerdo con Mildred Arguello, durante la epidemia en Chiapas, no solo los médicos guardaron silencio sobre las cifras, también los dueños de fincas productoras de café, mango y plátano se oponían a la divulgación de noticias sobre el cólera porque no querían que sus ventas se vieran mermadas (1998: 10).

La violencia en el estado aumentaba la vulnerabilidad de la población. Tras el levantamiento del EZLN hubo manifestaciones de represión contra las personas que apoyaban a los rebeldes. José Saramago escribió en el prólogo de *Nuestra arma es nuestra palabra*:

...millares de indígenas, expulsados de sus casas y de sus tierras por el ‘imperdonable delito’ de ser simpatizantes silenciosos o confesos del Frente Zapatista de Liberación Nacional, están amontonados en campamentos de barracas improvisadas donde la comida falta, donde la poca agua de que disponen está casi siempre contaminada, donde enfermedades como la tuberculosis, el cólera, el sarampión, el tétano [sic], la neumonía [...] van diezmando adultos y niños, todo esto ante la indiferencia de las autoridades y de la medicina oficial (2001: 30).

Como una medida para contener el zapatismo en el estado, las autoridades hicieron un tipo de pacto con algunas comunidades, gracias al cual los pobladores obtuvieron beneficios como infraestructura básica a cambio de su voto al partido oficial. Es el caso de la localidad Frontera Corozal, donde, de acuerdo con el estudio de José Andrés García, aunque había sido fundada en 1978, permaneció en un estado de abandono institucional hasta la década de 1990. Entonces se dotó a la comunidad de caminos y calles, así como un servicio de obtención y distribución de agua, si bien era insuficiente. Frontera Corozal se ubica en una zona económica estratégica y, a partir de 1994 empezó a recibir beneficios a través de diversos proyectos productivos; desde entonces, la comunidad se mostró como aliada del partido oficial y manifestó su rechazo al EZLN y a los católicos que siguen la teología de la liberación (García, 2000: 198-201).

En un contexto sanitario tan crítico para la entidad, no solo por la epidemia de cólera sino por la alta incidencia de enfermedades gastrointestinales, las dinámicas de clientelismo político tenían un impacto negativo, ya que profundizaban las desigualdades y la marginación. La construcción de infraestructura no debía otorgarse como un favor político para unas cuantas localidades, pues era una necesidad urgente de salud pública.

Aunque los últimos casos de cólera, en ese periodo, se registraron en 1997, otras enfermedades gastrointestinales siguieron cobrando víctimas, lo que en gran medida se debe a la persistencia de condiciones de marginalidad que siguen sin ser atendidas. En la actualidad, la salud sigue siendo una de las principales demandas de las comunidades zapatistas: “queremos que haya clínicas y hospitales en nuestras comunidades, que haya medicinas y doctores que nos atiendan bien, porque nos estamos muriendo de enfermedades curables” (Declaración de la comunidad San José el Paraíso, 2023).

Tras el levantamiento del EZLN en 1994, y hasta 1998 hubo una toma masiva de tierras en Chiapas, lo que Aaron Bobrow-Strain (2015: 19-20) llama la “recampecinización” y “reindigenización” de la tenencia de la tierra, o un proceso de “reterritorialización”, desde la perspectiva de Leff (2003: 7). Antes de ello, desde el siglo XIX terratenientes y comerciantes mantenían un dominio inquebrantable sobre los gobiernos municipales; tras la apertura política después del levantamiento del EZLN y la ocupación de tierras, entre 1994 y 2001,

los líderes indígenas lograron ejercer poder político y con ello, la expulsión de grandes terratenientes del estado (Bobrow-Strain 2015: 20).

La recuperación y toma de tierras estuvo fundada en una reforma agraria caracterizada por su complejidad y pluralismo. De acuerdo con datos oficiales del INEGI, después del levantamiento del EZLN la propiedad social en Chiapas aumentó en más de 370 mil hectáreas; los ejidos y tierras comunales aumentaron de 2,070 núcleos agrarios en 1991 a 2,824 en 2007. En el mismo periodo, otros estados de la República más bien presentaron números negativos después de la reforma a la Ley Agraria de 1992. Sin embargo, la crisis agrícola se ha recrudecido, muchas de las tierras recuperadas están deterioradas ecológicamente por la ganadería extensiva que ahí se practicó, otras no cuentan con vías de comunicación o servicios básicos (Núñez et al., 2013: 44, 46, 48).

La hegemonía se desplazó a las comunidades zapatistas donde se instalaron juntas de buen gobierno. Como indica el trabajo de Sergio Gallegos y Carol Quinn (2017), a partir de entonces se comenzó a construir un sistema de salud autónomo que buscaba romper con las prácticas discriminatorias y paternalistas del modelo estatal. Antes, el acceso a la salud estaba mediado por instituciones como el IMSS y la Secretaría de Salud, cuyos servicios eran escasos, centralizados y profundamente marcados por el rechazo hacia los saberes indígenas, especialmente los de las mujeres. En contraste, el nuevo sistema impulsado por el EZLN se basó en la formación de promotoras de salud, el uso de medicina tradicional, la prevención comunitaria y la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones. Esta transformación articuló además una epistemología de resistencia que reivindicaba el conocimiento local, la autonomía y el derecho a una vida digna.

Como señala Melissa M. Forbis, existía una desconfianza al sistema de salud estatal, pero no porque los indígenas rechazaran la medicina occidental como práctica curativa, sino porque en las instituciones eran discriminados e incluso humillados por ser estas espacios de dominación vinculados a prácticas colonialistas y neoliberales (2011: 403). Una publicación reciente en *Enlace Zapatista* reproduce el testimonio de “doña Juanita”, una mujer que trabaja con promotoras de la salud en Chiapas, y que confirma que hay un interés por incorporar tecnologías y prácticas occidentales con la medicina tradicional:

La sistema [sic] solo nos enseñó a mal morir y la lucha nos enseñó a vivir. Difícil seguir el camino de la muerte, y más difícil caminar la vida. Pero más alegre la lucha, porque te hace que miras lejos. Por ejemplo, la salud. Antes la enfermedad solo terminaba con la muerte, y nuestra medicina solo retrasaba un poco que somos difuntos. Ahora hay muchas formas de salud. Empezando desde abajo, así como se levanta una champa. Bueno, eso pienso yo. Así dice mi cabeza. Por eso es bueno que las jóvenes [sic] aprendan de la salud. Porque ese camino es largo y es de vida. Pero que no solo de plantas medicinales, porque hasta yo sé de eso. Es de cosas nuevas, de laboratorios y esos aparatos raros que oyen lo que dice tu tripa. De abrirle la panza a un hermano, sacarle el mal y remendarlo como se remienda la nagua (Enlace Zapatista, 2024).

El zapatismo puede leerse como una expresión de la racionalidad ambiental propuesta por Enrique Leff (2019: 65-67), en tanto sostiene una defensa del territorio basada en saberes indígenas y prácticas comunitarias que cuestionan la lógica extractiva del capital. Frente a la racionalidad económica, basada en la mercantilización de los recursos, el movimiento zapatista ha impulsado una racionalidad alternativa que se sustenta en la reapropiación social de la naturaleza, la autonomía y la gestión colectiva del territorio.

Consideraciones finales

El análisis histórico desarrollado en este artículo permite comprender que la vulnerabilidad de las comunidades indígenas y rurales en Chiapas, a la llegada de la séptima pandemia de cólera, no era el resultado de factores circunstanciales o biológicos aislados, sino de procesos de larga duración que habían configurado el territorio de una manera desigual, con graves consecuencias para el medio ambiente y la población. El recorrido histórico del estado, desde el régimen finquero del siglo XIX hasta el extractivismo y las reformas neoliberales del siglo XX, muestra que las interacciones entre poder, tierra y recursos naturales han estado marcadas por el despojo, la subordinación, la explotación y el abandono institucional. La persistencia de estas formas de dominación explica, en gran medida, la pobreza y desigualdad en la región, así como la alta incidencia de enfermedades relacionadas con la precariedad de las condiciones de vida y la reducida capacidad de respuesta frente a una epidemia como el cólera.

Las últimas décadas del siglo XX se caracterizaron por la expansión de la ganadería extensiva y la explotación de gas, petróleo y maderas, actividades orientadas al crecimiento económico, las cuales consolidaron un modelo de desarrollo basado en el extractivismo que involucraba la concentración de poder económico y político en manos de élites locales y actores externos, mientras que las comunidades enfrentaban los costos ambientales y sanitarios de ese modelo de desarrollo. La lógica de acumulación detrás de esas prácticas era una racionalidad económica que imponía una configuración del territorio enfocada en la rentabilidad y que subordinaba los ciclos ecológicos y el bienestar de las personas indígenas y campesinas.

Las condiciones de vida y marginación documentadas en el Censo General de Población y en los indicadores oficiales de CONAPO muestran que la desigualdad formaba parte del territorio. La baja cobertura de servicios de agua potable y drenaje evidencian el abandono institucional; en ese contexto, la epidemia de cólera encontró en Chiapas un terreno propicio para su propagación. La precariedad de los servicios básicos se articulaba con otros factores que complejizaban aún más este territorio fronterizo, marcado por un flujo constante de personas debido a los desplazamientos forzados, la migración transnacional y la movilización social. Estas dinámicas, atravesadas por disputas territoriales y explotación laboral, amplificaban el riesgo epidemiológico.

El estudio aportó una perspectiva que vincula la historia sanitaria con los procesos territoriales de larga duración, aplicando los principios de la ecología política a un caso epidémico concreto. Este enfoque puede contribuir a analizar y complejizar las crisis sanitarias o ambientales del pasado, y también los desafíos contemporáneos que enfrenta la región. Chiapas constituye un caso paradigmático de injusticia socioambiental, donde la disputa por el territorio y los recursos naturales continúa siendo un eje central para entender las tensiones políticas, económicas y sociales que atraviesan al estado.

Como limitación de esta investigación, se reconoce la ausencia de trabajo de campo directo. No obstante, el análisis documental permitió reconstruir una red compleja de vínculos entre salud, ambiente y poder. Futuras investigaciones podrían profundizar en enfoques participativos y comunitarios que visibilicen las voces y saberes locales, y que permitan tensionar las narrativas oficiales, enriqueciendo el análisis de la justicia ambiental en contextos marcados por la desigualdad estructural.

Agradecimientos:

Agradezco a mi colega Orvelin Osorio por sus comentarios al primer borrador de este trabajo, así como a la editora del presente dossier, Ana María Carrillo, y a los dictaminadores anónimos por sus valiosas sugerencias.

Fuentes

Archivos

Archivo General de la Nación (AGN), fondo Secretaría de Gobernación S. XX, sección Dirección Federal de Seguridad.

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), fondo Secretaría de Salud, sección Secretaría Particular.

Centro Único de Información (CUI) "Ignacio García Téllez", dependencia 104, fondo 4.

Bases de datos

Dirección General de Epidemiología (DGE). *Anuario de Morbilidad 1984-2024*. México: Secretaría de Salud (en línea). Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>, consultado el 23/03/2025.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censo General de Población y Vivienda de 1990*. México: INEGI (en línea). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1990/>, consultado el 25/03/2025.

Hemeroteca¹²

Castillejos, José Luis (1991). "Víctimas potenciales del cólera, 180,000 mexicanos y guatemaltecos, reconocen". *El Día*, 07/04/91, México, (s. p.).

Chávez, Ramona & Notimex (1991). "Ningún cordón sanitario detiene el cólera: Kumate". *El Nacional*, 18/05/91, México, (s. p.).

Correa, Guillermo y Monge, Raúl (1991). "De lo que era la Selva Lacandona sólo queda la tercera parte", *Proceso*, núm. 777, 23 de septiembre.

Corre la Voz (1991). "Entrevista al diputado Raúl Álvarez Garín", *Corre la Voz*, núm. 98, 14-20 de noviembre, p. 6.

Flores, José Luis (1991). "A pesar de la insalubridad de algunas poblaciones, no hay riesgo de cólera en la frontera sur: Jesús Kumate". *El Día*, 14/02/91, México, (s. p.).

Hildyard, Nicholas (1991). "Por una ecología de la liberación", *INPRECOR*, núm. 85, julio, pp. 19-22.

Reyes, Juan Gerardo (1991). "Especial cuidado en zonas marginadas del sudeste contra el cólera: Sepúlveda". *Excelsior*, 28/04/91, México, (s. p.).

Ruiz, Rafael V. (1991). "Ningún puesto sanitario en la zona México-Guatemala para detectar el cólera". *Excelsior*, 14/02/91, México, (s. p.).

Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (1992). "Ley de Aguas Nacionales", *Diario Oficial de la Federación*, México, 01/12/1992. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lan/LAN_orig_01dic92_ima.pdf, consultado el 12/11/2025.

Secretaría de Economía (1992). "Ley de Minería", *Diario Oficial de la Federación*, México, 01/12/1992. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lmin/LMin_orig_26jun92_ima.pdf, consultado el 12/11/2025.

12 Las notas periodísticas sin página (s. p.) fueron consultadas en la Hemeroteca Miguel Lerdo de Tejada. Forman parte de la Colección de Archivos Económicos, la cual está conformada por recortes de periódicos, y por esa razón no es posible identificar la página.

- Secretaría de la Reforma Agraria (1992). "Ley Agraria", *Diario Oficial de la Federación*, México, 26/02/1992. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lagra/LAgra_orig_26feb92_ima.pdf, consultado el 13/09/2025.
- Subcomandante Marcos (1994). "Entrevista al Subcomandante Marcos". *L'Unità*, San Cristóbal de las Casas, 04 de enero, p. 10 (en línea). Disponible en: <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1994/01/04/subcomandante-marcos-nos-hemos-estado-preparando-en-la-montana-desde-hace-diez-anos/>, consultado el 02/10/2025.
- Vera, Rodrigo (1991). "Se combate la alarma, no la enfermedad". *Proceso*, núm. 776, 16 de septiembre.

Bibliohemerografía

- Akin, John (1987). *Financing Health Services in Developing Countries*.
- Arguello Moreno, Mildred Guadalupe (1998). "El cólera, una de las llamadas enfermedades de la pobreza (reportaje)". Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Bobrow-Strain, Aaron (2015). *Enemigos íntimos: terratenientes, poder y violencia en Chiapas*. Primera edición en español. San Cristóbal de Las Casas: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur/ Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas/ Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas/ Universidad Autónoma de Chiapas/ Universidad Intercultural de Chiapas/ Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Chiapas.
- Bonfil Batalla, Guillermo (1994). *México profundo: una civilización negada*. México: Grijalbo.
- Comunidad San José El Paraíso (2023). "Declaración de la comunidad San José El Paraíso" (en línea). Disponible en: <https://radiozapatista.org/?p=20280>, consultado el 02/10/2025.
- CONAPO (2004). *Índice absoluto de marginación, 1990-2000*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2009). *Anexo metodológico. Índices de Desarrollo Humano*. México, pp. 23-29 (en línea). Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indicesoc/IDH2000/dh_AnexoMetodologico.pdf, consultado el 07/03/2009.
- Enlace Zapatista (2024). *La Tormenta y el Día Después. Décima parte: la salud según la doña Juanita* (en línea). Disponible en: <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2024/11/29/decima-parte-la-salud-segun-la-dona-juanita/>, consultado el 02/10/2025.
- Forbis, Melissa M. (2011). "Autonomía y un puñado de hierbas. La disputa por las identidades de género y étnicas por medio del sanar". Baronnet, Bruno, Mora Bayo, Mariana y Stahler-Sholck, Richard (coords.). *Luchas "muy otras". Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. México: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Universidad Autónoma de Chiapas, pp. 317-403.
- Gallegos, Sergio y Quinn, Carol (2017). "Epistemic Injustice and Resistance in the Chiapas Highlands: The Zapatista Case". *Hypatia*, vol. 10, núm. 10, pp. 1-16.
- García de León, Antonio (1997). *Resistencia y utopía: memorial de agravios y crónica de revueltas y profecías acaecidas en la provincia de Chiapas durante los últimos quinientos años de su historia*. México: Ediciones Era.
- García Méndez, José Andrés (2000). "La colonización chol de la selva: la fundación de Frontera Corozal". *Anuario 1999 del Centro de Estudios Superiores de México y Centro-*

- américa. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, pp. 183-203.
- Hall, Stuart. (2019). *El triángulo funesto. Raza, etnia, nación*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- INEGI (2001). *Indicadores demográficos de México: 1930-2000*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Koo, Denise, et al. (1997). "El cólera epidémico en América Latina de 1991 a 1993: implicaciones de las definiciones de casos usadas en la vigilancia sanitaria". *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 1, núm. 2., pp. 85-92.
- Lara, Alejandro, Octavio Gómez, Oswaldo Urdapilleta y María Lilia Bravo (1997): "Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995". *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 102-109.
- Leff, Enrique (2003). "Emergencia de la ecología política", *Polis. Revista Latinoamericana*, núm. 5, pp. 1-54. Disponible en: <https://www.redcolca.org/wp-content/uploads/Leff-Ecologia-Politica-Una-perspectiva-latinoamericana.pdf>, consultado el 17 de septiembre de 2025.
- Leff, Enrique (2004). *Racionalidad ambiental: la reapropiación social de la naturaleza*. México: Siglo XXI Editores.
- Leff, Enrique (2019). *Ecología política: De la deconstrucción del capital a la territorialización de la vida*. México: Siglo XXI Editores.
- Mackinlay, Horacio (2004). "Los empresarios agrícolas y ganaderos y su relación con el Estado mexicano en la época del Partido Revolucionario Institucional", *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, vol. 2, núm. 4, segundo semestre, pp. 113-144.
- Martínez Alier, Joan (1995). *De la economía ecológica al ecologismo popular*, España: Icaria Editorial.
- Martínez Alier, Joan (2000). "La deuda ecológica", *Ecología Política*, núm. 19, pp. 105-110.
- Núñez Rodríguez, Violeta; Gómez Bonilla, Adriana y Concheiro Bórquez, Luciano (2014). "La tierra en Chiapas en el marco de los '20 años de la rebelión zapatista': La historia, la transformación, la permanencia", *Argumentos*, núm. 73, septiembre-diciembre, pp. 59-82.
- Organización Mundial de la Salud (1983). *Reglamento Sanitario Internacional (1969)*, tercera edición anotada, Ginebra.
- Pérez Espejo, Rosario (2008). "El lado oscuro de la ganadería", *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, vol. 39, núm. 154, julio-septiembre, pp. 224-230. Disponible en: <https://www.probdes.iiec.unam.mx/index.php/pde/article/view/7734>, consultado el 02/10/2025.
- Rutsch, Mechthild (1980) "Acerca de la ganadería capitalista en México", *Nueva Tecnología*, año IV, núm. 13-14, pp. 147-186.
- SUIVE (1994). "Veinte principales causas de enfermedad, Chiapas, S-EPI-1-95". Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología / SSa (en línea). Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/1994/principales/estatal_grupo/chis.pdf, consultado el 02/10/2025.
- Subcomandancia General del EZLN (1993). *Primera Declaración de la Selva Lacandona*. México (en línea). Disponible en: <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1994/01/01/primera-declaracion-de-la-selva-lacandona/>, consultado el 02/10/2025.
- Subcomandante Marcos (2001). *Nuestra arma es nuestra palabra: escritos selectos*. Ponce de León, Juana (ed.), prólogo de José Saramago y epílogo de Ana Carrigan. Nueva York: Seven Stories Press.

Svampa, Maristella (2019). *Las fronteras del neoextractivismo en América Latina*. México: Centro María Sibylla Merian de Estudios Latinoamericanos Avanzados en Humanidades y Ciencias Sociales / Universidad de Guadalajara.

El VIH/sida en la provincia de Buenos Aires durante los años noventa: discursos, políticas y salud pública

HIV/AIDS in Buenos Aires Province during the 1990's: Discourses, Policies, and Public Health

Juan Pablo Ubici

<https://orcid.org/0009-0008-4534-7637>

Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales INHUS

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas CONICET

Universidad Nacional de Mar del Plata UNMDP

Resumen

Durante la década de los noventa, la provincia de Buenos Aires osciló entre la rigidez de las políticas públicas y la urgencia de problemáticas que demandaban respuestas inmediatas. Bajo el gobierno de Eduardo Duhalde (1991-1999), la gestión provincial enfrentó desafíos que trascendían la administración cotidiana, en un contexto nacional marcado por las reformas estructurales y el ajuste impulsados por el gobierno de Carlos Menem. En ese marco, la salud pública –y en particular el VIH/sida– se constituyó en un terreno de disputa atravesado por tensiones entre prevención, estigmatización y legitimidad estatal. A partir de 1995, bajo la conducción del ministro Juan José Mussi, el Ministerio de Salud provincial delineó una respuesta específica frente a la epidemia.

El artículo, derivado de la investigación doctoral “Reforma y salud pública en disputa. El caso de la provincia de Buenos Aires (1991-1999)”, analiza dicha respuesta a partir del estudio de fuentes legislativas, discursos oficiales y material periodístico. Desde una perspectiva histórico-interpretativa, que articula la historia cultural y política de la salud con enfoques que conciben al VIH/sida como un fenómeno moral, político y biopolítico, se propone comprender la epidemia no solo como un problema biomédico, sino como un acontecimiento que puso en cuestión las formas de legitimidad estatal y los límites del discurso público sobre salud y ciudadanía.

Los resultados muestran que, pese a la fragmentación institucional y las restricciones presupuestarias, la provincia buscó construir una narrativa de Estado pedagógico y solidario mediante estrategias de visibilidad mediática, educación sanitaria y cooperación internacional. Esta experiencia revela márgenes de agencia e innovación institucional que matizan la imagen de una provincia meramente reproductora de políticas nacionales, configurando al VIH/sida como un laboratorio de gobierno.

Palabras clave:

VIH/sida, políticas públicas, salud pública, Buenos Aires, duhaldismo, historia reciente

Recibido: 14 / 10 / 2025

Aceptado: 17 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Ubici, J. P., (2026). El VIH/sida en la provincia de Buenos Aires durante los años noventa: discursos, políticas y salud pública. *Sekkan*. Vol 2, Núm. 4. pp. 41-63

Abstract

During the 1990s, the province of Buenos Aires navigated the tension between the rigidity of public policies and the urgency of social problems requiring immediate responses. Under the governorship of Eduardo Duhalde (1991–1999), provincial authorities faced challenges that went beyond routine administration, within a national context shaped by the structural reforms and fiscal adjustment promoted by President Carlos Menem. In this setting, public health—and HIV/AIDS in particular—emerged as a contested arena marked by tensions between prevention, stigma, and state legitimacy. From 1995 onward, under the leadership of Health Minister Juan José Mussi, the provincial Ministry of Health developed a specific approach to the epidemic.

*This article, derived from the doctoral research *Reform and Public Health in Dispute: The Case of the Province of Buenos Aires (1991–1999)*, examines these responses through the analysis of legislative sources, official discourses, and press materials. Adopting a historical-interpretative perspective that combines the cultural and political history of health with approaches that understand HIV/AIDS as a moral, political, and biopolitical phenomenon, the study seeks to interpret the epidemic not merely as a biomedical issue, but as an event that challenged forms of state legitimacy and the boundaries of public discourse on health and citizenship.*

The findings indicate that, despite institutional fragmentation and budgetary constraints, the province sought to construct a narrative of a pedagogical and socially responsible state through media visibility, health education initiatives, and international cooperation. This experience reveals spaces of political agency and institutional innovation that complicate the view of Buenos Aires as a passive replicator of national policies, positioning HIV/AIDS as a laboratory of governance where the relationship between technical expertise, politics, and public health was redefined.

Keywords:

HIV/AIDS, public policies, public health, Buenos Aires – Duhaldis, contemporary history

Introducción

El abordaje historiográfico del VIH/sida en la Argentina ha dado lugar, en las últimas décadas, a un campo de investigación vasto, interdisciplinario y en constante expansión. Los estudios que se ocuparon de reconstruir los itinerarios sociales, culturales y políticos de la epidemia mostraron que el sida no puede comprenderse únicamente como un fenómeno biomédico, sino como un acontecimiento histórico que interpeló de modo profundo las sensibilidades colectivas, los regímenes de saber y las estructuras institucionales del Estado. Las investigaciones recientes coinciden en que el VIH/sida condensó, como pocos procesos sanitarios contemporáneos, las tensiones entre cuerpo, sexualidad, moral y política, y funcionó como un prisma a través del cual se revelaron los límites de la biomedicina, la capacidad de respuesta estatal y las fronteras del propio discurso público sobre la salud y la ciudadanía. En este sentido, la epidemia de sida operó no solo como una crisis sanitaria, sino también como una crisis de significación y de legitimidad institucional.

Lejos de pretender una recuperación exhaustiva de una producción sumamente diversa (que incluye perspectivas históricas, antropológicas, sociológicas, bioéticas y culturales), este apartado parte de reconocer esa pluralidad de enfoques para situar el análisis en una dimensión específica: las políticas públicas y los conflictos de gestión en el marco de la respuesta sanitaria provincial durante la década de los noventa. La amplitud del campo de estudios sobre el VIH/sida, que abarca desde la historia de las representaciones hasta

el estudio de los marcos normativos y los movimientos sociales, impone la necesidad de seleccionar una perspectiva capaz de articular la dimensión simbólica de la epidemia con las formas concretas que asumió la intervención estatal. En esa articulación radica, precisamente, la especificidad de un enfoque histórico-cultural sobre las políticas públicas: comprender cómo los discursos médicos, los imaginarios sociales y las estructuras burocráticas se entrecruzaron en la configuración de una respuesta institucional frente a una enfermedad que desbordó los límites del saber técnico y del control administrativo.

Desde los primeros trabajos que vincularon las epidemias con los imaginarios del miedo y la alteridad, la enfermedad fue pensada como un dispositivo cultural antes que como un hecho natural (Duby, 1995). La huella de nuestros miedos, advirtió que cada pandemia deja en las sociedades huellas simbólicas perdurables, que se inscriben en la memoria colectiva mucho más allá de su resolución médica. El miedo al contagio, la búsqueda de culpables y la construcción de figuras del otro enfermo constituyen, en opinión de Duby, una constante histórica que revela los mecanismos con que las sociedades organizan su angustia frente a lo desconocido.

Estas categorías teóricas ofrecen un marco fecundo para pensar el modo en que el VIH/sida fue interpretado en la Argentina contemporánea. Luciana Linares y Alexis Manzo (2021) retomaron estas nociones para reconstruir el impacto simbólico y político de la epidemia en el país entre 1982 y 2019, y mostraron cómo la emergencia del virus reconfiguró las sensibilidades en torno a la juventud, la sexualidad y la muerte en la posdictadura. Su lectura destaca que el sida no fue solo un problema médico ni una contingencia biológica, sino un acontecimiento cultural que desnudó los miedos, prejuicios y jerarquías de una sociedad que venía de atravesar el trauma de la represión y la censura. En ese sentido, el cuerpo infectado (particularmente el cuerpo joven, masculino, homosexual o marginal) se convirtió en escenario de nuevas formas de estigmatización y control moral, que heredó las lógicas de disciplinamiento que la dictadura había impuesto sobre los cuerpos políticos.

La lectura de Linares y Manzo subraya, además, que la irrupción del VIH/sida coincidió con la reconfiguración del Estado argentino luego de la dictadura, en un momento de redefinición de las políticas sanitarias y del propio sentido de la esfera pública. La enfermedad fue, en ese contexto, un punto de condensación de conflictos sociales más amplios: la desigualdad económica, la moral sexual heredada del autoritarismo, la precariedad del sistema de salud y la dificultad de las instituciones para incorporar un enfoque de derechos. Así, la epidemia se transformó en un espejo donde se reflejaron las contradicciones de la transición democrática y de la construcción de ciudadanía en los años ochenta y noventa.

Desde esta perspectiva, el VIH/sida puede pensarse como una tragedia social moderna: un fenómeno que no solo puso en cuestión los límites del saber médico, sino también la capacidad del Estado para proteger, educar y cuidar en condiciones de equidad. Las respuestas sanitarias y políticas se construyeron, en gran medida, a partir de las sensibilidades colectivas que la propia epidemia generó. Y esas sensibilidades, moldeadas por los medios, la cultura popular y las representaciones artísticas, contribuyeron a definir las fronteras entre lo normal y lo patológico, entre lo moral y lo inmoral, entre la compasión y el repudio.

En las primeras décadas de la epidemia, la atención académica se concentró en los discursos médicos, los medios de comunicación y las construcciones morales que rodearon al enfermo de sida. Sin embargo, con el avance de la historiografía de la salud y las ciencias sociales aplicadas a la salud, comenzó a reconocerse que las políticas públicas (sus diseños institucionales, sus conflictos presupuestarios y sus dispositivos administrativos) constituían un terreno central para entender la manera en que el Estado argentino enfrentó la epidemia.

Ana Lía Kornblit (2000, 2004) fue una de las pioneras en desplazar la mirada hacia las dinámicas institucionales y hacia los modos en que las políticas de salud respondieron (o no) a las demandas sociales emergentes. En sus trabajos, analizó las tensiones entre el discurso técnico-científico y las representaciones sociales del VIH, y advirtió que la acción estatal estuvo mediada por un conjunto de prejuicios morales y por la inestabilidad de los organismos encargados de la prevención. Kornblit mostró que, si bien durante los años noventa se consolidaron programas de asistencia y campañas de información pública, estas se vieron limitadas por la falta de continuidad política, la escasez de recursos y la dificultad de articular esfuerzos entre jurisdicciones. Carlos Mendes (2012), por su parte, profundizó en las tramas de poder y en los conflictos interinstitucionales que condicionaron la respuesta estatal, subrayando la tensión entre los saberes expertos, la acción gubernamental y la participación de la sociedad civil (en particular, de las organizaciones de personas viviendo con VIH). Ambos autores coincidieron en que el sida fue un punto de encuentro (y también de fricción) entre la medicina, la política y los movimientos sociales, donde se redefinieron los límites de la autoridad sanitaria y de la responsabilidad estatal frente al sufrimiento colectivo.

La fragmentación institucional del sistema de salud, la transferencia de responsabilidades a las provincias y municipios, y la creciente dependencia de financiamiento internacional configuraron un escenario donde la respuesta al VIH/sida se convirtió en un campo de disputa entre jurisdicciones, presupuestos y marcos normativos. La sanción de la Ley Nacional 23.798 en 1990 (que declaró de interés nacional la lucha contra el sida y sentó las bases para el Programa Nacional de sida) constituyó un hito jurídico relevante, pero su aplicación posterior puso en evidencia las limitaciones estructurales de un Estado que atravesaba por un proceso de retracción y privatización. Las dificultades para coordinar acciones entre la Nación y las provincias, la falta de personal especializado y las discontinuidades administrativas revelaron que la norma, aunque avanzada en sus principios, chocaba con la realidad de un aparato sanitario en transición.

En ese sentido, el VIH/sida puso de relieve, una vez más, las desigualdades del sistema de salud: mientras los sectores con obra social o seguros privados pudieron acceder tempranamente a terapias antirretrovirales, los sectores sin cobertura quedaron sujetos a los vaivenes presupuestarios del Estado. Por lo tanto, se debe situar la respuesta institucional al sida dentro de un proceso más amplio de debilitamiento del sistema público de salud, marcado por la descentralización, la heterogeneidad de recursos y la escasa capacidad de planificación estratégica.

La historiografía más reciente incorporó a este panorama perspectivas provenientes de la historia de la sexualidad, los estudios de género y la biopolítica, lo que permitió complejizar aún más la comprensión del fenómeno. Mario Pecheny, Carlos Figari y Daniel Jones (2008) situaron el sida dentro de un proceso más amplio de politización de los cuerpos y de expansión de los derechos sexuales, y mostraron que la respuesta a la epidemia no puede separarse del contexto de democratización política y de emergencia del activismo LGBTIQ+. Su trabajo señaló que, a partir de los años noventa, las organizaciones de la sociedad civil se convirtieron en actores fundamentales para disputar sentidos y reclamar políticas públicas inclusivas, introduciendo una ética de la solidaridad y de la autonomía corporal que desbordó los marcos biomédicos tradicionales.

En esa misma línea, las investigaciones de Agostina Gagliolo (2019, 2024) e Isabel Aráoz (2024) revisaron la relación entre precariedad social, ciudadanía sanitaria y memoria cultural de la epidemia. Gagliolo propuso pensar el sida como una zona de vulnerabilidad estructural, donde confluyen desigualdades económicas, discriminaciones de género y deficiencias institucionales, mientras que Aráoz exploró las formas de memoria y olvido que

la sociedad argentina construyó en torno a la epidemia, evidenciando cómo el relato oficial tendió a invisibilizar las experiencias de los sectores más pobres, los usuarios de drogas y las mujeres heterosexuales infectadas. Estos enfoques, lejos de disociar lo médico de lo político, mostraron que el VIH/sida funcionó como un laboratorio de nuevas formas de subjetivación y de gestión de la vida (en el sentido foucaultiano del término), donde el Estado, los organismos internacionales y la sociedad civil redefinieron sus lugares y negociaron sus responsabilidades.

En paralelo, los análisis provenientes de la historia cultural, como los de Petruzzi (2024) y Miranda (2017), subrayaron la densidad simbólica del sida en la producción artística y mediática, en donde las representaciones de la enfermedad no fueron meros reflejos de la realidad, sino actores activos en la configuración de un imaginario social. La prensa, el rock, la televisión y las campañas de prevención produjeron una pedagogía moral ambigua: mientras alertaban sobre los riesgos del contagio, reforzaban estereotipos sobre las identidades de riesgo¹ y los modos correctos de vivir la sexualidad.

En conjunto, estos aportes delinearon una cartografía compleja de la epidemia en la Argentina, donde los avances biomédicos se entrelazaron con las transformaciones políticas del Estado y con la emergencia de nuevos actores sociales. La enfermedad se convirtió en un campo de observación privilegiado para analizar las tensiones entre la ciencia, la política y la moral, pero también para indagar en los modos en que el Estado nacional y los gobiernos subnacionales respondieron frente a una crisis sanitaria inédita. A pesar de esa riqueza analítica, la mayor parte de las investigaciones se concentró en la escala nacional o en la dinámica de las organizaciones civiles con sede en Buenos Aires, y privilegió los debates legislativos y las políticas emanadas del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Mucho menos se ha explorado cómo se articularon y ejecutaron esas políticas en las jurisdicciones provinciales, donde los procesos de descentralización, las desigualdades presupuestarias y las especificidades locales redefinieron el modo en que la respuesta al VIH/sida adquirió forma concreta.

Examinar esa dimensión resulta fundamental para comprender las contradicciones del proceso de provincialización de la salud y las tensiones que emergieron entre las distintas capas del Estado. Las reformas sanitarias de aquel período, enmarcadas en la lógica de descentralización y ajuste, trasladaron a las provincias una gran parte de las responsabilidades en materia de atención y prevención, pero lo hicieron sin un correlato proporcional de recursos ni de capacidades técnicas. En ese escenario, las jurisdicciones no actuaron como meros brazos ejecutores de las políticas nacionales, sino que se vieron obligadas a diseñar estrategias propias para sostener y reorganizar la atención pública. La provincia de Buenos Aires, por su peso demográfico, político y sanitario, se convirtió en un laboratorio de esas tensiones: un territorio donde se hicieron visibles tanto los límites estructurales del sistema público como las posibilidades de acción y coordinación que aún subsistían dentro de él.

El análisis de este proceso permite observar que, lejos de un Estado pasivo o fragmentado sin dirección, existieron instancias provinciales que buscaron construir coherencia, responder a la emergencia y afirmar márgenes de autonomía frente a las políticas nacionales. Las respuestas que se desarrollaron en el ámbito bonaerense, durante la gestión de Eduardo Duhalde y del ministro de Salud Juan José Mussi revelan una voluntad de intervención que desborda la lectura de la provincia como un espacio dependiente o subordinado.

1 Si bien en los primeros momentos de la pandemia se utilizó ampliamente la expresión “grupos de riesgo”, este término fue rápidamente cuestionado y rechazado por activistas y organizaciones sociales. Dichas críticas señalaban que las personas no constituyen un riesgo en sí mismas, sino que el riesgo se encuentra asociado a prácticas específicas, contextos sociales y condiciones estructurales.

do. Por el contrario, la reconstrucción de ese período permite advertir que la escala provincial fue un escenario activo de formulación de políticas, de negociación con la Nación y con los organismos internacionales, y de diálogo (no exento de conflictos) con los municipios y con las organizaciones sociales.

Este apartado se inscribe, por tanto, en el diálogo con la bibliografía existente, pero propone una lectura situada del VIH/sida que atiende a las especificidades del gobierno provincial bonaerense. Lejos de concebir la enfermedad únicamente como un fenómeno médico o cultural, busca explorar cómo se configuraron las respuestas institucionales dentro de un sistema sanitario tensionado por la crisis económica, la fragmentación administrativa y los debates ético-políticos sobre la responsabilidad del Estado. Al recuperar los debates parlamentarios, las repercusiones mediáticas y los conflictos socio-institucionales, el análisis de la experiencia bonaerense permite vislumbrar las zonas de fricción y también los márgenes de acción donde las políticas públicas se redefinieron.

Más que un nivel intermedio entre lo nacional y lo local, la provincia aparece aquí como un espacio de agencia política y de experimentación institucional, en el que se pusieron a prueba modelos de gestión, programas de atención y estrategias de prevención que luego tomarían relevancia en la política sanitaria argentina en su conjunto. La reconstrucción de ese proceso no solo permite comprender los límites y contradicciones del sistema público de salud, sino también reconocer las respuestas concretas que se intentaron frente a una epidemia que desafió las categorías médicas, los marcos administrativos y las concepciones morales de toda una época.

De la visibilidad a la institucionalización: la política bonaerense frente al VIH/sida

En términos generales, el sistema de salud argentino de la década de los noventa se caracterizó por una estructura fragmentada y altamente segmentada, organizada en tres grandes subsistemas: el sector público, financiado y gestionado por el Estado; el sector de la seguridad social, articulado en torno a las obras sociales sindicales, y el sector privado, compuesto por clínicas, sanatorios y empresas de medicina prepaga. Esta fragmentación no era nueva, pero se profundizó durante esos años como resultado de las reformas estatales impulsadas en el marco del programa neoliberal del gobierno nacional, que promovió la descentralización, la reducción del gasto público y la transferencia de responsabilidades hacia las provincias y los municipios.

En ese contexto, el proceso de descentralización sanitaria, iniciado en décadas previas, se consolidó durante los años noventa. El Estado nacional redujo de manera significativa su rol como prestador directo de servicios de salud y reforzó su función normativa y de financiamiento parcial, mientras que la gestión de hospitales y centros de atención primaria quedó mayormente en manos de los gobiernos provinciales. Esta dinámica generó fuertes asimetrías territoriales, ya que la capacidad de respuesta del sistema pasó a depender en gran medida de los recursos fiscales, administrativos y técnicos de cada jurisdicción.

En la provincia de Buenos Aires, estas transformaciones adquirieron una particular relevancia debido a su peso demográfico, a la heterogeneidad socioeconómica de su territorio y a la coexistencia de áreas altamente urbanizadas con zonas de marcada vulnerabilidad social. Durante el período 1991-1999, el sistema sanitario provincial enfrentó tensiones estructurales derivadas de la sobrecarga del subsector público, especialmente en el conurbano bonaerense, donde amplios sectores de la población carecían de cobertura formal de obras sociales o de acceso sostenido al sector privado. Los hospitales provinciales y municipales se convirtieron, de hecho, en el principal punto de atención para poblaciones empobrecidas, trabajadores informales y personas excluidas del mercado laboral.

A su vez, la reforma del sistema de obras sociales, impulsada a nivel nacional, introdujo mecanismos de competencia y libre elección que, si bien buscaban mejorar la eficiencia, tendieron a profundizar la segmentación del sistema. Las obras sociales con mayor capacidad financiera pudieron ofrecer mejores prestaciones, mientras que aquellas con padrones más precarizados enfrentaron crecientes dificultades para sostener la cobertura. Este escenario impactó de manera indirecta sobre el sistema público provincial, que absorbió parte de la demanda insatisfecha.

En relación con las políticas de salud pública, el período estuvo marcado por una creciente dependencia de programas focalizados, muchas veces financiados con apoyo de organismos internacionales, orientados a poblaciones consideradas “de riesgo” o a problemáticas específicas, como el VIH/sida. Si bien estos programas permitieron cierto grado de intervención y visibilización de la problemática, también reforzaron una lógica fragmentaria, con escasa articulación entre niveles de atención y con limitaciones en términos de continuidad asistencial.

En la provincia de Buenos Aires, la capacidad de implementar estas políticas se vio condicionada por debilidades administrativas, déficit presupuestarios y problemas de coordinación interjurisdiccional entre el nivel provincial y los municipios. La coexistencia de hospitales provinciales, municipales y nacionales, junto con centros de atención primaria de diversa dependencia, generó un entramado institucional complejo, en el que las responsabilidades no siempre estaban claramente delimitadas.

Durante la década, la provincia de Buenos Aires se movió en un escenario marcado por tensiones entre los lineamientos nacionales y las necesidades locales. Gobernada por Eduardo Duhalde (1991-1999), la provincia se enfrentó a un contexto nacional de achicamiento del Estado y ajuste presupuestario, impulsado por las políticas reformistas de Carlos Menem (1989-1999). Sin embargo, este marco no implicó una restricción absoluta: la provincia contó con ciertos márgenes de maniobra que le permitieron desarrollar iniciativas propias. Un ejemplo clave fue el Decreto Nacional 879/92, que modificó la Ley del Impuesto a las Ganancias y estableció en su artículo 4° que un 10% de lo recaudado se destinara de manera directa y automática al Fondo de Financiamiento de Programas Sociales en el Conurbano Bonaerense, a ser ejecutado y administrado por la Provincia. Este mecanismo brindó recursos específicos para la implementación de políticas sociales y sanitarias, y otorgó un espacio de acción que el gobierno provincial, y en particular el Ministerio de Salud, pudo aprovechar para fortalecer su respuesta frente a problemáticas complejas que, en principio, parecían contradecir el paradigma privatista dominante: garantizar el financiamiento de la salud pública, sostener obras públicas esenciales y responder de manera activa a epidemias de la época como el cólera y el VIH/sida.

Hacia mediados de la década, el abordaje del VIH/sida en la provincia de Buenos Aires comenzó a ocupar un espacio más visible tanto en la agenda legislativa como en el discurso público, lo que reflejó una preocupación creciente por dimensionar la magnitud del problema y dotar de legitimidad la respuesta estatal. Las fuentes parlamentarias y periodísticas de estos años muestran un proceso de institucionalización progresiva del tema, en el que la provincia intentó construir mecanismos propios de registro, difusión y prevención en un contexto signado por la fragmentación del sistema sanitario nacional y la persistencia del estigma social hacia las personas infectadas.

En 1994, el proyecto de resolución presentado por el diputado Jorge V. Cortese, finalmente aprobado por la Cámara de Diputados bonaerense, proponía que el Poder Ejecutivo difundiera semestralmente los datos sobre mortalidad por sida, discriminados por región sanitaria y grupo etario (Diario de Sesiones PBA, p. 2850). La resolución no implicaba una medida de política sanitaria concreta, pero sí una acción significativa en el plano simbólico:

instalar la necesidad de producir y comunicar información pública sobre la epidemia. En un escenario donde el silencio institucional y el subregistro estadístico habían sido rasgos predominantes, el gesto de solicitar que los datos fueran publicados por los medios de comunicación masiva expresaba un cambio de clima político. La iniciativa implicaba la convicción de que la visibilidad era un primer paso hacia la prevención y, al mismo tiempo, un modo de reconocer la existencia de un problema sanitario estructural en la provincia.

De hecho, un año más tarde, las declaraciones del ministro Juan José Mussi mostraban un salto cualitativo en esa dirección. En distintas notas de prensa (La Opinión, 28/11/1995; Hoy, 30/11/1995), el ministro presentaba los resultados de una encuesta provincial y encabezaba actividades de difusión con motivo del Día Internacional del sida. Lo notable de esas apariciones es que el discurso oficial provincial se apropió de un lenguaje epidemiológico y pedagógico a la vez: las estadísticas se convertían en una herramienta de comunicación pública. En ese contexto, el funcionario afirmaba:

“Hemos hecho consultas en toda la provincia con los expendedores de preservativos, en kioscos y farmacias, sobre aspectos como en qué días de la semana se vende más, qué edad tienen los que más compran o si las mujeres también compran”, indicó el ministro.

Respecto a los resultados de la encuesta, Mussi adelantó que el contagio del sida se incrementó entre heterosexuales. “El contagio entre heterosexuales es lo que hizo aumentar el número de chicos infectados, esto es una cadena” (La Opinión, 28/11/1995, p. 6).

La estrategia de comunicación adoptada por el Ministerio de Salud provincial mostraba una intención clara de construir presencia estatal a través de la visibilidad mediática. Las muestras de afiches escolares y la encuesta difundida no solo buscaban informar, sino también construir un relato sobre el rol activo de la provincia frente a la epidemia. A diferencia del discurso nacional, muchas veces centrado en la idea de coordinación general o en la necesidad de alineamiento con las recomendaciones de organismos internacionales, las intervenciones bonaerenses de estos años buscaban transmitir la imagen de una gestión que se proponía diagnosticar, prevenir y actuar desde su propio territorio.

El Programa Provincial de Prevención y Control de la Infección por VIH y otros retrovirus humanos comenzó a delinarse como un instrumento para estructurar esa política. El objetivo de avanzar hacia su municipalización durante 1996 –a través de equipos interdisciplinarios que asumieran tareas de prevención y asistencia en los 134 municipios– expresaba la intención de consolidar un sistema descentralizado pero articulado, que combinara criterios técnicos con sensibilidad local. Si bien esa orientación respondía al clima político general de la época, en el caso bonaerense adquirió un matiz particular: la búsqueda de eficacia operativa y de presencia territorial se presentaba como una forma de compensar la insuficiencia de recursos nacionales y de afirmar la capacidad de acción del propio gobierno provincial.

Estos movimientos dan cuenta de una política sanitaria que, aun limitada por la estructura institucional y presupuestaria del período, intentó afirmarse como protagonista. La recopilación y difusión de datos, la creación de programas de acción estatal y la instalación de campañas públicas mostraban una voluntad de construir una narrativa estatal de *pater familias*, basada en la visibilidad, la prevención y la gestión del conocimiento epidemiológico. Por lo tanto, en el trasfondo de estas acciones, se advierte un intento por convertir la provincia en un espacio de acción concreta y de autonomía política frente a una epidemia que exigía respuestas inmediatas y sostenidas.

El cierre del primer lustro de los años noventa encontró a la provincia de Buenos Aires inmersa en un proceso de afirmación institucional en torno a la problemática del VIH/sida. A diferencia de los primeros años de la década, en que el tema aparecía de modo fragmentario y con escasa articulación entre niveles de gobierno, hacia mediados de los años noventa la política sanitaria bonaerense había logrado construir un discurso propio, que combinaba información epidemiológica, campañas de prevención y una estrategia de expansión territorial.

En el ámbito nacional, el anuncio de la creación de un Centro de Prevención del sida con sede en la Argentina, financiado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas y coordinado por el Ministerio de Salud y Acción Social, reflejaba la voluntad del gobierno central de situar al país en el mapa latinoamericano de la lucha contra la epidemia (Diario Hoy, 1/12/1995). El proyecto, de fuerte impronta simbólica, proponía unificar criterios epidemiológicos y culturales entre los países del Mercosur, reforzando la cooperación internacional y la producción de conocimiento técnico. Sin embargo, detrás de esa retórica de integración se evidenciaban los límites estructurales de la política sanitaria nacional, que tendía a privilegiar la centralidad de Buenos Aires como sede, y a relegar a las provincias al papel de ejecutoras.

Frente a ese panorama, la provincia de Buenos Aires desarrolló durante esos mismos meses una política que, aunque articulada con las líneas nacionales, procuraba sostener su propio margen de acción. El Ministerio de Salud bonaerense difundió estadísticas detalladas que permitían dimensionar el avance de la epidemia en el territorio provincial y, en particular, el crecimiento del contagio entre mujeres y niños (La Prensa, 1/12/1995).² Según los registros oficiales, de los 2,282 casos notificados en 1995, el 75% correspondía al conurbano, el 11% a la costa atlántica, el 8% al área de La Plata y el 6% al resto de la provincia. Estos datos no solo mostraban la magnitud del problema, sino que expresaban una voluntad política de construir evidencia sanitaria propia y de visibilizar el carácter territorialmente desigual del fenómeno.

Mussi subrayaba con frecuencia el incremento de los casos en mujeres y en la transmisión vertical, lo que revelaba un desplazamiento en la percepción del riesgo (La Mañana, 1/12/1995). El discurso sanitario provincial intentó dejar atrás la figura estigmatizada del enfermo típico de la década anterior y poner el foco en la heterosexualidad como ámbito de propagación creciente. Esa redefinición del mapa epidemiológico implicaba, a su vez, un reposicionamiento del Estado: de una lógica reactiva centrada en la enfermedad se pasaba a una estrategia preventiva y educativa, orientada a la comunidad y al espacio doméstico:

El ministro de Salud bonaerense, Juan José Mussi, instó ayer a profundizar la prevención y a trabajar en la concientización sobre el sida.

“No hay vacuna ni medicación que cure el sida, por eso la única defensa es la prevención a través de la información, de la educación y de la eliminación de los prejuicios y la discriminación”, señaló Mussi

² La idea de una supuesta “heterosexualización” del sida a mediados de la década de los noventa merece, no obstante, una problematización más cuidadosa. Si bien los datos de la época mostraban un aumento relativo de los casos en mujeres, situación observable también en otros países de América Latina, la aceptación acrítica del discurso periodístico –que señalaba un predominio de la transmisión heterosexual y una expansión de la enfermedad fuera de los grupos inicialmente estigmatizados– resulta discutible. De haber sido efectivamente predominante la transmisión heterosexual, la configuración actual de la pandemia en Argentina sería distinta, con una mayor proporción de mujeres y una menor concentración en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. Asimismo, tanto las estadísticas oficiales como las difundidas por la prensa pudieron haber estado atravesadas por subregistros y por sesgos vinculados a prejuicios, temores y, especialmente, a la homofobia, factor clave para comprender la construcción social del riesgo y las respuestas institucionales frente al sida.

en el marco de la conferencia de prensa en la Casa de Gobierno de la provincia.

El ministro explicó que “es fundamental transmitir información a través de campañas masivas en la población joven, con mensajes que se transmitan en su mismo lenguaje”.

Asimismo, se refirió a los espectáculos, charlas y talleres a través de los cuales “los mensajes llegan a los estudiantes, empresas, plazas y balnearios”.

Otra forma de concientización, dijo, se realizará a través de espectáculos de prevención (Diario El Sol, 1/12/1995, p. 5).

El lenguaje elegido por el propio ministro (“hay que hablar de sida en todos lados”) expresaba una voluntad de pedagogía pública que excedía el marco institucional (El Día, 4/12/1995, p. 6). Ante la falta de una cura para la enfermedad, el ministro remarcaba la idea de que el conocimiento y la comunicación eran, en ese momento, las únicas herramientas efectivas para la prevención. De ese modo, el discurso sanitario se fundía con un tono educativo y moralizante, que apelaba tanto a la responsabilidad individual como al compromiso colectivo.

La incorporación del arte y la cultura en las campañas oficiales reforzaba ese horizonte. La promoción de la obra teatral Amor, Valor y Compasión como parte de la campaña provincial no fue un gesto menor: implicaba reconocer el poder performativo de las expresiones culturales en la construcción de sensibilidad pública frente a la enfermedad (El Día, 4/12/1995). En paralelo, espectáculos como La risa es salud, pero el sida no es broma, auspiciados por la cartera sanitaria, buscaban traducir la prevención a un lenguaje accesible y emocional (La Calle, 5/12/1995). Estas intervenciones dan cuenta de una política que apostaba por la comunicación horizontal y la empatía como vías para desmontar el estigma y la indiferencia.

En ese mismo clima de movilización, distintas instituciones y entidades profesionales asumieron también un papel activo en las campañas de sensibilización. El Colegio de Farmacéuticos, por ejemplo, impulsó una iniciativa de alcance provincial que invitaba a las farmacias a convertirse en espacios de orientación sanitaria, reforzando la prevención desde la atención cotidiana (Diario Hoy, 1/12/1995). La propuesta expresaba un intento por trasladar la lucha contra el VIH/sida al plano comunitario, donde los farmacéuticos eran presentados como agentes de educación y cuidado, que complementaban la acción estatal con redes de proximidad.

La conmemoración del Día Mundial del sida, en diciembre de 1995, sirvió para condensar ese conjunto de acciones y discursos. En sus declaraciones, Mussi destacó la reducción de la brecha entre casos masculinos y femeninos (de ocho a uno en 1990 a tres a uno en 1995) y advirtió que “lo peor del caso es que la mujer se lo traslada al pequeño” (La Mañana, 1/12/1995, p. 4). La frase, más allá de su tono moralizador, revelaba la preocupación por una feminización e infantilización de la epidemia, y al mismo tiempo mostraba el esfuerzo por traducir los datos epidemiológicos en mensajes públicos capaces de movilizar conciencia social.

Durante las últimas semanas de 1995, la gestión sanitaria bonaerense profundizó una estrategia que conjugaba técnica, comunicación y territorio. En ese contexto, la regionalización del Programa Provincial de Prevención y Control del VIH/sida comenzó a delinarse como una política de reorganización estructural, orientada a acercar la atención y la prevención a las comunidades locales. Lejos de tratarse de una mera desconcentración administrativa, el objetivo era dotar a las regiones sanitarias de herramientas propias para in-

tervenir de modo ágil frente al avance del virus, manteniendo a la vez la conducción técnica central desde el Ministerio de Salud provincial (La Calle, 5/12/1995; La Opinión, 5/12/1995).

El ministro Juan José Mussi insistía en que la lucha contra el sida no podía reducirse a una cuestión biomédica, sino que requería una formación sistemática de los recursos humanos y la implicación directa de los municipios (El Sol, 1/12/1995). La prevención, sostenía, debía ser transversal: llegar a escuelas, hospitales, clubes, asociaciones vecinales y medios de comunicación. Esa concepción implicaba un desplazamiento significativo en la forma de entender la política sanitaria. Ya no se trataba solo de atender a los enfermos, sino de producir saberes sociales sobre el riesgo y la sexualidad, en diálogo con distintos actores del entramado comunitario.

En paralelo, el registro estadístico continuaba siendo un pilar del discurso ministerial. Las cifras presentadas en conferencias y comunicados reiteraban la magnitud del problema:

Sobre los casos notificados al 31 de agosto, el informe ministerial indica que el 31 por ciento (707) de los pacientes han fallecido; el 66 por ciento (1506) están enfermos y del 3 por ciento restante (69) se desconoce su estado.

Al tomar como referencia los grupos de edad, más del 80% de los casos registrados se ubica en la franja que va de los 16 a los 45 años, porcentaje significativo, pero quizás no tan sorprendente como el crecimiento de los casos pediátricos.

Respecto de los mecanismos de contagio, si bien sigue al tope de las estadísticas la transmisión por drogadicción (51 por ciento), el incremento más notorio es el correspondiente al contagio entre heterosexuales (18 por ciento), un punto por debajo del registrado en homo y bisexuales.

Diario Popular, 31/12/1995). La lectura de esos datos insistía en dos desplazamientos: por un lado, el avance de la infección entre mujeres y jóvenes; por otro, el crecimiento del contagio heterosexual. En ambos casos, la estrategia comunicacional del ministerio tradujo los números en mensajes moralmente inteligibles para la opinión pública, reforzando la idea de que el sida había “dejado de ser un mal exclusivo de los homosexuales” (La Calle, 5/12/1995).

Esa narrativa epidemiológica, sostenida sobre la autoridad de la estadística, cumplía una doble función: legitimaba la acción estatal y a la vez redefinía los marcos de sensibilidad social en torno a la enfermedad. El énfasis en los jóvenes y en las mujeres respondía no solo a una constatación empírica, sino también a una intención pedagógica: situar el riesgo en el centro de la vida cotidiana, desarticulando la imagen del otro enfermo para advertir que cualquiera podía ser alcanzado por el virus.

El verano de 1996 introdujo un nuevo registro discursivo en torno al VIH/sida en la provincia de Buenos Aires. A diferencia de los años anteriores, en los que la preocupación se centraba en la prevención y la pedagogía social, las noticias y debates de comienzos de ese año mostraron una consolidación de la dimensión epidemiológica y un desplazamiento hacia la gestión médica y farmacológica de la enfermedad.

La aparición de brotes y aumentos localizados, como los registrados en la Región Sanitaria VIII (que comprende a la costa atlántica y sus principales ciudades turísticas), sirvió de catalizador para ese cambio. En efecto, el Ministerio de Salud informó que entre

1993 y 1995 los casos de VIH en la zona habían crecido un 40%, que implicaba 314 portadores registrados (Clarín, 12/02/1996; La Calle, 12/02/1996). La comparación con el descenso simultáneo de sífilis y blenorragia reforzaba la idea de un reemplazo epidemiológico: el sida aparecía como la nueva enfermedad emblemática de la sexualidad contemporánea, mientras las viejas infecciones venéreas, símbolos del desorden moral en otros tiempos, cedían su lugar en la agenda sanitaria.

Los datos demográficos aportados por la prensa (una mayoría masculina pero con predominio de transmisión heterosexual y concentración en jóvenes de entre 25 y 29 años) confirmaban el viraje que desde 1994 venía anunciándose: el VIH se expandía fuera de los grupos inicialmente estigmatizados. La enfermedad se inscribía en los márgenes de la “normalidad”, interpelando a los sectores medios y populares urbanos, especialmente del conurbano y de la franja costera. El propio Mussi enfatizaba que “el 99 por ciento de los portadores recibe asistencia en hospitales públicos”, cifra que condensaba tanto el carácter social de la epidemia como la dependencia estructural del sistema estatal de salud (Clarín, 12/02/1996, p. 8).

Ese dato anticipaba una de las discusiones centrales del período: el derecho al acceso universal a los tratamientos. Apenas unos meses después, en mayo de 1996, la Cámara de Diputados bonaerense debatió la incorporación de un artículo 5º bis a la Ley 11.506 de 1994 (Ley Integral para la Prevención, Investigación y Tratamiento del Sida), con el fin de garantizar la provisión gratuita de medicamentos a todos los habitantes de la provincia (Diario de Sesiones PBA, 16/05/1996, pp. 1658-1659). El proyecto, impulsado por el diputado Mario Luis Espada (UCR), retomaba las recomendaciones emanadas del Segundo Congreso Argentino de Sida (Córdoba, 1995) y ponía en primer plano una exigencia normativa: transformar la provisión de fármacos –hasta entonces una práctica administrativa dependiente de presupuestos y programas– en un derecho jurídico explícito.

En los fundamentos del proyecto se reconocían los avances en materia de prevención y organización del programa provincial, pero simultáneamente se puntualizaba que la expansión del virus y la creciente fragilidad económica de amplios sectores exigían medidas más contundentes. La propuesta legislativa planteaba una dislocación epistemológica y política: el medicamento dejaba de ser concebido como un insumo médico entre otros, y pasaba a ser pensado como un bien social integrante del derecho a la salud. Esa reivindicación no solo remitía a un imperativo humanitario, sino que se anclaba en la reforma constitucional bonaerense de 1994, que había incorporado el derecho a la salud en el catálogo de derechos sociales, ofreciendo así un soporte jurídico para exigir prestaciones efectivas por vía normativa.

Las implicancias prácticas de tal consagración eran múltiples y de largo alcance. Jurídicamente, convertir la provisión de antirretrovirales en un deber del Ministerio implicaría la posibilidad de demandas judiciales por incumplimiento (reclamos individuales y colectivos), y, por tanto, una mayor judicialización de las políticas sanitarias. Administrativamente, habría que prever partidas presupuestarias estables y mecanismos de compra y logística capaces de garantizar suministro continuo, seguimiento clínico y adherencia terapéutica. En un contexto donde la provisión dependía mayoritariamente del sector público hospitalario (según los registros provinciales), asegurar la cobertura gratuita exigía rediseñar circuitos de adquisición, almacenamiento y dispensación de medicamentos, así como fortalecer la red de atención primaria y los laboratorios de apoyo.

Económicamente, la propuesta chocaba con la realidad fiscal del momento. La década de los noventa vislumbraba cada vez mayores restricciones presupuestarias y reformas que habían descentralizado responsabilidades sin ser acompañadas con recursos equivalentes. La referencia, en la misma sesión legislativa, al deterioro financiero de instituciones

como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) no fue gratuita: indicaba que la ampliación de derechos en el papel exigía una capacidad de financiamiento que no siempre estaba garantizada. Garantizar acceso universal a fármacos caros (en particular con la generalización de terapias combinadas de alta eficacia que se consolidaban por entonces) habría significado un compromiso financiero sostenido y creciente.

Políticamente, la iniciativa señalaba un viraje en el sentido de la respuesta estatal: la enfermedad comenzaba a pensarse no solo como un problema de prevención y cambio de conductas, sino como una cuestión de justicia distributiva y derechos sociales. Este desplazamiento fue propiciado tanto por datos epidemiológicos que mostraban mayor cantidad de casos en mujeres y jóvenes, como por la acción de organizaciones de la sociedad civil que reclamaban el acceso efectivo a tratamientos. El resultado fue una creciente tensión entre la retórica de alcance universal y la facticidad de la capacidad de provisión; en el medio, se ubicaban pacientes y familias cuya supervivencia dependía del acceso sostenido a los medicamentos.

También emergió con fuerza el debate sobre la dependencia de la provisión, puesto que la mayoría de los antirretrovirales seguía siendo importada y su precio estaba sometido a las reglas del mercado y a las patentes internacionales. Así, la garantía normativa no resolvía por sí sola la cuestión del costo ni la vulnerabilidad de la cadena de suministro; habría requerido estrategias complementarias (negociaciones con laboratorios, compras agrupadas, exploración de producción local o acuerdos de licencias) para traducir el derecho formal en un suministro real y estable. Conceptos que luego se volverían relevantes, como la “farmacoprecariedad” o la “fragilidad del acceso a medicamentos” en contextos de crisis, ya se insinuaban en las preocupaciones legislativas y técnicas de la época.

La prensa, que había cubierto de manera intensa la información epidemiológica de la costa atlántica, reforzó esa lectura. El incremento de los casos en la Región Sanitaria VIII se narraba no solo como un dato médico, sino como un síntoma de vulnerabilidad social y territorial. La concentración de casos en el sistema público y el predominio de jóvenes heterosexuales de sectores medios y bajos transformaban al sida en un espejo de las desigualdades estructurales.

En este sentido, la epidemia se desplazó de la moral de la prevención hacia la ética del cuidado. Si durante los primeros años el objetivo había sido hablar de sida para romper el silencio, entonces el desafío era sostener tratamientos costosos en un sistema en crisis, garantizando una atención equitativa frente a un fenómeno que se expandía con más rapidez que la capacidad institucional de respuesta.

Hacia mediados de 1996, el discurso sanitario bonaerense experimentaba un giro sustantivo. La preocupación ya no se centraba únicamente en la difusión del virus, sino en quiénes se enfermaban y en cómo se garantizaba su tratamiento. En un contexto de descentralización administrativa y escasez presupuestaria, la gestión provincial comenzó a elaborar una narrativa que vinculaba el avance del VIH/sida con las desigualdades estructurales, presentándolo como un fenómeno inseparable de la pobreza, la exclusión y la fragilidad institucional.

El asesor del Ministerio de Salud, Remo Salve, sintetizaba esa nueva mirada al afirmar que el sida se volvía cada vez más pobre, joven y femenino (El Norte de San Nicolás, 27/05/1996). Esta caracterización condensaba el desplazamiento epidemiológico que se venía observando desde comienzos de la década: la feminización progresiva de la epidemia, el crecimiento de los casos pediátricos y la expansión del contagio heterosexual. Como ya se ha mencionado, el sida dejaba de ser percibido como una enfermedad de minorías estigmatizadas para transformarse en un espejo de las vulnerabilidades sociales.

En junio de ese mismo año, el ministro Juan José Mussi reafirmaba esta orientación al anunciar una nueva campaña de prevención, respaldada económicamente por la Unión Europea. En su discurso, intentó moderar la alarma pública generada por los medios que hablaban de decenas de miles de infectados:

Denunciados en este momento andan alrededor de los ocho mil casos”, reconoció oficialmente el ministro de Salud bonaerense, Juan José Mussi, al anunciar el próximo lanzamiento de una campaña provincial de prevención que contará con el apoyo económico de la Unión Europea.

El titular de la cartera descartó la cifra de 40,000 infectados con el virus que difundieron algunos medios de prensa local y dijo que ‘habrá que esperar una nueva etapa para hacer una valoración sobre el número real de casos’.

El ministro dijo que ‘se especulaba con la denuncia de un 30 por ciento de los casos’, y puso de ejemplo que ‘cuando teníamos 3600 denunciados, se calculaba en 9,000 y 10,000 los verdaderos, pero en los últimos tiempos los casos se denunciaron con mayor frecuencia’ (La Mañana, 19/6/1996, p. 11).

El propio Salve detallaba que el programa preventivo provincial preveía la capacitación de más de 7,000 agentes multiplicadores en prevención, entre ellos estudiantes, líderes barriales y trabajadores de la salud. Esa estrategia, sostenida por financiamiento internacional, no solo reforzaba la territorialización del programa, sino que también convertía a la provincia en un espacio de cooperación técnica y aprendizaje transnacional. La articulación con la Comunidad Europea se inscribía en una lógica de modernización sanitaria, donde el conocimiento experto, la asistencia externa y la formación local se combinaban para compensar las debilidades del sistema público.

Este gesto de prudencia no solo buscaba ordenar la comunicación epidemiológica, sino también preservar la legitimidad técnica del Ministerio frente a la opinión pública y los organismos internacionales, en un momento en que la información sanitaria se había vuelto un terreno de disputa política.

La cobertura mediática de mediados de 1996 comenzaba a registrar una transformación significativa en el modo de narrar la epidemia. Las noticias sobre la aparición de nuevos tratamientos antirretrovirales (Hoy, 18/06/1996), marcaron el ingreso del país y de la provincia de Buenos Aires en una fase distinta de la epidemia del sida, caracterizada por la expectativa científica y, a la vez, por la conciencia de que ese progreso podía agravar las desigualdades existentes. El discurso sanitario se desplazaba así del terreno moral y preventivo hacia una dimensión biomédica y económica, donde la posibilidad de sobrevivir se medía en función del acceso a medicamentos costosos, y de la capacidad estatal para adquirirlos y distribuirlos.

El jefe del Programa sida bonaerense, Jorge Contarelli, expresaba con precisión ese equilibrio inestable entre esperanza y cautela. Si bien reconocía el potencial de las nuevas drogas, advertía que su costo (entre 400 y 600 pesos mensuales) las volvía inalcanzables para la mayoría de los enfermos. En sus declaraciones, la sensación cauto-optimista condensaba una doble lectura: por un lado, la promesa de una revolución terapéutica; por otro, la constatación de que la innovación científica podía profundizar la brecha entre quienes podían pagarla y quienes dependían del sistema público de salud (Hoy, 18/06/1996).

En este contexto, los discursos médicos y periodísticos comenzaron a reconstruir una nueva pedagogía del riesgo. En medios televisivos populares como *Crónica* se insistía en la responsabilidad individual de los jóvenes, que imprimía un tono moralizante que convivía con los avances de los tratamientos farmacológicos:

El 80% de los portadores evolucionarán hacia la temida infección, siendo [sic] el promedio general de edad de los enfermos de 25 a 28 años para los hombres y 22 para las mujeres.

‘No se cuidan. Parece mentira, pero pese a que saben todo, los escuchás hablar y te das cuenta de que tiene relaciones sexuales sin tomar el menor recaudo. Debemos insistir hasta el cansancio para abrirles los ojos’, comentó un integrante del equipo de Infectología del Policlínico de La Plata, refiriéndose a los adolescentes con los que dialogan diariamente. El doctor Cantarelli, por su parte, señaló que ‘desde su aparición en grupos de homosexuales, año tras año se expandió demostrando que no había comunidades de riesgo, sino comportamientos riesgosos en todos los grupos sociales’ (*Crónica*, 18/06/1996, p. 4).

Esa retórica, que apelaba al autocontrol y a la educación sexual, mostraba que la medicalización no había desplazado del todo la matriz disciplinaria de la prevención: el sida seguía siendo presentado como un fenómeno que exigía tanto ciencia como conducta.

Simultáneamente, la política provincial buscaba reforzar su legitimidad a través del vínculo con la comunidad científica internacional. La visita a la provincia de la viróloga francesa Françoise Barré-Sinoussi (una de las descubridoras del VIH), organizada por la Cámara de Diputados bonaerense, fue leída como un reconocimiento externo al trabajo local y como un intento de situar a Buenos Aires en el mapa global de la lucha contra el sida (*Crónica*, 18/06/1996). Las conferencias que la especialista ofreció en Bahía Blanca, Tandil, Mar del Plata y La Plata funcionaron como actos de diplomacia científica, en los que la ciencia, la política y la comunicación se articularon para producir una imagen de Estado moderno, abierto al intercambio internacional y comprometido con la investigación y la prevención.

Hacia mediados de 1996, por tanto, la política sanitaria bonaerense se encontraba en una fase de redefinición estratégica. El discurso oficial combinaba la retórica de la prevención con la urgencia del tratamiento, el lenguaje de los derechos con las limitaciones presupuestarias y el optimismo científico con la constatación de nuevas desigualdades sociales. En ese equilibrio inestable, el sida se convertía en un fenómeno total: sanitario, económico, jurídico y moral. La provincia, a través de sus funcionarios, buscaba sostener, aunque con limitaciones, una imagen de Estado activo y moderno, capaz de dialogar con organismos internacionales, de innovar en la gestión y de responder a una epidemia que desbordaba los límites tradicionales de la salud pública.

Durante el segundo semestre de 1996, el discurso sanitario bonaerense alcanzó una madurez institucional que buscó reafirmar la legitimidad de las políticas provinciales frente a la opinión pública y los organismos internacionales. La declaración de interés legislativo del Programa Provincial de Prevención del sida, impulsada por la Cámara de Diputados, consolidó el reconocimiento político de una iniciativa que venía construyéndose desde hacía dos años y que había logrado atraer financiamiento externo por parte de la Comunidad Europea (La Unión, 25/07/1996; *Impacto!*, 01/08/1996). El apoyo económico (cerca de un millón y medio de dólares entre 1996 y 1998) no solo representaba un alivio presupuestario en un contexto de escasez de recursos, sino también un gesto simbólico: la validación internacional del modelo bonaerense de descentralización sanitaria y educación preventiva.

El ministro Mussi se valió de ese reconocimiento para reforzar el carácter pedagógico y territorial del programa. En sus declaraciones, reiteró la fórmula que había ganado centralidad en los meses anteriores (“el sida es cada vez más pediátrico, más femenino y más joven”), pero esta vez la inscribió en un marco de cooperación técnica transnacional. El financiamiento europeo permitió proyectar la capacitación de miles de docentes, líderes comunitarios y trabajadores de la salud, junto con la producción masiva de materiales educativos y de comunicación. La estrategia apuntaba a convertir al aula, el club y el barrio en espacios de multiplicación del mensaje preventivo. En ese sentido, la política sanitaria bonaerense no solo respondía a la lógica descentralizadora de la época, sino que intentaba construir una red pedagógica provincial que amalgamara saberes expertos y prácticas comunitarias.

El programa, además, reflejaba una comprensión compleja de la epidemia: combinar la prevención dirigida a grupos específicos de riesgo con la educación generalizada en la población estudiantil y en las mujeres en edad reproductiva. Detrás de esa formulación se leía una redefinición del concepto de riesgo, que dejaba de estar circunscripto a minorías estigmatizadas y se expandía a toda la sociedad. La alianza con la Comunidad Europea ofrecía, así, no solo apoyo financiero sino también legitimidad discursiva, reforzando la imagen de un Estado provincial moderno, articulado con la cooperación internacional y sensible a las transformaciones epidemiológicas globales.

Sin embargo, ese mismo proceso de institucionalización trajo consigo nuevos cuestionamientos. En agosto de 1996, el diputado radical Humberto Maglione presentó un proyecto de solicitud de informes que ponía en evidencia las contradicciones del modelo sanitario bonaerense. En su intervención, advertía que Buenos Aires concentraba el 36% de los casos nacionales de sida (con un 80% en el conurbano) y que, entre los adolescentes, la proporción alcanzaba el 43%. Más allá de las cifras, su diagnóstico subrayaba el carácter estructuralmente desigual de la epidemia: el 80% de los afectados pertenecía a los sectores medios y bajos, y casi el 60% tenía solo educación primaria (Diario de Sesiones PBA, 15/08/1996, p. 4050).

La descripción del hospital San Juan de Dios de La Plata, con apenas nueve camas y sin recursos suficientes para aplicar tratamientos farmacológicos, operaba como símbolo del deterioro material de la red pública. El contraste entre el reconocimiento internacional y la precariedad hospitalaria revelaba una brecha creciente entre el discurso modernizador del Ministerio y las condiciones reales de atención. Al denunciar la falta de insumos, la carencia de bioseguridad y la sobrecarga del personal médico, Maglione ponía en escena una crítica más amplia: la descentralización sin financiamiento suficiente había convertido a los hospitales provinciales en la primera línea de contención de una epidemia que seguía expandiéndose entre los sectores más vulnerables.

El reclamo legislativo sintetizaba, en última instancia, las tensiones del período. Mientras el Estado provincial buscaba afirmarse como actor sanitario autónomo, capaz de gestionar cooperación internacional, capacitar agentes locales y sostener programas educativos, las limitaciones estructurales del sistema público evidenciaban los riesgos de una política más discursiva que material. La visibilidad y la cooperación, aunque necesarias, no bastaban para compensar la fragilidad presupuestaria ni la desigual distribución territorial de recursos.

Hacia fines de 1996, el abordaje del VIH/sida en la provincia de Buenos Aires ingresó en una etapa de consolidación y contradicción simultáneas. Por un lado, el programa provincial había alcanzado reconocimiento internacional y respaldo legislativo; por otro, comenzaban a aflorar las tensiones derivadas de la dependencia financiera, la fragmentación administrativa y el desgaste del sistema hospitalario. La expansión territorial de la

epidemia y las desigualdades estructurales del sistema público configuraron un escenario en el que los logros institucionales convivían con las carencias materiales.

A fines de agosto de ese año, el Ministerio de Salud bonaerense difundió un nuevo informe que confirmaba el desplazamiento geográfico y social del virus. Según los datos oficiales, desde 1985 hasta marzo de 1996 se habían registrado 2,524 casos de enfermos, de los cuales casi el 80% residía en el conurbano bonaerense. El resto se distribuía entre la costa atlántica (9.3%), el interior provincial (7.1%) y la ciudad de La Plata (65%) (Hoy, 29/08/1996). La caracterización epidemiológica mantenía el énfasis en mujeres y jóvenes, pero incorporaba una dimensión social más marcada: la drogadicción aparecía como principal vía de contagio (46.9%), seguida por las relaciones homo-bisexuales (21.6%) y heterosexuales (18.3%). La composición etaria –promedios de 29 años en hombres y 23 en mujeres– y la concentración en los sectores urbanos empobrecidos consolidaban la idea de una epidemia socialmente estructurada, donde el riesgo se distribuía de acuerdo con las condiciones de vida y no solo las conductas individuales.

En paralelo, la discusión sobre los tratamientos farmacológicos adquiría una centralidad inédita. En septiembre de 1996, la prensa provincial y nacional registró una serie de comunicados oficiales en los que el Ministerio de Salud se vio obligado a responder a cuestionamientos opositores sobre la falta de medicamentos en los hospitales públicos (Hoy, 09/09/1996; La Nación, 09/09/1996; Crónica, 09/09/1996; Diario Popular, 09/09/1996). Las notas coincidieron en reproducir una misma afirmación institucional:

Distribuyen drogas contra el sida

El Ministerio de Salud bonaerense informó que distribuye ‘en forma fluida todas las drogas antirretrovirales que provee el gobierno nacional, destinadas al tratamiento de pacientes infectados con el virus de la [inmunodeficiencia humana]’, y que los establecimientos sanitarios provinciales “deben solicitarlas en tiempo y forma para ser entregadas en las distintas regiones sanitarias”.

En este sentido, la división Prensa del Ministerio explicó que se puso en marcha una licitación para la adquisición de AZT jarabe y DDC.

Los medicamentos disponibles durante este año para el tratamiento de pacientes con sida son, además del AZT jarabe y DDC, Fluconazol, Caicid, Ganciclovir, AZT, 3TC, DDI, y otros (Diario Popular, 9/9/1996, p. 4).

Más allá del tono administrativo, la insistencia en la fluidez de la distribución revelaba una preocupación política. Las críticas de legisladores radicales por la supuesta falta de provisión no se limitaban a una disputa partidaria: exponían las debilidades estructurales de la gestión sanitaria descentralizada, que dependía del suministro nacional y de una logística provincial con recursos limitados. La aclaración ministerial funcionó, en ese contexto, como un intento de preservar la legitimidad técnica del programa y de mostrar capacidad operativa en un momento en que la opinión pública comenzaba a asociar el acceso a medicamentos con el derecho a la vida. En otras palabras, la controversia sobre los retrovirales era también una disputa sobre la autoridad moral y científica del Estado.

Las tensiones entre discurso, presupuesto y realidad hospitalaria alcanzaron su punto más visible hacia fines de 1996. En noviembre, la Cámara de Diputados provincial trató un nuevo pedido de informes sobre la situación del Hospital San Juan de Dios de La Plata, considerado centro de referencia en materia de enfermedades infecciosas (Diario de Sesio-

nes PBA, 14/11/1996, p. 6573). El proyecto, presentado por la diputada Simonetti (MODIN), denunció la saturación del servicio de infecciosas, donde “enfermeros y profesionales se calzan los barbijos todos los días para ingresar a la sala 12 a enfrentarse con las epidemias del nuevo siglo.[] Por los consultorios externos del servicio pasan unas 399 personas cada mes. El 80% de esa cifra corresponde a consultas relacionadas con el VIH . Entre sida y tuberculosis, el número de pacientes crece”. La descripción era elocuente: un hospital con infraestructura deteriorada, personal exhausto y escasos recursos, atendía a cientos de pacientes sin cobertura y dependía del flujo irregular de medicamentos provenientes del programa nacional. La mención a la coexistencia de sida y tuberculosis multirresistente añadía dramatismo y complejidad al panorama, y mostraba cómo la inmunodepresión y la pobreza se entrelazaban en una misma trama patológica.

En la misma sesión, otros legisladores ampliaban la crítica hacia el plano presupuestario. El diputado Luis Blanco (UCR) advertía que el presupuesto provincial para salud proyectado hacia 1997 no solo disminuía en términos reales (de 365 millones a 351 millones), sino que además precarizaba al personal mediante traslados y contratos flexibles. Pero el dato más contundente fue el que refería al gasto destinado específicamente al sida:

Este presupuesto está discriminando a las personas con sida. En el presupuesto están destinados 32,000 pesos para la atención de los pacientes con sida pero afectados específicamente hay 1,000 pesos. Quiere decir que vamos a destinar nada más que dos pesos por año para cada paciente con [VIH], según este presupuesto. Estoy seguro que el año 1998, si no se asignan nuevas partidas presupuestarias, lamentablemente vamos a ver a esta gente solicitando atención en los hospitales públicos, haciendo campañas –que deben merecer nuestro apoyo– para acceder a una atención digna (Diario de Sesiones PBA, 28-11-1997, p. 6338).

Estas intervenciones legislativas condensaban un cambio de tono en el debate público sobre el sida. Si entre 1994 y 1995 la preocupación se había centrado en la visibilidad y la prevención, hacia 1996 la discusión giraba en torno a la gestión de recursos, la equidad en el acceso a tratamientos y la capacidad del Estado para sostener una política social efectiva. El sida, más que un problema médico o moral, se transformaba en un indicador del grado de descomposición o resiliencia del sistema sanitario público.

El discurso del ministro Juan José Mussi ante la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires del 22 de octubre de 1998 ofrece una perspectiva privilegiada para comprender el modo en que el Estado bonaerense reelaboró retrospectivamente su experiencia frente al VIH/sida. No se trató de una exposición técnica ni de un mero balance sanitario, sino de un ejercicio político de memoria institucional: un relato donde la gestión se presentaba como modelo de continuidad, aprendizaje y adaptación frente a una de las crisis epidemiológicas más significativas del período.

Desde sus primeras líneas, Mussi procuró ordenar el pasado reciente. En un tono que combinaba defensa y reivindicación, subrayaba que el gobierno provincial había asumido con responsabilidad y sensibilidad social la atención del sida, incluso en momentos de restricción presupuestaria y de ausencia de lineamientos claros por parte del nivel nacional. La apelación a la responsabilidad condensaba el núcleo simbólico de su discurso: la idea de que el Estado provincial había respondido no solo con recursos, sino con presencia moral y política.

El ministro enmarcó el problema dentro de una visión integral de la salud pública. A diferencia de los años iniciales, en los que el VIH/sida se había asociado al pánico moral y a la excepcionalidad, en 1998 Mussi lo integraba en un repertorio más amplio de desafíos sociales: pobreza, marginación, desempleo, tuberculosis, desnutrición. En su lectura, la enfermedad ya no era un “caso aislado”, sino un síntoma de las desigualdades estructurales que atravesaban a la provincia. Este giro discursivo resultaba crucial, porque desplazaba el eje desde la prevención individual hacia la responsabilidad colectiva, y situaba al sida dentro de una narrativa de justicia social y equidad sanitaria.

Uno de los ejes centrales de su intervención fue la defensa del Programa Provincial de Prevención y Control del VIH/sida, creado en 1994 y ampliado a partir de los convenios con la Comunidad Europea. Mussi lo presentó como ejemplo de modernización administrativa y de cooperación internacional exitosa: la capacitación de miles de docentes, trabajadores de la salud y líderes comunitarios se transformaba, en su discurso, en una demostración de soberanía provincial. Allí donde el Estado nacional carecía de continuidad, la provincia ofrecía planificación y resultados. El ministro insistía en que la educación sanitaria debía concebirse como política estructural de salud pública. La multiplicación de agentes de prevención era, en esa clave, una forma de democratizar el saber médico y de anclar el Estado en el territorio.

Esa noción de Estado pedagógico, presente a lo largo de toda su exposición, sintetizaba la matriz ideológica que había guiado las políticas bonaerenses de la década. Hablar de salud implicaba hablar de ciudadanía, y hablar de sida equivalía a disputar el sentido social del riesgo y la vulnerabilidad. En esa retórica, la autoridad sanitaria no se limitaba a distribuir medicamentos o coordinar hospitales: su tarea era educar, orientar y sensibilizar a la población. De ese modo, el discurso de Mussi recuperaba la dimensión comunicativa de la gestión provincial (las campañas, los programas en escuelas, los convenios con universidades y medios locales) como parte de una pedagogía pública orientada a reconstruir el lazo entre Estado y sociedad.

Sin embargo, la intervención no eludía los límites del modelo. El propio ministro reconoció la persistencia de dificultades en la provisión de antirretrovirales y en la capacidad hospitalaria, pero buscó transformar esas carencias en signos de esfuerzo y compromiso. La precariedad, decía implícitamente, era una prueba de vocación pública, no de fracaso. Esa resignificación de la escasez, como rasgo inherente a la acción estatal en tiempos de crisis, expresaba una forma particular de legitimidad: la eficacia moral del Estado antes que su eficiencia material.

Así pues, la exposición puede leerse como un punto de inflexión en la representación estatal de la epidemia. Durante la primera mitad de la década, la respuesta provincial se había articulado en torno a la visibilidad y la prevención; en la segunda mitad, la irrupción de los tratamientos y las demandas judiciales por acceso gratuito obligaron a redefinir las coordenadas del debate. El sida pasó a ser un campo de disputa sobre derechos, financiamiento y autoridad técnica. En ese marco, Mussi procuró sostener un equilibrio entre las demandas de justicia social y las restricciones del modelo económico: una pedagogía de la prevención sin dejar de lado la gestión farmacológica, una apelación a la solidaridad sin prometer lo que el presupuesto no podía garantizar.

El ministro cerraba la década instalando una narrativa que buscaba proyectar legitimidad hacia el futuro. El sida se convertía, en su discurso, en un laboratorio de la acción estatal: un ámbito donde la provincia había ensayado formas de coordinación interjurisdiccional, cooperación internacional y descentralización operativa que luego se aplicarían a otras políticas sociales. En términos analíticos, podría decirse que el VIH/sida funcionó como una escuela de gobierno, donde se pusieron a prueba los límites del Estado posrefor-

ma, la relación entre técnica y política, y la capacidad de articular un lenguaje común entre médicos, funcionarios y ciudadanos.

El balance final muestra un proceso de institucionalización sostenido aunque desigual. La provincia de Buenos Aires logró dotarse de instrumentos normativos, programas permanentes y redes de prevención territorial, pero enfrentó crecientes tensiones entre la ampliación de derechos y la restricción de recursos. En ese dilema residió, quizás, el rasgo más característico de la política sanitaria bonaerense de los noventa.

El discurso de Mussi sintetizó esa paradoja con claridad: reivindicó el esfuerzo provincial, celebró la cooperación internacional y apeló a la educación como arma preventiva, pero lo hizo desde la conciencia de un Estado que ya no podía ser omnipotente. El sida, en este sentido, no solo fue una crisis sanitaria, sino también un espejo en el que la provincia miró sus límites y sus posibilidades.

Hacia fines de la década, la respuesta bonaerense frente al VIH/sida había evolucionado de una política de emergencia a una política de Estado, con programas permanentes y redes territoriales. No obstante, este proceso fue desigual: la expansión de derechos y la institucionalización de programas coexistieron con limitaciones materiales y con la necesidad de redefinir constantemente el equilibrio entre expectativas sociales y capacidad gubernamental. En las palabras de Mussi, ese (presunto y limitado) logro no residía tanto en haber vencido a la enfermedad como en haber mantenido viva la presencia del Estado allí donde más se lo necesitaba.

Conclusiones

El análisis de la política bonaerense frente al VIH/sida durante la década de los noventa permite observar un proceso complejo de transformación que abarcó desde la visibilidad inicial del problema hasta la tentativa de institucionalización de una respuesta estatal articulada, territorializada y con proyección internacional. En ese recorrido, la provincia de Buenos Aires se movió entre tensiones estructurales, restricciones presupuestarias y márgenes de autonomía que le permitieron, de manera parcial pero significativa, construir una narrativa y un aparato de gestión propios frente a la epidemia.

En los primeros años de la década, el VIH/sida aparecía como un tema fragmentado, marcado por la ausencia de lineamientos claros y por el predominio de un discurso nacional centrado en la coordinación general y en la necesidad de alineamiento con organismos internacionales. Sin embargo, la provincia logró insertar la problemática en su agenda a partir de una estrategia que combinaba la visibilidad pública con la producción de conocimiento técnico. La difusión de datos estadísticos, la realización de encuestas provinciales y la implementación de campañas pedagógicas constituyeron los primeros pasos hacia una política que buscaba no solo informar, sino construir legitimidad estatal y establecer presencia territorial. La publicación de información epidemiológica, desde la mortalidad hasta los patrones de venta de preservativos, simbolizó un cambio de paradigma: reconocer la existencia de la epidemia y dotarla de un marco de comprensión social era un primer acto de prevención y, al mismo tiempo, un gesto político de afirmación institucional.

El Ministerio de Salud bonaerense, bajo la conducción de Juan José Mussi, articuló un discurso que combinaba lenguaje epidemiológico, educación pública y sensibilización moral. El énfasis en la heterosexualización del contagio (con preponderancia creciente en jóvenes y mujeres) de la epidemia reflejaba un viraje conceptual: el VIH/sida dejaba de ser percibido como una enfermedad de minorías estigmatizadas y pasaba a ser interpretado como un fenómeno social que afectaba a toda la población. En paralelo, la incorporación de expresiones culturales y artísticas en las campañas, junto con la participación de actores comunitarios como farmacéuticos y líderes barriales, permitió trasladar la prevención al

plano cotidiano y establecer vínculos de proximidad entre Estado y comunidad. La territorialización del Programa Provincial de Prevención y Control del VIH/sida, orientada hacia la municipalización y la capacitación de agentes multiplicadores, expresaba un doble objetivo: descentralizar la gestión sin perder coherencia técnica y consolidar un modelo de intervención que integrara saberes locales, científicos y transnacionales.

A mediados de la década, el foco de la política bonaerense se desplazó hacia la gestión de los tratamientos farmacológicos y la garantía del derecho a la salud. La discusión sobre la provisión gratuita de antirretrovirales puso en evidencia la tensión entre aspiraciones normativas y limitaciones materiales: asegurar el acceso universal exigía no solo voluntad política, sino también capacidad administrativa, financiamiento sostenido y logística eficiente, en un contexto donde la mayoría de los medicamentos dependía de importaciones y estaba sujeta a los precios internacionales. Esta articulación entre derechos, economía y tecnología sanitaria evidenció que el VIH/sida no podía abordarse únicamente desde la prevención o la educación: la enfermedad se volvía un indicador de las desigualdades sociales y de la fragilidad estructural del sistema de salud.

El discurso oficial bonaerense durante este período mostró un notable esfuerzo por equilibrar múltiples dimensiones: la prevención y la educación, la comunicación transparente, la cooperación internacional y la gestión técnica; la promoción de derechos individuales y la responsabilidad colectiva; la esperanza generada por los avances farmacológicos y la conciencia de las desigualdades sociales que condicionaban el acceso a estos tratamientos. La provincia se presentó como un Estado activo, moderno y capaz de dialogar con organismos internacionales, aun cuando las tensiones entre discurso, presupuesto y capacidad operativa permanecían como una constante. La legitimidad adquirida a través del financiamiento europeo y el reconocimiento internacional contrastaba, sin embargo, con la precariedad de la infraestructura hospitalaria y la sobrecarga del personal sanitario, y revelaba que la institucionalización del VIH/sida era un proceso todavía incompleto y en permanente negociación.

En términos más amplios, la experiencia bonaerense de los años noventa evidencia la centralidad de la visibilidad y la comunicación en la construcción de políticas sanitarias efectivas. La producción de información confiable, la difusión estratégica de estadísticas y la articulación de campañas pedagógicas sirvieron como herramientas no solo de prevención, sino también de afirmación de la capacidad estatal en un contexto de descentralización y restricciones presupuestarias. Además, la narrativa provincial contribuyó a redefinir la percepción social del VIH/sida, incorporando dimensiones de género, edad y vulnerabilidad socioeconómica, y desplazando el estigma hacia una comprensión más amplia y empática de la enfermedad.

Finalmente, la trayectoria de la política bonaerense frente al VIH/sida permite concluir que la institucionalización de una respuesta integral requiere equilibrar dimensiones técnicas, sociales, económicas y políticas. La provincia, a través de sus programas, discursos y estrategias de cooperación internacional, logró construir un modelo que articulaba prevención, educación, tratamiento y territorialización. Al mismo tiempo, las tensiones derivadas de la desigual distribución de recursos, la dependencia de provisiones externas y la fragilidad de la infraestructura sanitaria muestran los límites de la política pública frente a fenómenos complejos y dinámicos como una epidemia. En este sentido, la experiencia bonaerense puede leerse como un ensayo de gestión integral: un esfuerzo por convertir la visibilidad en acción concreta, el conocimiento en política y la crisis sanitaria en aprendizaje institucional. La lección central de este proceso reside en comprender que la eficacia de una política frente al VIH/sida depende tanto de la capacidad de articular recursos y actores, como de la voluntad de construir una narrativa pública que reconozca la magnitud

de la epidemia, visibilice a sus víctimas y consolide un marco ético y técnico que trascienda los límites del corto plazo.

Referencias

- Araoz, Isabel. (2024). *Los rostros del sida: archivo, memoria y derechos humanos*. Primer Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinarios sobre Diversidad Sexual y de Género. Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (Escuela IDAES), General San Martín.
- Bloch, Claudio, Weller, Silvina, & Cahn, Pedro (1999). *El sida en la Argentina: epidemiología, subjetividad y ética social*. Buenos Aires: Arkhetypo.
- Duby, Georges. *El año mil*. Barcelona: Gedisa, 1983.
- Gagliolo, Agustina Aixa (2022). *Ante el "fin del VIH/sida": una etnografía sobre respuestas locales a la epidemia y la experiencia de personas en tratamientos de larga duración* [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires].
- Gagliolo, Agustina Aixa (2024). *Devenir-con-VIH: una historia corporificada de la epidemia de VIH/sida en Argentina*. *Etnografías Contemporáneas*, 10(18), 52–76.
- Kornblit, Ana Lía (2000). *El sida y la sociedad: las respuestas sociales ante el VIH*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kornblit, Ana Lía (2004). *Políticas públicas y sociedad civil frente al VIH/sida*. Buenos Aires: Biblos.
- Linares, Luciana, & Manzo, Alexis (2021). El amor después del amor. Recorridos posibles de la pandemia de VIH/sida en Argentina. En Álvarez, A. (Comp.), *Del cólera al covid-19: un recorrido por viejas y nuevas pandemias en la Argentina*. Mar del Plata: EUDEM.
- Miranda, Marisa Adriana (2021). Heteronormatividad y disidencias: Argentina ante la sífilis y el sida. *Historia y Sociedad*, (41), 45–68.
- Mendes, Carlos (2012). *El Estado frente al sida: tensiones y políticas públicas en la Argentina de los noventa*. Buenos Aires: Prometeo.
- Pecheny, Mario, Figari, Carlos, & Jones, Daniel. (2008). *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Petruzzi, Aylén. (2024). *Políticas de lo visible: representaciones artísticas y mediáticas sobre el VIH en Argentina entre 1980 y 1990* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de La Plata].

Leyes y decretos

- Argentina. (1990). *Ley Nacional 23.798. Declárase de interés nacional la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. (1992). *Decreto Nacional 879/1992. Fondo de Financiamiento de Programas Sociales en el Conurbano Bonaerense*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Provincia de Buenos Aires. (1994). *Ley 11.506. Ley Integral para la Prevención, Investigación y Tratamiento del sida*. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires.
- Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (1991–1999). *Diario de Sesiones de la Provincia de Buenos Aires*.

Fuentes hemerográficas y parlamentarias

- Clarín. (12 de febrero de 1996). *Casos de VIH en la Región Sanitaria VIII aumentaron un 40 %*. p. 8.
- Crónica. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra el sida*. p. 4.

-
- Diario de Sesiones de la Provincia de Buenos Aires. (16 de mayo de 1996). Debate sobre la incorporación del artículo 5º bis a la Ley 11.506, pp. 1658–1659.
- Diario Hoy. (1 de diciembre de 1995). *Campañas de prevención en farmacias*. p. 6.
- Diario Hoy. (29 de agosto de 1996). *Relevamiento oficial sobre casos de sida en la provincia de Buenos Aires*.
- Diario Hoy. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra elsida* .
- Diario La Calle. (12 de febrero de 1996). *Aumentan los casos de VIH en la costa atlántica*.
- Diario La Calle. (5 de diciembre de 1995). *La risa es salud, pero el sida no es broma*.
- Diario La Nación. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra elsida* .
- Diario Popular. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra elsida* . p. 4.
- El Día. (4 de diciembre de 1995). *Hay que hablar de sida en todos lados*. p. 6.
- La Opinión. (28 de noviembre de 1995). *Resultados de encuesta provincial sobre VIH/ sida* .

Trabajo docente y desigualdades estructurales durante la pandemia de COVID-19

Teaching Work and Structural Inequalities during the COVID-19 Pandemic

Magdalena Moreno Ortiz

<https://orcid.org/0009-0007-2319-8063>

Dra. en Gestión e Innovación Educativa por la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Resumen

El artículo analiza las afectaciones laborales experimentadas por docentes de educación básica en Tamaulipas, México, durante la pandemia por COVID-19. El objetivo es comprender cómo la crisis sanitaria reconfiguró el trabajo docente, de acuerdo con el ámbito geográfico (rural o urbano) y el sexo del profesorado. Se empleó un enfoque metodológico mixto: se aplicó un cuestionario en línea a 1,035 docentes y se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas. Los datos cuantitativos se analizaron mediante pruebas de Chi-cuadrado y Fisher, mientras que los datos cualitativos fueron codificados temáticamente. El análisis se sustenta en una perspectiva crítica que articula aportes de la sociología de la educación y de los estudios de género para comprender las desigualdades estructurales del trabajo docente. Los resultados muestran que más del 90% del profesorado reportó afectaciones laborales, particularmente aumento de carga horaria, ambigüedad normativa y presión administrativa. Aunque no se identificaron diferencias estadísticas significativas, el análisis cualitativo evidencia desigualdades estructurales: en zonas rurales, la precariedad tecnológica exigió estrategias presenciales sin apoyo institucional, y en el caso de las mujeres docentes, se presentó una triple carga de trabajo entre lo pedagógico, lo administrativo y lo doméstico.

Palabras clave:

docentes, pandemia, trabajo docente, desigualdad, educación básica.

Recibido: 14 / 11 / 2025

Aceptado: 24 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Moreno Ortiz, M., (2026). Trabajo docente y desigualdades estructurales durante la pandemia de COVID-19. *Sekkan*. Vol 2, Núm. 4. pp. 64-82

Abstract

This article analyzes the labor impacts experienced by basic education teachers in Tamaulipas, Mexico, during the COVID-19 pandemic. The objective is to understand how the health crisis reshaped teaching work, depending on the geographic context (rural or urban) and the sex of the teaching staff. A mixed-methods approach was used: an online questionnaire was applied to 1,035 teachers and 14 semi-structured interviews were conducted. Quantitative data were analyzed using Chi-square and Fisher's exact tests, while qualitative data were thematically coded. The analysis draws on a critical perspective that incorporates insights from the sociology of education and gender studies to understand structural inequalities in teaching work. Results show that more than 90% of teachers reported labor-related

impacts, particularly increased workload, normative ambiguity, and administrative pressure. Although no statistically significant differences were found, qualitative data reveal unequal conditions: in rural areas, technological limitations led to face-to-face strategies without institutional support, and female teachers faced a triple workload across pedagogical, administrative, and domestic tasks.

Keywords:

teachers, pandemic, teaching work, inequality, basic education.

1. Introducción

La pandemia de COVID-19 provocó transformaciones profundas en múltiples dimensiones de la vida social y, de manera particular, en el ámbito educativo. El confinamiento prolongado y el cierre de escuelas obligaron a una transición súbita hacia modalidades no presenciales de enseñanza, lo que generó un escenario de emergencia sin precedentes que afectó tanto la organización escolar como las condiciones laborales del magisterio (Abizanda et al., 2022; Banco Mundial, UNESCO y UNICEF, 2021; Stanistreet et al., 2020). Esta modalidad, denominada enseñanza remota de emergencia (Hodges et al., 2020), implicó una reorganización abrupta de las prácticas pedagógicas, con escasos recursos tecnológicos, mínima capacitación previa y una creciente carga administrativa, lo que profundizó tensiones y exigencias laborales para los y las docentes (Gil, 2022; Rodríguez, 2022).

En América Latina, la emergencia sanitaria no generó nuevas desigualdades, sino que amplificó brechas estructurales históricamente asociadas a clase, género, etnicidad y territorio (CEPAL, 2010). En México, estas asimetrías se expresan tanto en los resultados educativos como en el acceso desigual a servicios básicos. De acuerdo con el INEGI (2025), en 2024 más de 38 millones de personas se encontraban en situación de pobreza multidimensional, con niveles críticos de rezago educativo en entidades como Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Las diferencias territoriales son particularmente marcadas: mientras el 32.2% de la población rural presenta rezago educativo, la cifra disminuye al 14.8% en zonas urbanas (ENIGH, 2024). La dimensión territorial no se reduce a una diferencia de acceso a infraestructura, sino que implica configuraciones distintas de trabajo pedagógico, vínculos comunitarios y grados de presencia institucional. En contextos rurales, por ejemplo, la escuela suele tener una función social más amplia, lo que modifica también las exigencias hacia el profesorado.

A estas desigualdades socioeconómicas se suman debilidades estructurales del sistema educativo. De acuerdo con PISA 2022, más del 30% de las escuelas secundarias en México reportaron falta de personal docente suficiente y un 18% carecía de formación adecuada para el trabajo en entornos digitales (OECD, 2023). Estas condiciones no solo limitaron la continuidad pedagógica durante la contingencia, sino que incrementaron de forma desigual la carga laboral del magisterio, particularmente en zonas con menor acceso a infraestructura digital. Estas condiciones dan cuenta de una institucionalidad fragmentada, entendida como la coexistencia de lineamientos dispersos, respuestas desarticuladas y una escasa coordinación entre niveles de gobierno y escuelas. Esta fragmentación se tradujo en incertidumbre normativa, cargas burocráticas desproporcionadas y una delegación tácita de responsabilidades hacia el magisterio, que tuvo que “inventar” soluciones pedagógicas con escaso respaldo institucional.

La literatura reciente ha documentado estas transformaciones desde perspectivas diversas. Estudios cuantitativos han señalado el incremento de la sobrecarga laboral, la intensificación de tareas administrativas y el desgaste asociado a la digitalización acele-

rada (Sánchez-Pujalte et al., 2021; Neira y Ossa, 2022; Sisniegas-Vergara et al., 2023). Investigaciones cualitativas han mostrado cómo la reorganización del trabajo docente estuvo marcada por la incertidumbre institucional, la multiplicación de responsabilidades y la necesidad de sostener el vínculo pedagógico bajo condiciones adversas (Arza, 2020; Falú, 2020; Rivera et al., 2023). A su vez, estudios mixtos como los de Guzmán y Guzmán (2024) y Algalobos-Huancas et al. (2023) han destacado la interacción entre las tensiones institucionales y las prácticas laborales cotidianas del magisterio durante la emergencia.

Un hallazgo reiterado es la intensificación del trabajo docente, especialmente entre mujeres de educación básica, quienes enfrentaron mayores demandas asociadas al acompañamiento pedagógico y a la gestión de las tareas escolares. Esta intensificación no solo se expresó en términos de tiempo laboral, sino también en la multiplicación de las funciones: docentes como mediadores tecnológicos, contención emocional, gestores familiares y operadores administrativos, en muchos casos sin herramientas ni formación específica para dichas tareas. Como señalan Díez Ruiz et al. (2022), las maestras de primaria que atendían a estudiantes en contextos de desventaja fueron uno de los grupos más afectados por los cambios abruptos en la organización del trabajo.

Sin embargo, persiste escasa evidencia empírica que analice de manera sistemática cómo estas afectaciones laborales se expresaron de forma diferenciada dependiendo del ámbito laboral (rural o urbano), o del sexo de los docentes. Esta ausencia limita la comprensión de las desigualdades estructurales que condicionaron la experiencia laboral del magisterio durante la pandemia.

La COVID-19, declarada pandemia por la OMS en 2020, debe entenderse como parte de un continuum histórico de crisis sanitarias que han sacudido la organización social, económica y política de los países. Tal como argumentan Cohen (2022) y Carrillo (2020), las pandemias no son únicamente eventos médicos, sino procesos sociales que ponen a prueba las estructuras estatales, la cohesión colectiva y los sistemas de protección social. En ese sentido, la emergencia sanitaria aceleró tensiones ya presentes en distintos ámbitos, como la precarización del trabajo, las desigualdades territoriales y la fragilidad institucional.

Snowden (como se citó en Alconada, 2020) advierte que la pandemia de COVID-19 fue la primera gran pandemia de la globalización y puso en evidencia la existencia de dos humanidades inmunológicamente diferenciadas. En contextos como América Latina, estas desigualdades se expresaron en términos de acceso al derecho a la educación, infraestructura digital y apoyo institucional. En México, la pandemia acentuó la brecha entre docentes urbanos y rurales, entre hombres y mujeres, y entre diferentes niveles del sistema educativo.¹

En este marco, el presente artículo analiza las afectaciones laborales experimentadas por docentes de educación básica en el estado de Tamaulipas durante la pandemia de COVID-19, considerando las diferencias por ámbito geográfico (rural y urbano) y sexo. Desde un enfoque mixto y una perspectiva situada, se busca comprender estas afectaciones no solo como respuestas individuales a la crisis, sino como fenómenos condicionados por estructuras materiales, disposiciones profesionales, vínculos institucionales y dinámicas territoriales específicas. Esta mirada permite articular lo estructural con lo vivido, lo normativo con lo cotidiano, e interpretar las transformaciones laborales del magisterio en un contexto de crisis sanitaria.

Las preguntas de investigación que orientaron este trabajo fueron las siguientes:

¹ La investigación en la que se basa este artículo contó con los permisos institucionales correspondientes, y garantizó en todo momento el cumplimiento de los principios éticos fundamentales de la investigación social. La información utilizada fue tratada de forma anónima, cuidando la confidencialidad y el carácter no identificable de las personas participantes.

1. ¿Cuáles fueron las principales afectaciones laborales percibidas por docentes de educación básica en Tamaulipas durante la contingencia sanitaria por COVID-19?
2. ¿Se identificaron diferencias en las afectaciones laborales entre docentes que laboraban en contextos rurales y urbanos?
3. ¿De qué manera estas afectaciones variaron dependiendo el sexo de los docentes?
4. ¿Cómo experimentaron los y las docentes los procesos institucionales, administrativos y tecnológicos en la reorganización de su trabajo durante el confinamiento?

Analizar estas dimensiones resulta crucial no solo para comprender lo vivido durante la pandemia, sino para orientar políticas educativas más sensibles al trabajo docente real, especialmente en contextos de crisis y desigualdad estructural.

2. Enfoque teórico

Este estudio se inscribe en una perspectiva crítica que entiende la desigualdad no como una anomalía del sistema, sino como un rasgo estructural, histórico y persistente de las sociedades latinoamericanas. Tal como sostiene Carrillo (2021), las pandemias en México han estado atravesadas por respuestas institucionales marcadas por la improvisación, el centralismo y la desigual atención a los sectores más vulnerables. Una lógica similar no solo ha producido consecuencias sanitarias desiguales, sino también impactos laborales profundos en sectores como el educativo, tradicionalmente invisibilizados en las respuestas estatales. Siguiendo a la CEPAL (2010), estas desigualdades se manifiestan a través de procesos de exclusión que combinan clase social, género, etnicidad y territorio, y afectan no solo al estudiantado, sino también a quienes ejercen la docencia. Lejos de ser un fenómeno nuevo, la pandemia por COVID-19 operó como un catalizador de estas brechas, y expuso con mayor crudeza la precariedad estructural que atraviesa al sistema educativo.

Desde este marco, el trabajo docente es concebido como una actividad situada en condiciones materiales e institucionales desiguales, atravesadas por la segmentación del sistema educativo, la distribución inequitativa de recursos y la organización jerárquica del trabajo. Autores como Bracho (2002), Martínez Rizo (2002) y Schmelkes (2010) han documentado cómo estas desigualdades impactan tanto en las trayectorias educativas del alumnado como en las condiciones laborales del magisterio. Esta estructura desigual no solo opera a nivel macro, sino que se manifiesta en los dispositivos institucionales que regulan la práctica docente: criterios de evaluación, formatos de supervisión, políticas de formación continua y diseño curricular. En contextos de crisis, estas regulaciones tienden a reforzarse de forma vertical, lo que generó lo que podría denominarse una “fragmentación centralizada”: lineamientos generales, descontextualizados, que se aplican de manera homogénea, sin atender a las condiciones territoriales reales.

Para comprender cómo esta estructura se experimenta en la cotidianidad del trabajo, a esta perspectiva estructural se suman contribuciones que abordan el trabajo docente como un campo de tensiones laborales. Desde la sociología crítica de la educación, Apple (1987) advierte sobre los procesos de desprofesionalización, en contextos donde la toma de decisiones pedagógicas es cada vez más regulada por criterios externos. Esto incluye la estandarización de contenidos, la presión por entregar evidencias, el seguimiento burocrático del desempeño y la asignación de tareas administrativas ajenas a la labor pedagógica. En este marco, la autonomía profesional se ve erosionada por políticas que invisibilizan el juicio docente y su capacidad de adaptación contextual.

Por su parte, Tenti Fanfani et al. (2006) propone pensar a los y las docentes no solo como transmisores de conocimiento, sino como trabajadores insertos en relaciones sociales asimétricas, cuya labor está condicionada por políticas públicas, contextos escolares y demandas contradictorias. Esta mirada permite comprender la enseñanza como una práctica que se desarrolla bajo tensiones constantes entre los mandatos institucionales y las condiciones reales de trabajo.

En América Latina, estas condiciones laborales impactaron de forma diferenciada según el género. Como señala Arza (2020), durante el confinamiento las mujeres docentes enfrentaron una doble carga: sostener la enseñanza en condiciones adversas y asumir, al mismo tiempo, responsabilidades domésticas no redistribuidas. Para comprender esta sobredemanda, resulta útil el enfoque de Acker (1990), quien advierte que las instituciones no son neutrales, sino que operan como organizaciones generizadas. Es decir, sus estructuras, reglas y prácticas están construidas sobre supuestos masculinos que invisibilizan el trabajo de cuidado y colocan a las mujeres en una posición de desventaja estructural. Desde esta perspectiva, la pandemia no generó nuevas desigualdades, sino que intensificó las ya existentes en los marcos organizacionales del sistema educativo.

Desde esta mirada integradora, las afectaciones experimentadas por el profesorado durante la pandemia no pueden entenderse como un efecto transitorio, sino como expresión de una estructura educativa históricamente desigual que colocó sobre los cuerpos docentes una carga institucional y laboral extraordinaria. Las respuestas institucionales, fragmentadas y centralizadas, no siempre lograron acompañar esta sobrecarga, lo que generó escenarios de contradicción entre las expectativas del sistema y las posibilidades reales de su cumplimiento.

En el periodo pospandemia, estas huellas persisten bajo nuevas formas de desgaste profesional, reconfiguración de funciones docentes y condiciones de precarización. Comprender estos procesos exige una mirada situada que vincule el trabajo pedagógico con sus condiciones materiales e institucionales, y que reconozca también la agencia de los y las docentes para responder, adaptarse o resistir frente a un escenario adverso. Esta agencia no debe entenderse como una capacidad individual, sino como una práctica relacional, condicionada por habitus profesionales, recursos institucionales y contextos comunitarios diversos. Esta investigación busca aportar a esa comprensión situada del trabajo docente en crisis, visibilizando tanto las limitaciones estructurales como las formas de respuesta construidas desde las escuelas y el magisterio.

3. Metodología

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto con diseño secuencial explicativo, articulando una fase cuantitativa y una fase cualitativa para analizar las afectaciones laborales experimentadas por docentes de educación básica en el estado de Tamaulipas durante la contingencia por la pandemia de COVID-19. Se puso especial atención a la comparación por sexo y ámbito geográfico (rural y urbano), así como a las formas en que estas afectaciones se expresaron en distintos contextos institucionales y territoriales.

El enfoque mixto permitió captar la complejidad del fenómeno desde una doble perspectiva: por un lado, el alcance generalizable de los datos cuantitativos, y por otro, la riqueza interpretativa de las narrativas docentes (Creswell & Plano Clark, 2018; Johnson & Onwuegbuzie, 2004). La triangulación entre ambos enfoques fortaleció la validez de los hallazgos y permitió una comprensión situada del fenómeno. La elección de un diseño secuencial explicativo respondió a la necesidad de identificar primero patrones generales de afectación laboral a gran escala y, posteriormente, interpretar en profundidad cómo estas condiciones se manifestaron en las experiencias concretas del magisterio. El análisis cuali-

tativo enriqueció la interpretación de los datos estadísticos y permitió visibilizar dimensiones que no habrían sido captadas a través de instrumentos estructurados.

3.1. Fase cuantitativa

En la primera fase, de corte cuantitativo, se diseñó y aplicó un cuestionario estructurado en línea a una muestra de 1,035 docentes de educación básica. El contenido del instrumento fue validado mediante revisión por jueces inter pares, especialistas en investigación educativa, quienes evaluaron la claridad y pertinencia de los ítems. La población total fue de 32,172 docentes en el estado, con una proporción de 71% mujeres y 29% hombres. El tamaño muestral se calculó mediante el software RAOSOFT, con un margen de error del 3% y nivel de confianza del 95%.

La muestra se segmentó considerando criterios clave: sexo (respetando la composición real del magisterio), nivel educativo (preescolar, primaria y secundaria) y ubicación geográfica (zonas norte, centro y sur del estado, así como contextos rurales y urbanos). Esta segmentación buscó capturar la heterogeneidad del sistema educativo y las desigualdades territoriales en el acceso a recursos y condiciones laborales.

A continuación se presenta la distribución general del personal docente en Tamaulipas por nivel educativo:

Tabla 1
Porcentaje de maestros y maestras por nivel educativo en el sistema básico en el estado de Tamaulipas, ciclo escolar 2020–2021

Nivel educativo	Maestros	Maestras	Total	%Maestros	%Maestras
Preescolar	828	6413	7241	11.44	88.56
Primaria	3784	10895	14679	26	74
Secundaria	4615	5637	10252	45	55
Totales	9227	22945	32172	29	71

Fuente: Elaboración propia con base en datos oficiales del Anuario de estadística educativa del estado de Tamaulipas, ciclo escolar 2020–2021.

Previo a su aplicación masiva, el cuestionario fue sometido a una prueba piloto con 14 docentes seleccionados por muestreo por conveniencia y diversidad, lo que garantizó representación por nivel educativo (preescolar, primaria y secundaria) y ámbito geográfico (rural y urbano). Esta prueba tuvo como objetivo evaluar la claridad de los ítems, su redacción y la navegabilidad en la plataforma *google forms*. A partir de la retroalimentación recibida, se reformularon dos preguntas que presentaban ambigüedades. Además, se realizó una validación de contenido por parte de dos especialistas en educación, quienes revisaron la coherencia del instrumento con los objetivos del estudio y sugirieron ajustes menores.

El cuestionario fue difundido por medio de plataformas institucionales y correos oficiales de la Secretaría de Educación Pública en noviembre de 2021, y la recolección de datos se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento incluyó variables sociodemográficas y laborales. En relación con el objetivo del estudio, se definió una variable dependiente principal: Afectación laboral por la pandemia de COVID-19 (Ale1), y tres variables secundarias:

- Ale2: Disposiciones institucionales
- Ale3: Procesos administrativos
- Ale4: Aumento de la jornada laboral durante el periodo del trabajo en casa

Estas variables fueron definidas con base en una revisión conceptual previa sobre condiciones laborales en contextos de crisis, y permiten operacionalizar la noción de afectación laboral en términos concretos: ausencia de lineamientos, sobrecarga de tareas administrativas y expansión de la jornada laboral. Su selección buscó capturar no solo la intensidad del trabajo docente, sino también los efectos prácticos de una institucionalidad débil, fragmentada o contradictoria.

Estas variables se cruzaron con dos variables independientes: sexo (hombre/mujer) y ámbito (rural/urbano). Los datos fueron procesados en RStudio, mediante análisis descriptivos e inferenciales (pruebas de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher), con el fin de identificar asociaciones estadísticamente significativas entre las variables.

A continuación, se presenta el tipo de variables utilizadas en la dimensión de afectaciones laborales, así como su argumentación conceptual y los valores aplicados para su análisis cuantitativo. Esta sistematización permitió estructurar los cruces estadísticos e interpretar de forma clara las asociaciones entre las condiciones laborales reportadas y las variables sociodemográficas.

Tabla 2
Tipo de variables y valores aplicados para la dimensión afectaciones laborales

	Variables	Tipo de variable	Argumentación	Valores
	Variable dependiente principal y sub-variables			
1	Afectación laboral por COVID-19 (Ale1)	Ordinal	Indica si la persona considera que la pandemia de COVID-19 afectó su actividad laboral	Sí Neutral No
2	Afectación laboral por disposiciones institucionales (Ale2)	Ordinal	Indica si la persona se sintió afectada por disposiciones institucionales que le generaron incertidumbre	Sí Neutral No
3	Afectación laboral por procesos administrativos (Ale3)	Ordinal	Indica si la persona se sintió afectada en su trabajo por los procesos administrativos	Sí Neutral No
4	Afectación laboral por aumento de horas durante el trabajo en casa (Ale4)	Ordinal	Indica si la persona aumento el número de horas laboradas trabajando desde su casa	Sí Neutral No
	Variable independiente	Tipo	Descripción	Valores
1	Ámbito	Dicotómica	Indica el ámbito de pertenencia de su centro de trabajo durante la contingencia por la pandemia de COVID-19	Rural Urbano
2	Sexo	Dicotómica	Indica el sexo de la persona	Mujer Hombre

Fuente: Elaboración propia.

En la fase cuantitativa se garantizó el consentimiento informado, anonimato y confidencialidad de los participantes, quienes accedieron voluntariamente al cuestionario mediante una leyenda explicativa sobre los fines académicos del estudio.

3.2. Fase cualitativa

Como fase previa, se realizaron dos grupos focales virtuales con docentes de distintos niveles y regiones del estado. Esta aproximación exploratoria permitió identificar preocupa-

ciones recurrentes y tensiones estructurales en torno a la docencia durante la pandemia, lo que a su vez sirvió para delimitar ejes temáticos clave que orientaron tanto el diseño del cuestionario como la guía de entrevistas.

La fase cualitativa consistió en la realización de 14 entrevistas semiestructuradas a docentes de preescolar, primaria y secundaria. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo teórico, priorizando la diversidad en cuanto a región geográfica, nivel educativo y sexo, con el objetivo de capturar una gama amplia de experiencias.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre agosto de 2023 y mayo de 2024, con una duración promedio de 45 minutos. Los participantes fueron informados previamente sobre el objetivo del estudio y se garantizó la confidencialidad de su identidad, en cumplimiento con principios éticos de investigación. Se aplicó consentimiento informado y se resguardaron los datos en archivos protegidos. Aunque no se requirió evaluación por un comité ético institucional, se actuó conforme a los principios de voluntariedad, anonimato y uso responsable de la información.

A continuación se describen las características de los entrevistados:

Tabla 3
Características de docentes entrevistados/as (fase cualitativa)

Nº	Identificador	Nivel educativo	Sexo	Fecha de entrevista
1	DP1	Preescolar	Mujer	30 de septiembre de 2023
2	DP2	Preescolar	Mujer	14 octubre 2023
3	DP3	Preescolar	Mujer	15 febrero 2024
4	DP4	Preescolar	Mujer	29 septiembre 2023
5	DPri1	Primaria	Mujer	30 de septiembre de 2023
6	DPri2	Primaria	Hombre	13 de octubre de 2023
7	DPri3	Primaria	Mujer	5 febrero 2024
8	DPri4	Primaria	Mujer	14 de agosto de 2023
9	DPri5	Primaria	Mujer	13 noviembre 2023
10	DPri6	Primaria	Mujer	28 enero 2024
11	DPri7	Primaria	Mujer	6 mayo 2024
12	DS1	Secundaria	Mujer	14 agosto de 2023
13	DS2	Secundaria	Hombre	11 de agosto de 2023
14	DS3	Secundaria	Hombre	17 agosto 2024

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas.

Para el análisis de los datos cualitativos se utilizó el software MAXQDA24, especializado en codificación y análisis temático de entrevistas (Lópezosa & Codina, 2022). A partir de la revisión inicial de los testimonios, así como del marco teórico, se definieron cuatro categorías analíticas principales:

1. Exigencias extraordinarias: incremento de tareas imprevistas sin formación ni recursos suficientes.
2. Ambigüedad institucional: contradicción o ausencia de lineamientos claros por parte de las autoridades.
3. Fiscalización de la labor docente: aumento en las demandas de evidencias, reportes y mecanismos de control burocrático.

4. Dilución de los límites laborales: fusión entre lo personal y lo laboral como consecuencia del trabajo remoto.

En total se codificaron 199 segmentos relacionados con “afectaciones laborales”, los cuales se subdividieron en subcódigos que permitieron mapear matices, recurrencias y contrastes en los discursos. Para fortalecer la validez interpretativa se recurrió a la saturación teórica, revisión cruzada de codificaciones y comparación constante entre casos. Estas estrategias permitieron identificar patrones robustos sin perder atención a la singularidad de los relatos. El análisis temático contribuyó a profundizar en las formas en que los y las docentes vivieron el impacto de la pandemia en su actividad profesional, complementando y explicando los hallazgos cuantitativos.

3.3. Consideraciones metodológicas finales

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el uso de muestreo no probabilístico por conveniencia en la fase cuantitativa, lo cual podría introducir sesgos de autoselección. No obstante, la amplitud de la muestra y la articulación con datos cualitativos fortalecen la validez interpretativa del estudio. La triangulación metodológica contribuyó a generar una comprensión más robusta del fenómeno, que permitió articular la perspectiva estadística con la experiencia situada del magisterio.

4. Resultados y discusión

Esta sección presenta los principales hallazgos del estudio sobre las afectaciones laborales que enfrentaron docentes de educación básica en el estado de Tamaulipas durante la pandemia de COVID-19. El análisis parte de un enfoque mixto de tipo secuencial explicativo, que articula herramientas estadísticas con análisis temático cualitativo para ofrecer una visión integrada y situada del fenómeno. La combinación metodológica permitió captar tanto la magnitud generalizable de los patrones de afectación como los significados y experiencias que docentes atribuyeron a estos procesos en sus propios contextos de trabajo.

En una primera parte, se exponen las tendencias generales en torno a la percepción de afectación laboral, analizadas a partir de cuatro variables clave: el impacto general del trabajo durante la pandemia, las disposiciones institucionales, los procesos administrativos y el aumento de la carga laboral asociada al teletrabajo. Estas dimensiones fueron tratadas como variables ordinales, procesadas estadísticamente mediante RStudio y complementadas con información sociodemográfica para su posterior desagregación.

En una segunda parte, se abordan las diferencias observadas según dos ejes analíticos: el ámbito territorial (rural o urbano) de su centro de trabajo y el sexo del personal docente. El análisis comparativo, sustentado en pruebas de significancia estadística (Chi-cuadrado y Fisher), permitió identificar tanto patrones comunes como divergencias en la forma en que las afectaciones laborales se distribuyeron en distintos segmentos del magisterio.

Los resultados se interpretan a la luz del marco teórico propuesto, que concibe el trabajo docente como una práctica históricamente feminizada y crecientemente precarizada (Apple, 1987; Tenti Fanfani et al., 2006), en tensión constante entre la vocación pedagógica, las exigencias institucionales y la desvalorización simbólica de su función social. Asimismo, se parte de una lectura estructural del impacto de la pandemia, que entiende la crisis sanitaria como un acelerador de desigualdades preexistentes y como un momento de reconfiguración del vínculo entre Estado, trabajo y cuidado (Carrillo, 2021; Arza, 2020).

En este sentido, las afectaciones identificadas no se interpretan como efectos pasajeros o únicamente derivados del confinamiento, sino como expresiones condensadas de

un modelo de gestión educativa que delega en el profesorado la sostenibilidad del derecho a la educación sin garantizar, en muchos casos, las condiciones mínimas para su ejercicio digno.

4.1 Afectaciones laborales durante la pandemia de COVID-19: exigencias, reorganización y desgaste

La primera pregunta de investigación se orientó a identificar las afectaciones generales que vivieron los y las docentes de educación básica en Tamaulipas durante la contingencia sanitaria. Para ello, se integraron los hallazgos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a 1,035 docentes –analizados mediante Rstudio– y los testimonios recabados en 14 entrevistas semiestructuradas, procesadas en el software MAXQDA24. Esta estrategia metodológica permitió no solo identificar patrones generales de afectación laboral, sino también reconstruir cómo estas se manifestaron en situaciones concretas, atravesadas por condiciones materiales, territoriales e institucionales que configuraron la experiencia docente.

La siguiente tabla presenta un resumen de las principales afectaciones laborales reportadas, con base en cuatro variables clave: afectación laboral general (Ale1), disposiciones institucionales (Ale2), procesos administrativos (Ale3) y aumento de carga laboral por trabajo remoto (Ale4). Los resultados muestran que la gran mayoría del magisterio percibió cambios significativos en su labor, entre las que se destacaron el incremento en las horas de trabajo y la incertidumbre derivada de lineamientos institucionales poco claros.

Tabla 4
Afectaciones laborales en docentes de educación básica durante la contingencia

Variable	Sí (%)	Neutral (%)	No (%)
Ale1 (afectación laboral general)	91.3%	5.6%	3.1%
Ale2 (disposiciones institucionales)	75.5%	17.6%	6.9%
Ale3 (procesos administrativos)	73%	18.9%	8.1%
Ale4 (aumento de carga laboral)	85.1%	10.4%	4.5%

Fuente: Elaboración propia en RStudio.

Estos datos reflejan una afectación transversal al magisterio, no solo en términos de sobrecarga de trabajo, sino también en la desorganización estructural que acompañó dicha carga. Las altas cifras en Ale2 y Ale3 evidencian que la incertidumbre institucional y la intensificación de tareas administrativas no fueron situaciones aisladas, sino parte de un patrón sistémico. Lejos de operar como un respaldo, la institucionalidad actuó en muchos casos como una fuente adicional de presión laboral, desdibujando las funciones docentes tradicionales y extendiendo sus responsabilidades sin mecanismos de acompañamiento adecuados.

El análisis cualitativo permitió profundizar en esta lectura, identificando cómo estas afectaciones se experimentaron de manera situada. En la fase cualitativa, se codificaron 199 segmentos dentro de la categoría “afectaciones laborales”, a partir de los cuales emergieron cuatro categorías temáticas que permiten organizar los ejes centrales de la experiencia docente durante este periodo: exigencias extraordinarias, ambigüedad institucional, fiscalización de la labor docente y dilución de los límites laborales. Estas categorías surgieron del análisis inductivo-deductivo de los discursos y permiten interpretar los efectos de la contingencia desde la propia voz del magisterio.

Además, se generó un modelo de co-ocurrencia a partir del código principal “afectaciones laborales” que muestra cómo esta categoría se articula con múltiples dimensiones

contextuales, institucionales, tecnológicas y pedagógicas. La figura a continuación ilustra las relaciones detectadas entre códigos en MAXQDA24.

Figura 1

Modelo de co-ocurrencia del código principal “afectaciones laborales”

Modelo de Co-ocurrencia de Código Principal Afectaciones Laborales



Fuente: Elaboración propia en Maxqda24

En el modelo de co-ocurrencia generado con MAXQDA24, destacan varios vínculos de alta intensidad entre el código principal “afectaciones laborales” y otros códigos analíticos, lo que permite mapear los núcleos problemáticos más recurrentes en los testimonios del profesorado. Las conexiones más fuertes se establecieron con los códigos “percepciones sobre diferencias entre contextos y regiones” (47), “actualización y adaptación” (31), “empatía pedagógica” (25), “certidumbre laboral-administrativa” (20) y “desigualdad educativa” (21).

Esta configuración muestra que las afectaciones laborales no fueron homogéneas ni exclusivamente técnicas, sino que estuvieron condicionadas por el territorio, la autonomía profesional, el respaldo institucional y la disposición ética del magisterio frente a la emergencia. En particular, la fuerte co-ocurrencia con las categorías de actualización y certidumbre institucional sugiere que muchas de las tareas derivadas del trabajo remoto se asumieron sin acompañamiento formativo ni claridad normativa, lo que potenció la sobrecarga y el desgaste profesional.

Asimismo, la relación con categorías como empatía pedagógica y frustración con la rigidez (11) refleja tensiones entre las expectativas institucionales y las prácticas reales de los docentes, quienes buscaron sostener el vínculo pedagógico más allá de los requerimientos formales. También es significativo el peso de factores estructurales, como la desigualdad educativa o las diferencias entre contextos territoriales, que complejizan el análisis de las afectaciones laborales y evidencian que estas se vivieron de forma diferenciada, aunque bajo patrones compartidos de precarización.

A partir de este análisis, se organizó el material cualitativo en torno a cuatro categorías emergentes que articulan los principales hallazgos de esta fase: exigencias extraor-

dinarias, ambigüedad institucional, fiscalización de la labor docente y dilución de los límites laborales. Estas categorías permiten profundizar en la manera en que el profesorado experimentó, gestionó y resignificó su trabajo en un contexto de crisis y reconfiguración institucional.

Exigencias extraordinarias. Refiere al incremento abrupto y sostenido de responsabilidades que no estaban contempladas en las funciones habituales del profesorado. Entre ellas, destacan la planeación de clases virtuales, la adaptación de materiales didácticos y el dominio acelerado de plataformas tecnológicas, todo ello sin contar con formación previa ni recursos institucionales adecuados. Como expresó una docente de primaria: *Yo no sabía usar las plataformas. Aprendí sola, viendo videos y preguntando a compañeras. Todo eso fue extra, fuera de nuestro horario*. Maestra DP3 (comunicación personal, 15 de febrero de 2024)

Ambigüedad institucional. Alude a la falta de lineamientos claros, las contradicciones frecuentes en las directrices emitidas por las autoridades educativas y la escasa comunicación institucional. Esta situación generó no solo incertidumbre operativa, sino también ansiedad ante dudas críticas como si se respetaría el pago completo de la nómina, si las faltas serían justificadas, o si se realizarían evaluaciones de desempeño en condiciones extraordinarias: *Nadie nos dijo si nos iban a seguir pagando completo, si las faltas iban a contar o si teníamos que mandar todo con evidencia para no tener problemas*. Maestro DS2 (comunicación personal, 17 de agosto de 2024).

Fiscalización de la labor docente. Hace referencia a la percepción de vigilancia y control excesivo por parte de las autoridades escolares, materializada en la exigencia constante de reportes, formatos, capturas de pantalla y otro tipo de evidencias burocráticas: *Pedían evidencias como si estuvieras haciendo trampa. No confiaban. Era llenar formatos, reportar, mandar fotos... todo el tiempo*". Maestra DPri5 (comunicación personal, 13 de noviembre de 2023).

Dilución de los límites laborales. Recoge los efectos del teletrabajo en la vida cotidiana. La imposibilidad de establecer fronteras entre la vida personal y profesional –producto de la disponibilidad constante exigida por los canales digitales– provocó agotamiento físico y una experiencia de desbordamiento de la función docente: *No había horarios. Recibíamos mensajes a cualquier hora. Yo estaba en la cocina y seguían llegando tareas, instrucciones, más cosas*. Maestra DP4 (comunicación personal, 29 de septiembre de 2023).

Estas categorías cualitativas no solo estructuran el análisis del discurso docente, sino que dialogan directamente con los resultados cuantitativos. La afectación laboral general (Ale1) se ve reflejada en la amplitud y profundidad de los relatos; la ambigüedad institucional (Ale2), en los testimonios que denuncian contradicciones y escasa interlocución con autoridades; la fiscalización (Ale3), en las experiencias de control y burocracia desbordada; y el aumento de la carga horaria (Ale4), en la disolución de límites entre trabajo y vida privada.

La convergencia entre ambos enfoques metodológicos permite afirmar que la pandemia provocó una profunda reconfiguración del trabajo docente. Esta no se limitó al traslado del aula al entorno digital, sino que implicó transformaciones estructurales en los modos de organización, en las relaciones institucionales y en la vivencia cotidiana del trabajo, revelando las fragilidades preexistentes del sistema educativo y su escasa capacidad de cuidado hacia sus propios trabajadores. Esta situación se alinea con lo planteado por Apple (1987), quien advierte que la creciente estandarización y vigilancia sobre el magisterio implica procesos de desprofesionalización, que erosionan su autonomía y subordinan su juicio pedagógico a criterios burocráticos

En suma, tanto los datos cuantitativos como los cualitativos evidencian que las afectaciones laborales no fueron un fenómeno menor o transitorio, sino una reconfiguración estructural del trabajo docente. Esta transformación implicó mayor carga, menor autonomía y un sistema de responsabilidades desigualmente distribuido, lo que refuerza las lecturas críticas sobre la precarización del magisterio en América Latina (Tenti Fanfani et al., 2006; Arza, 2020).

4.2 Diferencias en la afectación laboral de acuerdo con el ámbito geográfico y el sexo del personal docente

Este apartado analiza las posibles diferencias en las afectaciones laborales de acuerdo con el ámbito geográfico del centro de trabajo (urbano o rural) y el sexo del personal docente, con el propósito de identificar patrones diferenciales en la experiencia de la pandemia. A través del enfoque mixto, se integran resultados cuantitativos y cualitativos que permiten observar cómo las condiciones estructurales del sistema educativo y las relaciones de género configuraron de forma desigual el impacto en el trabajo docente. En la fase cuantitativa, se emplearon pruebas de Chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos; sin embargo, debido a la presencia de celdas con frecuencias esperadas menores a cinco, se recurrió también a la prueba exacta de Fisher para reforzar la validez estadística de los resultados. Estos análisis fueron complementados con la interpretación de testimonios obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas, organizadas por categorías analíticas construidas en el marco de la codificación cualitativa.

4.2.1 Afectaciones laborales de acuerdo con el ámbito rural y urbano

El análisis de las afectaciones laborales derivadas de la pandemia en docentes de zonas rurales y urbanas muestra que, desde una perspectiva cuantitativa, el impacto fue generalizado. Las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado y Fisher, aplicadas a las variables Ale1 (afectación general), Ale2 (disposiciones institucionales), Ale3 (procesos administrativos) y Ale4 (aumento de carga laboral), no arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos. Esto sugiere que el confinamiento y la emergencia sanitaria configuraron un escenario compartido de sobrecarga y desorganización institucional, independientemente del territorio.

En términos concretos, el 89.22% del profesorado rural y el 92.04% del urbano reportaron afectación laboral ($X^2=2.311$, $p=.3149$). La incertidumbre institucional fue señalada por el 75.46% de docentes rurales y el 75.65% de urbanos ($X^2=.734$, $p=.6927$). Las afectaciones administrativas fueron prácticamente equivalentes (73.23% y 73.17%, respectivamente; $X^2=.001$, $p=.9996$), mientras que el incremento en la carga horaria fue reportado por el 83.27% en zonas rurales y el 87.58% en urbanas ($X^2=4.248$, $p=.1196$).

No obstante, desde el enfoque cualitativo y teórico, esta homogeneidad aparente oculta formas diferenciadas de precariedad y afrontamiento, asociadas a condiciones estructurales desiguales. Como señala Carrillo (2021), las crisis sanitarias tienden a amplificar las fracturas sociales preexistentes. En este sentido, si bien la afectación fue transversal, su configuración concreta respondió a la fragmentación institucional, la capacidad comunitaria y la disponibilidad tecnológica de cada entorno.

En contextos urbanos, el principal desafío fue la digitalización intensiva del trabajo docente. La conectividad permitió sostener clases remotas, pero impuso una hiperconectividad laboral que extendió las jornadas y desdibujó los límites entre trabajo y vida privada. Como relata una maestra: *Ya que mis hijos estuvieran dormidos, ahí me acompañaba mi pareja, o él estaba viendo la tele y yo solo le decía que le bajara poquito para poder hacer*

las tareas y preparar los mensajes para las mamás. Maestra DP2 (comunicación personal, 14 de octubre de 2023).

En contraste, las zonas rurales enfrentaron obstáculos vinculados a la desigualdad estructural en infraestructura digital: baja conectividad, falta de dispositivos y ausencia de plataformas escolares. Estas condiciones obligaron a los docentes a desplegar formas de trabajo más territoriales y presenciales, muchas veces sin apoyo institucional. Como explica una docente: *En la ciudad se aplicaban más la tecnología, que era Classroom, grupos de Facebook, videos. Pero en el ejido, donde se batalla mucho para la señal, aunque quisiera yo tener un grupo de WhatsApp, pues no me funcionaba.* Maestra Dpri7 (comunicación personal, 6 de mayo de 2023).

Otro testimonio evidencia esta labor territorial sostenida:

“¿Qué hicimos en la pandemia?, pues lo que pudimos, principalmente buscar e identificar, ir a sus casas con los muchachos para que prosiguieran estudiando, aunque sea un poco, no tan concentrados, pero sí estar al pendiente de que no se nos dieran de baja”. Maestro de secundaria DS2 (comunicación personal, 11 de agosto de 2023).

Estos hallazgos permiten afirmar que, aunque cuantitativamente la afectación fue similar, la experiencia laboral fue profundamente desigual. La ausencia de una política educativa diferenciada y contextualizada activó la autonomía pedagógica como recurso de emergencia, lo que evidenció una institucionalidad frágil y poco responsiva frente a la heterogeneidad del sistema educativo. En este sentido, las condiciones territoriales no solo mediatizaron el impacto de la crisis, sino que también condicionaron la capacidad de respuesta del magisterio.

4.2.2 Afectaciones laborales de acuerdo con el sexo

El análisis de las afectaciones laborales de acuerdo con el sexo del personal docente confirma que la pandemia impactó de manera generalizada al magisterio, pero con manifestaciones diferenciadas que evidencian cómo el trabajo docente está estructurado por relaciones de género. Desde una lectura estructural, el impacto de la crisis sanitaria no solo debe medirse en términos cuantitativos, sino también a partir de los modos en que las cargas, responsabilidades y expectativas institucionales se distribuyen de manera desigual entre hombres y mujeres (Arza, 2020).

En la variable Ale1 (afectación general), el 91.52% de las mujeres y el 90.05% de los hombres reportaron haber sido afectadas/os, sin diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 1.7785$, $p = .411$; $p\text{-Fisher} = .4129$). Sin embargo, cuando se analizan dimensiones específicas del trabajo, emergen patrones de desigualdad más nítidos.

Por ejemplo, la variable Ale2 (afectación por disposiciones institucionales) fue señalada por el 76.26 % de las mujeres y el 73.18% de los hombres. Aunque la diferencia fue leve, resultó marginalmente significativa ($X^2 = 6.0478$, $p = .04861$), lo que sugiere una mayor sensibilidad de las docentes ante la incertidumbre normativa y los cambios abruptos en las directrices.

En cuanto a la variable Ale3 (procesos administrativos), el 74.55% de los hombres y el 72.82% de las mujeres indicaron haber sido afectados. La prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor de $X^2 = 0.9807$ ($p = .6124$) y la prueba exacta de Fisher un $p = .6061$, lo que indica que no hubo una diferencia estadísticamente significativa por sexo. No obstante, los testimonios cualitativos permiten observar que esta carga fue percibida de forma distinta, especialmente por las maestras, quienes refirieron mayor presión institucional y escasa consideración a sus condiciones laborales y familiares. Este resultado se vincula con la categoría

de ambigüedad institucional, en la que se observa una constante improvisación desde las autoridades. Una maestra lo expresó de forma clara: *Nos cambiaban las instrucciones de una semana a otra. Primero era hacer planeación, luego subir evidencias, luego grabar videos. Y si no cumplíamos, nos mandaban correos de llamados de atención.* Maestra Dprié (comunicación personal, 28 de enero de 2024).

La diferencia más significativa se registró en la variable Ale4 (aumento de carga laboral): el 88% de las mujeres reportó haber incrementado sus horas de trabajo durante la pandemia, frente al 80.9% de los hombres (p -Chi-cuadrado=.01983; p -Fisher =.02131). Este hallazgo se articula con la categoría dilución de los límites laborales, y pone en evidencia la doble función que muchas maestras asumieron durante la contingencia: sostener la continuidad educativa y garantizar simultáneamente el trabajo doméstico y de cuidados, tal como lo expresa una maestra del nivel primaria. *Para mí lo más difícil fue organizar el espacio con mis tres hijos. ¿Dónde iban a estudiar y tomar clases cada uno?, ¿dónde iba a dar mis clases yo? Todo eso me implicó mucho tiempo.* Maestra Dpri 4 (comunicación personal, 14 de agosto de 2023).

En este contexto, las exigencias extraordinarias también adquirieron un carácter de género. Muchas docentes enfrentaron una sobrecarga de tareas administrativas y técnicas –planeaciones, atención a padres, elaboración de materiales– que debieron resolver sin capacitación previa ni apoyo institucional: *Nos pedían evidencias, planeaciones, asistencia, atención a padres... todo sin habernos capacitado. Y si no lo hacías, la supervisora escolar te evidenciaba frente a las demás maestras.* Maestra DP4 (comunicación personal, 29 de septiembre de 2023).

Incluso entre los docentes varones surgió la conciencia de estas diferencias. Un maestro de secundaria del sector rural compartió: *Yo veía a mi esposa, que es maestra de preescolar, sentada en la cocina, con los niños, luego en reuniones con los padres, luego con sus jefas... todo le encargaban.* Maestro DS2 (comunicación personal, 11 de agosto de 2023).

Finalmente, desde la categoría fiscalización de la labor docente, varias maestras expresaron haber vivido con mayor intensidad la presión por cumplir con evidencias, reportes y formatos, sin reconocimiento ni cuidado institucional: *El único soporte emocional que tuvieron nuestros alumnos fuimos nosotras, sus maestras. Pero eso no se mide, no se reporta, y nadie lo ve.* Maestra DP2 (comunicación personal, 14 de octubre de 2023).

Estos resultados muestran que el trabajo docente durante la pandemia se reconfiguró bajo parámetros de intensificación, ambigüedad y vigilancia, pero su impacto no fue neutro. La sobrecarga horaria, el peso administrativo y la escasa claridad normativa afectaron de forma más profunda a las mujeres docentes, quienes enfrentaron una triple jornada entre el aula virtual, la gestión escolar y la vida familiar. Como sugiere Tenti Fanfani et al. (2006), estas tensiones no deben entenderse como desviaciones transitorias, sino como manifestaciones de una estructura laboral que sitúa a las y los docentes en un espacio de demandas contradictorias: vocación versus vigilancia, profesionalismo versus sospecha, cuidado versus productividad.

Desde una perspectiva crítica, estas diferencias evidencian que la organización del trabajo docente continúa anclada en estructuras patriarcales y desiguales, que invisibilizan el trabajo de cuidado, la dimensión emocional del acompañamiento pedagógico y la doble presencia que muchas mujeres sostuvieron durante la emergencia. Incorporar una perspectiva de género en el análisis y diseño de las políticas laborales del magisterio no es solo una cuestión de justicia, sino una condición necesaria para el fortalecimiento del sistema educativo frente a futuras crisis. Como advierte Acker (1990), las organizaciones educativas están atravesadas por lógicas generizadas que naturalizan la desigualdad: detrás de es-

estructuras aparentemente neutras se esconden expectativas, reglas y prácticas construidas sobre modelos masculinos, que colocan a las mujeres docentes en posiciones de desventaja estructural, especialmente en momentos de crisis.

5. Conclusiones: una crisis educativa laboral entre la vocación y la sobrecarga

La pandemia de COVID-19 representó un punto de inflexión en la organización del trabajo docente en México. En el caso del magisterio de educación básica en Tamaulipas, la contingencia sanitaria evidenció –más que generó– las grietas estructurales del sistema educativo: precarización laboral, debilitamiento de las redes institucionales de apoyo, y una creciente desresponsabilización del Estado frente a sus trabajadores esenciales.

En este contexto, la investigación identificó cuatro procesos que estructuraron la experiencia de afectación laboral: exigencias extraordinarias, ambigüedad institucional, fiscalización burocrática y dilución de los límites laborales. Estos procesos no fueron respuestas aisladas a la crisis, sino expresiones de una cultura organizacional caracterizada por la improvisación, la desconfianza y la ausencia de cuidado hacia quienes sostienen el sistema educativo.

Respecto de la primera pregunta de investigación, los datos muestran que más del 90% del profesorado reportó haber vivido afectaciones significativas. La sobrecarga derivada del trabajo remoto, la multiplicación de tareas administrativas y la presión por documentar cada acción reflejan una lógica de gestión centrada en el control antes que en el acompañamiento pedagógico (Apple, 1987; Arza, 2020). Esta reconfiguración no solo modificó las condiciones materiales del trabajo docente, sino también su dimensión simbólica y subjetiva.

Frente a la segunda pregunta, los resultados cuantitativos no revelaron diferencias significativas entre docentes de zonas rurales y urbanas. No obstante, el análisis cualitativo mostró cómo las condiciones tecnológicas, institucionales y comunitarias generaron experiencias profundamente diferenciadas. En lo urbano predominó la hiperconectividad y la extensión sin límites del tiempo laboral; en lo rural, la precariedad de recursos llevó a soluciones improvisadas y a una mayor autonomía operativa. Esta diversidad territorial fue ignorada por una institucionalidad rígida, incapaz de ofrecer apoyos diferenciados.

En relación con la tercera pregunta, vinculada con el sexo del profesorado, los hallazgos muestran que las docentes mujeres enfrentaron una mayor carga laboral, derivada de la superposición de exigencias escolares y domésticas. La conciliación entre tareas de cuidado y trabajo profesional, sumada a la presión por cumplir con múltiples requerimientos administrativos, evidenció una distribución desigual del costo laboral de la pandemia. Esto confirma lo planteado por Tenti Fanfani et al. (2006) respecto a la invisibilización del carácter profesional del trabajo docente, especialmente en sus dimensiones feminizadas y afectivas. Tal como advierte Acker (1990), las instituciones no son neutras, sino que están atravesadas por lógicas de género que asignan de forma desigual el trabajo de cuidado, lo cual quedó especialmente evidenciado durante la pandemia.

Asimismo, la ambigüedad institucional –expresada en cambios constantes, escasa interlocución y falta de lineamientos claros– generó un escenario de incertidumbre normativa y desgaste profesional. Este malestar, sostenido a lo largo del confinamiento, debilitó el sentido de pertenencia y la motivación docente, tal como advierte Schmelkes (2010) en su análisis sobre la erosión del compromiso en contextos de desregulación.

En conjunto, los hallazgos de este estudio permiten afirmar que la pandemia actuó como acelerador de procesos de precarización preexistentes. La continuidad educativa durante la emergencia fue posible no gracias a una planificación institucional eficaz, sino por

la disposición ética, el compromiso cotidiano y la resiliencia del magisterio. Lejos de constituir un episodio excepcional, lo vivido por los y las docentes debe leerse como parte de un patrón estructural donde las políticas educativas se sostienen más en la vocación que en la garantía de derechos laborales.

Revalorizar el trabajo docente exige mucho más que discursos simbólicos. Supone transformar los marcos institucionales, diseñar políticas laborales coherentes con la centralidad del magisterio en el derecho a la educación, y construir una cultura organizacional basada en la confianza, el cuidado y la corresponsabilidad. Esto implica también reconocer que las estructuras escolares operan como organizaciones generizadas, cuyas reglas, prácticas y expectativas reproducen desigualdades de género de manera sistemática (Acker, 1990). En contextos de crisis –y también en la supuesta normalidad– dignificar el trabajo docente es condición para garantizar el derecho a aprender.

6. Líneas de investigación futuras

Los hallazgos de este estudio abren líneas de investigación orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta del sistema educativo frente a crisis sanitarias.

Una prioridad es profundizar en la articulación entre educación y salud pública, explorando cómo las condiciones laborales docentes impactan en el bienestar psicosocial y cómo podrían desarrollarse protocolos institucionales de acompañamiento y autocuidado en escenarios críticos.

Asimismo, se requiere analizar las capacidades de gestión institucional frente a emergencias, evaluando el rol de directivos, autoridades educativas y comunidades escolares en la toma de decisiones y sostenimiento del trabajo docente.

Estudios comparativos entre territorios permitirían identificar buenas prácticas y brechas estructurales que condicionan la respuesta del sistema en contextos de desigualdad.

Estas líneas pueden contribuir al diseño de políticas integradas, sensibles al territorio y centradas en el cuidado de quienes garantizan el derecho a la educación.

Bibliohemerografía

- Abizanda, Beatriz, Gonzalo Almeyda, Elena Arias Ortiz, et al. (2022). *¿Cómo reconstruir la educación postpandemia? Soluciones para cumplir con la promesa de un mejor futuro para la juventud*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004241>
- Acker, Joan (1990). "Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations". *Gender & Society*, vol. 4, núm. 2, pp. 139–158. <https://doi.org/10.1177/089124390004002002>
- Alconada Mon, Hugo (2020). "Frank Snowden: 'Las epidemias son como mirarse al espejo de la humanidad, y puedo decir que no todo es bello'". *La Nación*, 29/03/2020. Consultado en: <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/frank-snowden-las-epidemias-son-como-mirarse-al-espejo-de-la-humanidad-y-puedo-decir-que-no-todo-es-bello-nid2348455>
- Algalobos-Huancas, Billy Elian, Carrera-Risco, Mariana Belén, Vílchez-Bruno, Kesly Jannina, & Zapata-Huertas, Delhy Isamaria. (2023). "Estrés y educación virtual en docentes por la COVID-19". *Revista de Investigación de Estudiantes de Psicología "Jang"*, 1(1), 7–17. <https://doi.org/10.18050/jang.1.1.2023.1>
- Apple, Michael W. (1987). *Teachers and texts: A political economy of class and gender relations in education*. Reino Unido: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315862774>

- Arza, Camilia (2020). "Familias, cuidado y desigualdad". En CEPAL (Ed.), *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina* (pp. 13–27). Chile: CEPAL.
- Banco Mundial, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2021). *El estado de la crisis mundial de la educación: Un camino hacia la recuperación* (Vol. 2, Resumen ejecutivo). Estados Unidos: Banco Mundial. Disponible en: <https://documents.worldbank.org/curated/en/402111638769366449>
- Bracho, Teresa (2002). "Desigualdad social y educación en México. Una perspectiva sociológica". *Educación*, 29, pp. 31–54. <https://doi.org/10.5565/rev/educar.325>
- Carrillo, Ana María (2020). "Históricamente, las pandemias han acentuado brechas entre países y clases sociales...". *Claves. Revista de Historia*, 6(10), pp. 327–333. <https://doi.org/10.25032/crh.v6i10.18>
- Carrillo, Ana María (2021). "De la fiebre amarilla a la COVID-19: dos siglos de epidemias y pandemias en México". *Korpus* 21, 1(2), pp. 233–250. <https://doi.org/10.22136/korpus21202132>
- Cohen, Marta. (2022). *Un mundo en pandemia: lecciones y desafíos del coronavirus* [libro electrónico]. Buenos Aires: Marea Editorial. <https://www.mareaeditorial.com.ar/libro/un-mundo-en-pandemia/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2010). *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/2959>
- Creswell, John W. y Plano Clark, Vicki L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3.ª ed.). Estados Unidos: SAGE Publications.
- Díez Ruiz, Fernando, Rodríguez-Hernández, Carlos Felipe, Balerdi, Eneko, Panadero, Ernesto y Fraile, Juan (2022, 4 de octubre). "El profesorado que más sufrió durante la pandemia: mujeres de primaria y con alumnos desfavorecidos". *The Conversation España*. Consultado en: <https://theconversation.com/el-profesorado-que-mas-sufrio-durante-la-pandemia-mujeres-de-primaria-y-con-alumnos-desfavorecidos-190298>
- Gil Antón, Manuel (2022). "Ventanas y espejos: la educación en México durante la pandemia (2019-2021)", en Trujillo Holguín, José Antonio, García Leos, José Luis, Ríos Castillo, Ana Cecilia y García Cortés, Teresa de Jesús (coords.), *Desarrollo profesional docente: la evaluación de los aprendizajes escolares durante y después de la pandemia* [col. Textos del Posgrado n. 7], pp. 17–23. México: Escuela Normal Superior Profr. José E. Medrano R.
- Guzmán Acuña, Teresa de Jesús y Guzmán Acuña, Josefina (2024). *La pandemia del siglo XXI y sus impactos en las mujeres universitarias: un estudio sobre los cambios en la actividad académica y laboral de profesoras y en las actividades escolares de las estudiantes universitarias en Tamaulipas*. México: Fontamara.
- Hodges, Charles, Moore, Stephanie, Lockee, Barbara, Trust, Torrey, y Bond, Aaron (2020). "The difference between emergency remote teaching and online learning". *Educational Research Review*. Disponible en: <https://er.education.org/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>, consultado el 14/12/2025.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2024). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024*. México: INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/>, consultado el 12/12/2025.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2025). *Reporte de resultados 27/25. Análisis de los resultados de la medición de la pobreza multidimensional, 2024*. México: INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>, consultado el 11/12/2025.

- Johnson, Burke y Onwuegbuzie, Anthony J. (2004). "Mixed methods research: A research paradigm whose time has come". *Educational Researcher*, vol. 33, núm. 7, pp. 14–26.
- Lópezosa, Carlos y Codina, Lluís (2022). *MAXQDA para el análisis cualitativo de entrevistas: Una guía para investigadores*. España: Universitat Pompeu Fabra. Disponible en: <https://repositori.upf.edu/items/080cba58-cd73-48cc-a136-d29b5ec574a7>, consultado el 04/12/2025.
- Martínez Rizo, Felipe (2002). "Nueva visita al país de la desigualdad: La distribución de la escolaridad en México (1970–2000)". *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 7, núm. 16, pp. 415–443.
- Neira Villablanca, Lorena y Ossa Cornejo, Carlos (2022). "Indicadores de salud mental, estilos de vida y emociones en funcionarios de instituciones educativas del centro-sur de Chile". *Revista UCMAule*, 63, pp. 9–35. <https://doi.org/10.29035/ucmaule.63.9>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2023). *PISA 2022 Results: The State of Learning and Equity in Education* (Vol. 1). París: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/cc5aa6d4-en>
- Rodríguez Guardado, María del Socorro (2022). "Necesidades docentes durante la pandemia por COVID-19 en educación remota de emergencia". *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, vol. 21, núm. 47, pp. 1–20. <https://doi.org/10.21703/0718-5162202202102147010>
- Sánchez-Pujalte, Laura, Diego Navarro Mateu, Edgardo Etchezahar, y Talía Gómez Yepes (2021). *Teachers' burnout during COVID-19 pandemic in Spain: Trait emotional intelligence and socioemotional competencies*. *Sustainability*, 13(13), 7259. <https://doi.org/10.3390/su13137259>
- Schmelkes, Sylvia (2010). "Indígenas rurales, migrantes urbanos: Una educación equivocada, otra educación posible", en Marchesi, Álvaro y Poggi, Mariano (Eds.), *Presente y futuro de la educación iberoamericana* (pp. 203–224). España: AECID.
- Sisniegas-Vergara, César Edgardo, Díaz Huertas, Selene Sayuri, y Ojeda Campos, Kiara Marysol (2023). "Calidad de sueño en docentes en una institución educativa durante la emergencia sanitaria COVID-19, Perú, 2021". *Horizonte Médico (Lima)*, vol. 23, núm. 1, e2159. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n1.07>
- Stanistreet, Paul, Elfert, Maren, y Atchoaréna, David (2020). "Education in the age of COVID-19: Understanding the consequences". *International Review of Education*, vol. 66, pp. 627–633. <https://doi.org/10.1007/s11159-020-09880-9>
- Tenti Fanfani, Emilio, Aguerrondo, Inés, Arregui, Patricia, Avalos, Beatrice, Calvo, Gloria, Dussel, Inés, Duthilleul, Yael, Esteve, José Manuel, Filmus, Daniel, Galvin, Isabel, Jiménez, Edgar, Lang, Vincent, Lüdke, Menga, Mizala, Alejandra, y Tedesco, Juan Carlos (2006). *El oficio de docente: vocación, trabajo y profesión en el siglo XXI*. Seminario Internacional "La renovación del oficio del docente: vocación, trabajo y profesión en el siglo XXI", Buenos Aires, 2005. Buenos Aires: UNESCO-IIEP, Oficina Regional para América Latina y el Caribe / Fundación OSDE. ISBN: 978-987-1220-65-6.

Salud y enfermedad en La Pampa: políticas públicas en una nueva provincia argentina (1945-1975)

Health and disease in La Pampa: public policies in a new Argentine province (1945-1975)

María Silvia Di Liscia

<https://orcid.org/0000-0002-0555-0285>

Departamento de Historia, Facultad de Ciencias Humanas,
Universidad Nacional de La Pampa

Resumen

En este artículo se detallan las políticas públicas de salud en La Pampa (Argentina) durante la segunda mitad del siglo XX referidas al control de algunas epidemias y endemias (tuberculosis, viruela, venéreas, mal de Chagas y poliomielitis). A través de fuentes editadas e inéditas, provenientes de la prensa especializada y no especializada, informes de funcionarios, censos y otros documentos, se avanza en la descripción y análisis de los aspectos centrales sobre la salud y la enfermedad de la población en un espacio periférico argentino. La Pampa fue Territorio Nacional desde 1884, a partir de la puesta en producción de las tierras pertenecientes a las sociedades indígenas, hasta su conformación como provincia en 1952. Entre 1945-1975, las distintas políticas sanitarias, tanto territorianas como provinciales, atravesaron modificaciones en su estructura, legislación y planificación; algunas sustantivas, que iban al compás de las sucedidas a nivel nacional, y otras que intentaban resolver problemáticas propias del entorno sociocultural pampeano. La población, mucha de ella proveniente de países de Ultramar, tuvo un crecimiento relativo, y las actividades económicas, vinculadas a la explotación agrícola-ganadera, no sufrieron cambios importantes. En el contexto internacional de avance de la medicina social, se consolidaron en La Pampa las campañas de inmunización y otras prácticas preventivas, a pesar de los frecuentes cambios y violencia política, que permiten observar diferencias y semejanzas con lo sucedido a nivel nacional durante un período clave para la historia argentina.

Palabras clave

Salud, La Pampa, enfermedades, siglo XX, políticas públicas

Summary

This article details the public health policies in La Pampa (Argentina) during the second half of the twentieth century related to the control of certain epidemics and endemic diseases (tuberculosis, smallpox, venereal, Chagas' disease and poliomyelitis). Through edited and unpublished sources, from the specialized and non-specialized press, reports of officials, censuses and other documents, advances are made in the description and analysis of the central aspects on health and disease of the population in a peripheral area of Argentina. The Pampa was a National Territory from 1884, when the lands belonging to indigenous

Recibido: 09 / 10 / 2025

Aceptado: 25 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Di Liscia, M. S., (2026).
Salud y enfermedad en La
Pampa: políticas públicas
en una nueva provincia
argentina (1945-1975).
Sekkan. Vol 2, Núm. 4.
pp. 83-104

societies were put into production, until its formation as a province in 1952. Between 1945 and 1975, the various territorial and provincial health policies underwent changes in their structure, legislation and planning, some substantive ones, which were in keeping with the events at national level or trying to solve problems specific to the socio-cultural environment of the Pampas. The population, much of it coming from overseas countries, had a relative growth, and the economic activities, linked to the agricultural-livestock operation, did not undergo major changes. In the international context of progress in social medicine, immunization campaigns and other preventive practices were consolidated in La Pampa, despite frequent replacements and political violence, that allow us to observe differences and similarities with what happened at the national level during a key period in Argentine history.

Key Words

Health, The Pampa, diseases, 20th Century, public policies

1. Encuadre político-social y salud

La definición de la salud y de su opuesto, la enfermedad, no son similares en todo tiempo y lugar, dada su vinculación a procesos históricos de mayor amplitud, en debate con la implementación de sistemas de salud para incrementar la medicalización de la población, considerada en diversos sustratos etarios, divisiones por género y clase social. Las dolencias y malestares constituyen más que asuntos biológicos: adquieren existencia en tanto construcciones verbales, cimentadas en el contexto histórico médico, intelectual e institucional. Por lo tanto, las patologías, psíquicas o físicas, se perciben y nombran en un marco social de referencia (Rosenberg, 1992). Los médicos diplomados tuvieron un rol fundamental en tal proceso, ya que dieron sentido a los sistemas de valores y refinaron el vocabulario de las entidades mórbidas.¹

En este artículo, realizo un análisis de las políticas sanitarias en una jurisdicción argentina del centro del país en la segunda mitad del siglo XX. No se trata de un espacio del litoral, con mayores posibilidades de crecimiento industrial, sino de uno marginal, que mantuvo una estructura agrícola-ganadera centrada en la producción primaria. Como son escasos los avances respecto de la historia de este período, realizo en primer lugar una síntesis para conectar las diversas situaciones que, a nivel internacional, nacional y regional, tuvieron implicancia en el ámbito pampeano. Luego, analizo algunas de las enfermedades que pusieron en marcha determinadas políticas públicas, como la tuberculosis, la viruela, las dolencias venéreas, el mal de Chagas y la poliomielitis. Para ello, considero fuentes editadas e inéditas de diverso tipo, tanto periodísticas, estadísticas y oficiales, entre muchas otras.

El desarrollo de la medicina social tuvo sus años dorados desde la segunda posguerra, si bien se inició mucho antes como campo académico basado en una perspectiva integradora y biosocial sobre las causas profundas de la enfermedad (Carter, 2023). La noción de la salud como derecho ciudadano significó en ciertas naciones de cuño liberal, como Gran Bretaña, un vuelco significativo, dado que se amplió el alcance de la medicina preventiva por sobre la curativa. En un contexto general posbélico, los Estados de bienestar alentaron la cobertura de seguros de una amplia porción de la sociedad, para garantizar el establecimiento de los costos de enfermedades, invalidez, desocupación y maternidad (Cueto y Palmer, 2015). Asimismo, se advierte un descenso de la mortalidad, producto de

¹ Antes incluso que esté el síntoma, se puede nombrar a una enfermedad dado el diagnóstico previo del especialista, quien a su vez acude a otros (radiólogos, bioquímicos) para definirla frente al paciente. Al diagnosticar, los médicos otorgan un sentido biofisiológico y producen la dolencia, otorgándole categorías médicas: condiciones de posibilidad, realidad, desviación y aceptabilidad (Friedson en Conrad y Baker, 2010).

cambios espontáneos en la virulencia de los microorganismos, y por intervención médica, medidas de la salud pública y mejoras en el estándar de vida de las poblaciones (McKeown en Birn, Pillay y Holtz, 2009).

La década de 1960 estuvo marcada por la puja Este-Oeste a nivel internacional, y en América Latina, por la movilización social, los reclamos en pos de reformas profundas y la represión, con frecuentes avances violentos y represivos. Se sucedieron ciclos alternos de reforma social y una intensa reacción conservadora, en una dinámica particularmente feroz que vinculaba proyectos reformistas con medidas revolucionarias (Joseph, 2020). La colaboración de la Argentina con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), iniciada décadas antes, se profundizó bajo una visión desarrollista, con la inclusión de las normativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

América Latina formaba parte, en esa visión global, de las regiones subdesarrolladas, con tasas de crecimiento demográfico explosivo, que complicarían la provisión de agua, alimentos, energía, educación y sistemas previsionales, entre otros servicios estratégicos. La forma de resolución era, para muchos expertos internacionales, encarar ese problema con programas masivos de control reproductivo. La Argentina tenía otras urgencias, dado que la natalidad estaba en proceso de decrecimiento desde hacía décadas (Felitti, 2009), pero la morti-morbilidad era un punto importante, dado que atañía directamente a la salud de las poblaciones.

A mediados del siglo XX, el ascenso de nuevos sectores introdujo en la Argentina el derecho a la salud en la agenda de gobiernos de signo democrático-populista, sin desaparecer completamente en los tecnocrático-desarrollistas. Entre 1945 y 1955, durante los gobiernos de Juan Domingo Perón, se produjeron cambios significativos. Es posible advertir ecos de las transformaciones internacionales descritas en la organización de Delegaciones Regionales de Salud Pública, dependientes a su vez de la Secretaría de Salud Pública y luego, del primer Ministerio de Salud, bajo Ramón Carrillo (Ramacciotti, 2009). Entre los principales objetivos de estas políticas, estaban la ampliación de asistencia médica y social y la centralización de decisiones, la organización de nuevas instalaciones de salud, así como la realización sistemática de campañas educativas y sanitarias. Carrillo demostró diligencia y habilidad, a pesar de la oposición de científicos y médicos, y de las dificultosas negociaciones con la Fundación Eva Perón, con mayores recursos y cuya dinámica la llevó a superponerse al Ministerio (Cueto y Palmer, 2015). Muchas de las medidas tomadas, si bien no eran exactamente originales, se visualizaban en una escala amplia, e incluían más sectores y problemáticas sanitarias y sociales (*La Nación Argentina*, 1950).

Parte de estas cuestiones se reflejan en el Territorio Nacional de La Pampa, espacio dependiente a nivel político y sanitario de las autoridades centrales desde 1884 hasta 1951. En 1947, cuando había en todo el país 15.893.827 habitantes, La Pampa tenía 169.480, muchos de ellos inmigrantes europeos o que provenían de otras provincias. El Territorio tenía una superficie de 143.440 km² pero no era uniforme: al nordeste tenía un clima templado y mejores posibilidades de cultivo de secano, pero al oeste había menos habitantes y recursos.²

En 1947, había 237 profesionales sanitarios (tanto médicos, farmacéuticos, odontólogos como personal auxiliar). Dos años antes, se habían censado 25 instituciones sanitarias: 9 hospitales, 7 salas de primeros auxilios, 3 maternidades, 2 sanatorios y un centro materno-infantil, una asistencia pública, un consultorio médico y un hospital de niños, la mayoría en Santa Rosa, pequeña capital de unos 15.000 habitantes. El total de camas era

² Sobre la población, la organización urbana y rural y las instituciones de diverso tipo, ver Di Liscia, 2007a y 2007b.

de 886, número insuficiente comparado con otras áreas con mejor actuación sanitaria del país.³

El Territorio fue declarado provincia primero con el nombre de Eva Perón y luego, Provincia de La Pampa (Ruffini, 2005). Con el arribo del peronismo a la órbita nacional en 1946, la designación como gobernador recayó en Juan Páez. Durante su gestión, se creó la Dirección de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia y se mantuvo la Delegación Regional de Salud Pública de la Nación. En 1953, triunfó en las elecciones Salvador Ananía, leal al gobierno peronista. Su dinámica gestión continuó algunas políticas de años anteriores e intentó nuevas, con la elaboración de algunos planes específicos que replicaban los del orden nacional.

En 1955, el golpe militar prescindió del gobernador electo y persiguió a sus seguidores. La intervención nacional suspendió la constitución provincial y dejó como gobernador al médico Martín R. Garmendia.⁴ También intentó eliminar los vestigios del régimen y “desperonizar” la sociedad (Spinelli, 2013).

Entre 1958 y 1966, fueron muy frecuentes las asonadas militares para reprimir movimientos sociales y sindicales y proscribir partidos políticos (Tcach, 2007). En un contexto internacional caracterizado por una creciente intervención estatal, las reformas de gobiernos democráticos, que llegaron al poder con la proscripción del peronismo, como los de Arturo Frondizi (1958-1962), José María Guido (1962-1963) y Arturo Illia (1963-1966), intentaron plasmar nuevas reglas, aunque con muchas dificultades, en el marco del desarrollismo.

Este concepto elusivo, vinculado al crecimiento económico y social con cierta autonomía nacional, conectaba la medicina con asuntos sociales e intervención pública a través de la planificación. El caso argentino marcaba ciertas diferencias respecto del resto de América Latina, con un producto bruto interno (PBI) que en 1960 duplicaba a muchos del subcontinente, pero estaba muy por debajo de la media de los países desarrollados. Había aumentado la expectativa vital, con una transformación del perfil morbi-mortal, dado el aumento de enfermedades crónicas de una población progresivamente envejecida, pero sin el esperado descenso de la mortalidad infantil (Cibotti, 1970). Tal cuestión entonces planteaba los límites del control de las enfermedades transmisibles y la prevención de otros males, dados por la propia historia natural de las patologías y las condiciones socioculturales de la población. Los indicadores de salud dependían de las características del empleo, educación, alimentación, vivienda y otras condiciones sociales (Abbona, 1970).

En los años sesenta se agotó, paulatinamente, la tendencia reguladora del Estado vigente con mayor fortaleza entre 1945-1955. El contexto autoritario impuso delegar, asesorar y controlar la gestión comunitaria y la iniciativa privada. En la actividad médica predominaba la idea de mercado como principal regulador, pero ante la falta de equidad surgió una segunda generación de reformas, que propuso la atención primaria de salud como estrategia para lograr una cobertura eficaz y accesible a toda la población. Como aplicación de las recomendaciones de la OPS, luego de los afanes de nacionalización y centralización, gran parte de las instituciones sanitarias nacionales pasaron a la esfera provincial. Tal situación impactó en los presupuestos, ya que el traspaso se produjo sin el correspondiente soporte técnico y financiero, y se tradujo en un marcado deterioro hospitalario. Así, se mantuvo un sistema sanitario plural sin la hegemonía del sector público; gran parte de los recursos provenientes de este y de los aportes de los trabajadores quedaron bajo el control de los sindicatos y corporaciones médicas (Belmartino, 2005).

3 Fondo Gobierno, Exp. 832, D, Reg. 9036, 27-11-1945, Catastro Provincial, 1967 y Salud Pública, 1979.

4 “Decreto del Gobierno Provisional de la Nación n° 230/55”, 1955.

En la nueva provincia, ascendió al poder Ismael Amit quien desde 1958 fue gobernador-interventor en diferentes períodos y referente político. Amit puso en marcha muchas iniciativas, conjuntamente con organismos provinciales y nacionales, según la lógica de la planificación, e indicó tanto las carencias como los errores de la salud pública: los hospitales nacionales estaban hechos una ruina, gran parte de la población no tenía acceso a las mínimas condiciones y se requería más y mejor equipamiento técnico. En 1965, se aprobó el primer Plan de Desarrollo Económico Social Provincial, que indicaba como principales problemas los recursos naturales, el nivel parcial de desarrollo y la ubicación geográfica, con propuestas para aumentar la población y mejorar su nivel de vida.⁵

Impactó también a nivel provincial la impronta que inducía a un capitalismo de connotaciones humanitarias. En 1967, la publicación de la encíclica papal *Populorum Progressio* dio pie para reflexionar sobre la visión católica de la pauperización extrema en todo el mundo, así como sobre la responsabilidad de las naciones desarrolladas.⁶ También se replicaban en La Pampa noticias de la OMS sobre programas internacionales, como la declaración del “Día Internacional de la Salud”.⁷ La infraestructura sanitaria implicaba más que hospitales, dado que introducía el tema de la energía o el agua potable. El entonces secretario de Salud Pública a nivel nacional, Ezequiel Holmberg, retomó tales cuestiones e indicó que “no puede concebirse el desarrollo sino como una empresa que ubica en un mismo pie de igualdad por lo menos las inversiones en el plano económico y los que capitalizan en bienestar social”.⁸

La dictadura impuesta por la “Revolución Argentina” abrió un nuevo ciclo represivo bajo Juan Carlos Onganía en 1966, que se prolongó hasta 1973 con otros gobernantes. En este período, hubo una acelerada movilización de organizaciones políticas y sociales, que insistieron en una profunda transformación del país con consignas progresistas. Al mismo tiempo, bajo el amparo de sectores conservadores católicos y de las Fuerzas Armadas, acumularon poder y prestigio otras agrupaciones y agentes cuyos objetivos generales eran fortalecer el crecimiento económico, sin ceder al desorden social. Los aspectos sanitarios emergieron en estas propuestas, entremezclados con nociones técnicas con el fin de despolitizar la sociedad.

La intervención federal producto de la dictadura introdujo en La Pampa una seguidilla de funcionarios militares. Entre 1967 y 1970, gobernó la provincia el Contralmirante Helvio Guozden. Entre sus medidas, se observa la organización del Ministerio de Asuntos Sociales, luego de Bienestar Social.⁹ Tenía injerencia en el desarrollo en el sur y oeste de la Pampa y en la localización de agua, y quedaba a cargo del Instituto de la Vivienda y el Instituto de Seguridad Social. La provisión de agua potable había sido uno de los objetivos planteados por el peronismo, que esta gestión retomaba a nivel nacional con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo. El plan beneficiaría a 1,7 millones de pobladores rurales en toda la Argentina, a través del Servicio de Agua Potable y Saneamiento Rural, y permitiría así salvar vidas infantiles que se perdían por enfermedades evitables.¹⁰

5 En 1953, 60,1 % del producto bruto geográfico (PBG) era de tipo primario (actividad agrícola-ganadera). Este perfil productivo se modificó poco en las décadas siguientes, aunque aumentó la actividad terciaria. En 1970, el sector primario constituía el 59,3 % del PBG, mientras que la actividad secundaria (industria y construcción) era de solo un 8,7 % (Lluch, 2016).

6 “La encíclica del Papa sobre el desarrollo de los pueblos”, 1967.

7 “La OMS destacará la necesidad de personal de salud”, 1967.

8 “El Día de la Salud en la palabra del secretario”, 1967.

9 “Presentó su Plan de Acción el ministro de Asuntos Sociales”, 1967.

10 “Agua pura para salvar miles de niños”, 1967.

Como Amit, este gobernador también esbozó un plan, de acuerdo con los lineamientos autoritarios. La Subsecretaría de Salud Pública puso en marcha el programa de transferencia de los establecimientos sanitarios nacionales con su personal a la provincia, y coordinó el programa de hospitales de comunidad (Guozden, 1970). Se habían planificado tres instituciones de estas características, ubicadas en Santa Rosa, General Pico y General Acha, los tres centros urbanos más importantes, pero solo se realizó en uno y fue de corta duración. Con términos técnicos, que evidencian tanto el autoritarismo como la búsqueda de cierta armonía social, el Plan insistió en crear las condiciones de bienestar social de las “familias indigentes”, a través de estudios especializados de diferentes organismos para conocer, asesorar e investigar sobre la población pampeana; también en generar centros de lucha contra la tuberculosis y apoyar campañas nacionales contra el mal de Chagas.¹¹

Otros temas destacados en el informe del gobernador, referidos al área social y sanitaria, eran la organización de un programa de salud rural y la elaboración de proyectos de construcción de establecimientos sanitarios, para que todas las localidades pampeanas pudiesen contar con una institución. Las edificaciones desde cero fueron estaciones y postas sanitarias, mientras que los hospitales de mayor envergadura incrementaron equipamiento y jerarquizaron el personal (Guozden, 1970).

En 1971, una modificación en el staff militar nacional produjo un recambio gubernamental en La Pampa. La asunción de Ángel Benjamín Trapaglia se correspondió con la presidencia de facto de Alejandro Agustín Lanusse; el ministro de Bienestar Social a nivel nacional fue Francisco Manrique. Un informe de este gobierno elevado ante la OPS planteaba diversas áreas, y en esta planificación exhaustiva, se incluían la salud pública y privada, así como campañas específicas de vacunación y atención materno-infantil en diferentes provincias. También detallaba las investigaciones sobre tuberculosis, mal de Chagas y otras enfermedades, y los acuerdos internacionales del país respecto de la erradicación de la viruela y la malaria, entre un sinfín de temas médico-sanitarios (*Informe de la República Argentina*, 1970). Manrique indicó como eje la política social, estrategia para morigerar la protesta ante la represión antidemocrática. En 1972, se registra su paso en La Pampa, cuando intentaba construir su base política como candidato presidencial a través de la organización y mantenimiento de programas sociales, algunos de los cuales quedaron en promesas.¹²

La administración de Trapaglia mantuvo con pocas alteraciones el organigrama anterior: Departamentos de Estadística, de Sanidad Ambiental, de Educación Sanitaria, de Odontología, de Arquitectura Hospitalaria, de Administración Hospitalaria y de Epidemiología, así como la Dirección de Medicina Preventiva. A pesar de no ser militar, el gobernador reconoció haber tenido el apoyo de gran parte de las comunas y entidades locales y, sobre todo, de las autoridades nacionales, como los entonces comandantes en jefe. A partir de tal conexión, se desplegaron una serie de programas con financiamiento millonario para centros de salud, realizadas por el Ministerio de Obras Públicas de la nación y administradas por las comunidades. También fue significativo el contacto con instituciones dedicadas al tratamiento y la investigación, como el Instituto Nacional de Epidemiología de Santa Fe (Trapaglia, 1973).

En 1973, la apertura democrática permitió la llegada al poder de Héctor Cámpora y luego, del tercer gobierno de Juan Domingo Perón, quien intentó implementar políticas sanitarias novedosas. Domingo Liotta, a cargo de los asuntos públicos sanitarios, coordinó un equipo de técnicos que elaboró un proyecto para crear un Sistema Nacional Integrado de

11 “Decreto-Acuerdo N° 27/47”, 1968: 48-49.

12 “Lo que Manrique prometió”, 1972.

Salud (SNIS), cuyo objetivo era unificar el sector público de salud e integrarlo a la seguridad social (Veronelli y Veronelli Correch, 2004). Estas y otras medidas no pudieron aplicarse por un creciente clima golpista y de inestabilidad, previo a la dictadura cívico-militar de 1976.

En La Pampa, un frente electoral con participación del peronismo permitió en 1973 el triunfo de Aquiles José Regazzoli. En su gobierno, el ministro de Bienestar Social, Néstor Ahuad, intentó organizar un sistema similar al SNIS, teniendo en cuenta el papel de los especialistas para cobertura generalizada en centros públicos, también malogrado por la oposición de las corporaciones médicas y acusaciones de subversión y comunismo.

En 1970, la población argentina era de 23.364.431 y en La Pampa, de 171.700 habitantes. Un registro específico de 1967 daba cuenta de 96 instituciones sanitarias (58 públicas y 41 privadas), sin aumento significativo de otros indicadores. En 1979, se censaron 1.058 camas (803 del sector privado).¹³

Endemias y epidemias en escena

Las estadísticas sanitarias son escasas e incompletas antes de 1945 para La Pampa, salvo en epidemias o en el registro de los casos de mortalidad. Ese año, hubo 1.395 muertes, de las cuales 363 correspondían a cáncer y enfermedades cardíacas y el resto, a otras causas entre las cuales estaban epidemias y endemias. En 1975, de 1.451 defunciones, 898 fueron por cáncer y enfermedades cardíacas, y disminuyeron las debidas a epidemias y endemias.¹⁴

Sin analizar con profundidad tales guarismos, se puede concluir a grandes rasgos que en esos treinta años hubo una transformación general en la morbilidad de la población pampeana con mayor impacto de las patologías crónicas, que en parte acompañaba el proceso general a nivel nacional. El índice de esperanza de vida al nacer en La Pampa era de 67,97 años en 1980, levemente superior a la media nacional, que comparado con los de mediados de siglo permite observar también los cambios demográficos en este período.¹⁵ Veamos a continuación de manera concreta cómo se reflejan determinadas políticas sanitarias y de qué manera se intersectan nuevas tecnologías médicas en estas décadas de convulsiones políticas con las enfermedades y sus soluciones.

2.1. Tuberculosis, sífilis y viruela

A mediados del siglo XX, determinadas enfermedades parecieron limitarse en distintos puntos del planeta, a raíz de terapias más efectivas y mejoras sanitarias. La tuberculosis es un ejemplo, dado que la infección por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* redujo sus efectos mortales por la terapia de penicilina. Recién en 1947 se trató por primera vez con ellos a un paciente en la Argentina, y dada su necesidad y escasez, el gobierno consintió la instalación de un laboratorio extranjero para producir penicilina (Múgica, 2024). En los años sesenta, una batería de drogas antibacterianas, como la Pirazinamida, Tiocarbanilida y Kanamicida permitieron mayores esperanzas (Babich y Lassalle, 1965: 11). Pero el médico Florencio Escardó indicaba en su columna de *Primera Plana* que era erróneo pensar que la tuberculosis o la blenorragia podían ceder ante simples pastillas, y que tal confianza debía moderarse controlando las recetas de antibióticos (Escardó, 1963: 31).

En 1951, se localizaron 9.835 enfermos de tuberculosis en todo el país, que en 1958 habían aumentado a 16.508. La tasa de morbilidad por cien mil habitantes encabezaba el

13 Catastro Sanitario, 1967.

14 Ander Egg, 1958, *Plan de Desarrollo, 1966 y Estadísticas Vitales, 1975*.

15 En 1914, la esperanza de vida al nacer para toda la Argentina era de 48,5 años; en 1947, de 61,1 años, en 1960 de 66,4; en 1970 de 65,6 y en 1980 de 67,71 (Grushka, 2014). Carecemos de información específica para La Pampa antes de 1980.

listado de patologías en 1958.¹⁶ En 1967, se habían incrementado los enfermos (21.367), que descendieron en 1968 (18.461), con 2.988 muertes por esa causa.¹⁷ En La Pampa, las salas de internación para enfermos de tuberculosis, solicitadas desde principios de siglo, siguieron siendo una demanda por la necesidad de cirugías y tratamientos complicados, y también como medios para limitar el contacto de enfermos y sanos y prevenir contagios. En 1960, hubo 11 fallecidos por tuberculosis (*Plan de desarrollo económico-social, 1966*).

El informe citado de Amit indicó la creación de un Departamento de Lucha Antituberculosa. Los profesionales estaban obligados a informar sobre pacientes con esta enfermedad, y se dispuso que los exámenes radiofotográficos y de tuberculina fuesen obligatorios. En todos los centros provinciales se introdujo la vacuna del bacilo Calmet Guerin (BCG) (Amit, 1961). Aunque se observa una sección provincial en el organigrama de salud, la cobertura ya era de rutina a finales de los treinta en la Asistencia Pública de Santa Rosa. Pero la novedad era la extensión de la medida a una provincia con regiones de diferente desarrollo y escasos caminos y transportes.

Este estímulo se debió a una fuerte tracción nacional, dado que, en 1959, la legislación obligó a vacunar a los recién nacidos con la vacuna BCG.¹⁸ Y en 1960, se había sancionado la Ley 15.465, de obligación de notificación de los casos de enfermedades infecciosas que incluía la tuberculosis, entre otras enfermedades.¹⁹

Diez años después, esta dolencia reemergió en las agendas de proyectos nacionales como parte de un esquema de “enfermedades transmisibles”, junto a la hidatidosis, brucelosis, diabetes y mal de Chagas.²⁰ Dada la cronicidad de la enfermedad y el contagio, y a que la terapia antibiótica no cumplía siempre todas las expectativas, para las autoridades públicas la opción parecía ser la detección temprana. Determinadas encuestas realizadas en La Pampa indicaban la prevalencia de la tuberculosis, junto a la sífilis y otras dolencias.

El Laboratorio Central Epidemiológico, fundado durante la gestión de Guozden, fue equipado en 1972 para diagnóstico bacteriológico de tuberculosis. Con la sola presunción de infección, se realizaba radiología para confirmación, para luego aplicar tuberculostáticos. De esa manera, se evitaba que los pacientes recibieran un uso indebido de drogas (Trapaglia, 1973).²¹ Entre 1971 y 1973, se reportó que de 1.208 estudios para diagnóstico con sensibilización tuberculínica, hubo 143 casos positivos. Se habían realizado 303 radiografías de tórax, atendido cientos de consultas externas referidas a vías respiratorias, y esta agencia pública había distribuido tanto tuberculostáticos como vacunas BCG en dispensarios de toda la provincia. También llevó adelante una investigación entre las 63 escuelas de la capital pampeana, con el estudio de 2.952 niños. Esta población infantil representaba 61,67 % del total provincial, a la cual se le había suministrado la vacuna (Trapaglia, 1973).

¿Dónde estaban localizados los enfermos, tanto menores como adultos? No había en las pequeñas ciudades de entonces barrios obreros dada la escasez de industrias, pero sí aglomeraciones de viviendas precarias de peones y jornaleros, migrantes rurales en su mayoría. En los años treinta y cuarenta, se menciona el Barrio El Salitral de Santa Rosa, hacia donde se dirigían periódicamente las visitadoras de higiene con sus prácticas tanto

16 *Reported Cases of Notifiable Diseases, 1960.*

17 *Reported Cases of Notifiable Diseases, 1971.*

18 “Ley 14.837”, 1959.

19 “Ley de Salud Pública Nº 15.465”, 1960.

20 “Lucha antituberculosa”, 1971.

21 Los tuberculostáticos son medicamentos asociados, como la Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Estreptomina –entre los de primera línea–, que eliminan *Mycobacterium tuberculosis* en sus diferentes fases de crecimiento metabólico, para impedir que los pacientes desarrollen resistencia que requiera tratamientos más prolongados (Boldú et al., 2007).

sociales como sanitarias, que incluían la atención de estos enfermos. En 1969, se detectan otros sectores marginales en La Planicie, un barrio de General Acha (Guozden, 1970). En un municipio de 6.253 habitantes, 760 personas (12 % de la población), se hacían en una pobreza extrema. Un registro oficial, cuyo relevamiento se realizó con el asesoramiento del Instituto Nacional de Epidemiología de Santa Fe, indicó alto desempleo e indicadores escalofriantes sobre las malas condiciones de las viviendas.²² También los funcionarios concurren a eventos como la “Reunión Nacional de Directores y Asistentes de la Lucha Anti-tuberculosa”, que reunía a autoridades de todo el país (Trapaglia, 1973).

La vacuna BCG se había aplicado profusamente en la década 1960-1970. En 1974, hubo 5.043 inoculaciones, de las cuales 1.436 correspondieron a niños de un año. En 1975, los nacimientos habían sido de 4.159, por lo que es posible que todos los bebés hayan sido inoculados, pero no es seguro si lo estaban el resto de los niños, que quizás recibieron la vacuna durante el primer año de vida o en las campañas anteriores.²³ Por entonces, había 181 enfermos con tuberculosis (*Estadísticas Vitales*, 1975). Pero, como indica Armus (2024) ya la enfermedad no tenía la urgencia de otras épocas, y en las causas de mortalidad, se la subsumió dentro de las respiratorias. Paralelamente, adquieren especificidad estadística los tumores en bronquios y pulmones.

Los enfermos de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, entonces denominadas venéreas, eran una preocupación más. Los recorridos de las visitadoras de higiene con salvarsán y bismuto podrían haber ayudado a la mejoría de enfermos y enfermas desde 1938,²⁴ pero esas enfermedades se transmitían además a nuevas generaciones en el embarazo y parto, sobre todo en bebés desnutridos. Una encuesta realizada entre 1958 y 1967 en el Hospital de Niños de Capital Federal sobre 7.010 casos encontró 30 infantes con sífilis. Para los pediatras que realizaron el estudio, tal persistencia era responsabilidad de las madres, dado que por “ignorancia, dificultades económicas, uniones ilegítimas o irregulares” no habían completado el tratamiento con antibióticos durante la gestación, y los recién nacidos presentaban ya daños viscerales de extrema severidad (Turro et al., 1969: 6-7).

Pero ¿eran las madres responsables por desidia, cuando difícilmente podían hacerse de atención médica y medicación, y muchas no tenían acceso educativo? Y ¿cómo podían las políticas de suministro de medicamentos llegar con suficiente antelación para impedir la transmisión vía placentaria? Todos estos interrogantes ponían en la mira la incapacidad femenina para tener hijos sanos, aunque se podían suplir esas carencias con educación y detección precoz.

En La Pampa, los ecos de estas demandas ya habían llegado, porque la Asistencia Pública, organismo que existía desde 1913, realizaba sistemáticamente desde 1930 una labor de localización y tratamiento de los afectados por enfermedades “venéreas”. Pero las medidas estaban concentradas en Santa Rosa y, además, las muestras se tomaban y enviaban a laboratorios de provincias vecinas, porque no había a nivel local personal, equipamiento o reactivos. Un paso importante fue la organización de un Laboratorio Central de Salud Pública en 1969, que centralizó las muestras de baciloscopia directa de sífilis, tuberculosis y mal de Chagas. En 1975, había 174 enfermos con patologías de transmisión sexual en toda la provincia, 64 de ellos con sífilis (*Estadísticas Vitales*, 1975).

22 Un 25,5% de personas compartían entre 5 una habitación, y más de la mitad (58,8%) compartían entre 3 una cama; la mayoría no tenía cuarto de baño (57,5%) sino solo letrina. De entre los mayores de 14 años, 27,9% estaba desempleado y 61% no tenía empleo fijo (Kaufmann y Deluca, 2018).

23 Hacia 1970, La Pampa tenía 16.501 niños de 0 a 4 años y 17.738 de 5 a 9 años (*Estructura por sexo y grupos de edad*, 1991).

24 Ver Di Liscia y Billorou, 2005.

También la viruela estuvo en el foco de las políticas provinciales, por efecto de campañas nacionales y del proceso de control internacional de la enfermedad. La erradicación fue uno de los primeros objetivos de la OMS, e involucraba un programa sistémico con la expansión y profundización de la vacunación antivariólica. La investigación epidemiológica había revelado antes del programa de erradicación que, con la estrategia de vigilancia y contención la enfermedad, se limitaba o aparecían variantes menos peligrosas. Además de razones científico-médicas, había aquí aspectos de orden geopolítico en relación con la confrontación Este-Oeste. La viruela fue seleccionada porque no había reservorios de virus salvajes y el microorganismo infectaba solo a humanos (Di Liscia, 2024a).

En 1959, cuando por presión de la URSS la OMS lanzó a nivel mundial el programa de erradicación, la transmisión de la enfermedad ya no existía en muchas naciones americanas (Cueto y Palmer, 2015). A pesar de ello, en 1967, la OMS y en América, la OPS, planificaron tres fases: la de “ataque”, para aquellos países con 5 casos de viruela o más por cada 100.000 habitantes, y donde menos de 80% de la población había sido vacunada; luego, la fase de “consolidación”, en naciones con menos de 5 casos por 100.000 habitantes, y más de 80% de la población vacunada. Finalmente, se estableció la fase de “vigilancia y mantenimiento”, en países libres del contagio por al menos dos años (Rodríguez, 1975:57-58).

La vacunación antivariólica en La Pampa, una provincia más de las tantas con campañas masivas en la Argentina, evidenció el uso de las nuevas tecnologías de inmunización (Di Liscia, 2023). En 1971, se aplicaron 105.000 dosis (Trapaglia, 1973). La población censada el año anterior fue de 172.847; es decir que la cobertura alcanzó a 60,64%, tanto de nuevos vacunados como de refuerzos. Las vacunas provenían del Instituto Bacteriológico Nacional, que realizó un salto tecnológico para producir las liofilizadas, dado que con anterioridad se vacunaba con las glicerinadas. Mucho antes de lograr la eliminación en el resto del país, La Pampa estuvo libre de viruela.²⁵

2.2. Vinchucas, ranchos y mal de Chagas

La historia del mal de Chagas, endemia extendida a millones de personas de México a la Patagonia, es también la de la investigación médica, entre acuerdos y conflictos científicos y políticos. Y se añade a esta situación la pobreza, dado que los enfermos suelen ser habitantes de ranchos y otras precarias viviendas, con paredes y techos donde se esconden y medran los insectos claves en el ciclo de transmisión del *Trypanosoma cruzi*, las vinchucas, además de perros, gallinas y otros animales domésticos que completan el ciclo de contagio.²⁶

Los trabajos iniciales que describieron el parásito se iniciaron a principios del siglo XX a partir de los esfuerzos de Carlos Chagas en Brasil, con gran impacto del conocimiento sobre medicina tropical más allá de América. Determinados errores e imprecisiones en la etiología nosológica llevaron a dudar de la existencia de la enfermedad, pero desde 1929, las investigaciones de Salvador Mazza en el norte argentino, apuntaron a la búsqueda de los vectores de la tripanosomiasis, así como de reservorios domésticos y silvestres del parásito. A la vez, Mazza examinó posibles infectados a través de trabajos de patología experimental, métodos diagnósticos y ensayos terapéuticos. En la década de 1940, se reco-

25 La Argentina logró la declaración de erradicación en 1977, certificada por la OPS/OMS, aunque desde 1971 no hubo casos. Se dejó de aplicar la vacuna antivariólica de manera definitiva en 1979, por consejo de las corporaciones médicas. La legislación de obligatoriedad de vacunación antivariólica, aprobada a principios del siglo XX, fue derogada en 1978, durante la última dictadura militar (Di Liscia, 2024a). En 1980, la OMS declaró definitivamente el mundo sin viruela, luego de que en Somalia se constataran tres años sin casos declarados (Fenner et al., 1988).

26 La vinchuca (*Triatoma infestans*) pica, defeca sobre la picadura y allí deja el parásito, si está infectada. Este contamina el torrente sanguíneo y otros órganos; en los seres humanos produce anemia, afecta el miocardio y el sistema nervioso. Las madres transmiten al parásito a sus bebés durante el parto/embarazo. Ver “Enfermedad de Chagas” (1982), “Progress toward Elimination of Chaga’s Disease” (1996) y Ault, 2007.

noció al mal de Chagas como una enfermedad crónica esencialmente cardíaca, diez años después, se establecieron en distintos puntos del medio rural, campañas sanitarias para eliminar las vinchucas (Di Liscia y Kroft, 2010). Se utilizó por entonces el insecticida BHC, que abrió el camino a otras dolencias.²⁷

La cantidad de afectados siempre fue difícil de establecer. La modalidad evolutiva, habitualmente subclínica, obligaba a utilizar métodos de laboratorio, ya que desde el momento que el individuo contrae la enfermedad hasta su aparición con lesiones en las vísceras, pasaban años e incluso décadas, durante los cuales el individuo transmitía el patógeno (Cerisola et al., 1972).

Las tripanosomiasis, en general, aparecen como enfermedades denunciadas en los registros de la OPS desde 1951. Entre ese año y 1958, los casos detectados en la Argentina parecieron descender de 703 a 98 (*Reported cases of notifiable diseases*, 1960). Pero los registros de 1960 y 1961 fueron superiores, con 1.209 y 1.525 casos respectivamente (*Casos notificados de enfermedades*, 1963). En 1967, de acuerdo a la OPS, tuvieron un nuevo ascenso, al registrarse 3.443, para bajar en 1968 a 2.726 (*Reported cases of notifiable diseases*, 1971). Otras fuentes establecen un descenso del índice de infectados, que pasaron del promedio de 10,1 del total de la población entre el periodo 1964 y 1969 a 5,8 en 1981 (Zabala, 2010).

Muchos de los enfermos se diagnosticaban recién en la revisión para realizar el servicio militar, por lo que la población que sufría la enfermedad podía ser mucho mayor. En La Pampa, un estudio de finales de los cincuenta encontró que la miocarditis de etiología chagásica se presentaba entre el 3% y 4% del total de la población, por lo que los enfermos debían de haber sido unos 5.700 (en Zabala, 2010). A partir de la Reacción Machado-Guerreiro, se le había detectado en 25% de los conscriptos de varias provincias, entre las cuales se mencionaba La Pampa ("mal de Chagas", 1967). En la evaluación realizada en los años setenta, entre 1.600 varones a ser incorporados a las filas de las Fuerzas Armadas, se detectaron 164 seropositivos, es decir, 9,9%.²⁸

El marco de referencia social y científico de esta enfermedad fluctuaba entre la indiferencia y el desconocimiento. En *Primera Plana*, una nota de opinión indicaba que de los 800.000 enfermos de 1957 se llegaba, diez años después, a 1.500.000, y otros 10 millones más se contagiarían, hasta en las puertas mismas de Buenos Aires ("mal de Chagas", 1967).

Los gobiernos provinciales de mediados de siglo tuvieron al mal de Chagas en la agenda, que incluía la detección de enfermos en centros públicos. También la enfermedad suministraba la justificación de políticas de más envergadura, con la construcción de viviendas para trasladar a quienes estaban en barrios de precaria construcción y sin servicios sanitarios.

Guozden (1970) indicaba, que en General Acha, una localidad del centro-sur, se había iniciado una urbanización para erradicar La Planicie, pero el nuevo barrio no era suficiente o quizás había quedado sin finalizar en los años posteriores, cuando se censaron tantas familias en condiciones infrahumanas ya detalladas. Entre otras medidas de esos años, se citaban los recorridos al oeste pampeano, a través de equipos móviles, organizados, según se decía, por primera vez (Guozden, 1970). Quizás utilizaban como base sistemas de traslado de personal y equipamiento de décadas anteriores.²⁹

27 El hexacloruro de benceno (BHC), denominado hexaclorociclohexano (HCH) es un insecticida órgano-clorado, hoy prohibido en muchos países desarrollados por su relación con la existencia de diversas afecciones y tumores cancerígenos (Randi et al., 2018).

28 Se examinó a la clase 1948 en el caso de La Pampa. La seroprevalencia positiva alcanzaba en Santiago del Estero a 35,5 y en Santa Cruz, a 3% de los examinados, y además de estas diferencias lo que se observa es la extensión en todo el país de la endemia (Cerisola, Rabinovich, Di Corleto y Pruneda, 1972).

29 Fondo Gobierno, AHP, Expediente 842, Reg. 520, 1943. Se trató de un sistema organizado por la Comisión Nacional

En la siguiente administración, el Departamento de Sanidad Ambiental, dentro del Ministerio de Bienestar Social, llevó adelante un programa específico de saneamiento de las viviendas rurales en Colonia 25 de Mayo, al Sur de La Pampa. Esta localidad fue la estrella de las políticas de desarrollo provinciales, para fomentar tanto la producción frutas y verduras como la extracción petrolera, y allí se llevó a cabo un programa "Antichagas". Se acordó también con organismos nacionales establecer un plan de acción en Santa Rosa, General Pico y General Acha. Y se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), cuyos objetivos eran el "saneamiento de hogares rurales" e incluía la detección de zoonosis, así como el estudio de vectores (Trapaglia, 1973: 16).³⁰

En 1973, al filo del ingreso del gobierno democrático, se creó el Departamento de Lucha Antichagásica, seguramente para concentrar las sucesivas acciones realizadas. En 1975, se detectaron en La Pampa 65 personas con mal de Chagas, aunque quizás más tuvieran el parásito en la sangre, ignorantes del hecho (*Estadísticas Vitales*, 1975). Las investigaciones sobre esta enfermedad avanzaron sobre la particularidad de la trasmisión congénita, una preocupación que se agudizó habida cuenta de que la dolencia se mantenía en zonas no endémicas, con el traslado de las madres afectadas. En 1975, en el Congreso Mundial de Pediatría realizado en Buenos Aires, el médico pampeano Alfredo Felipe Otálora recibió un premio por su labor a raíz del trabajo "Inmuno globulinas y aglutininas específicas aumentadas en la enfermedad de Chagas congénita". El informe en la prensa apareció el mismo día de su detención ilegal, en los tiempos previos al golpe de Estado.³¹

El control de la dolencia fue difícil en las siguientes décadas, aun al eliminar las vinchucas con insecticidas, que tampoco resulta un sistema completamente exitoso, porque afecta la salud humana y los insectos se vuelven resistentes. Se podía controlar la patología con una terapia específica, a través del uso de medicamentos que en los años ochenta estaban siendo probados con cierta efectividad, aunque su toxicidad era alta y no resolvía las afecciones cardíacas.³²

El estigma de ser una "enfermedad de los pobres" fue la causa de la poca atención que le prestaron los emporios farmacéuticos, los cuales dejaron su control en manos del sistema público. Este fluctuó desde programas para eliminar vectores hasta erradicar viviendas insalubres, además de educar a la población para que acudiese a los servicios de salud ante los primeros síntomas de la infección. Por lo tanto, fueron escasas las investigaciones para establecer tanto una terapia eficaz como una vacuna para prevenir los miles de casos en las zonas endémicas (Zabala, 2010; Ault, 2007). Estudios más específicos referidos a todo el país sobre la seroprevalencia de la enfermedad encontraron que madres afectadas entre 1970 y 1990, cuando niñas, transmitían el parásito a sus bebés, en su edad fértil. Entre 1994 y 2004, el porcentaje de casos entre la población de La Pampa declinó del 5 al 2% (Guther, 2007). Pero la persistencia del mal de Chagas a principios del siglo XXI nos hace reflexionar sobre esos legados malditos, aun con viviendas sin vinchucas.

2.3. Vacunas y poliomielitis

El poliovirus había afectado a la humanidad mucho antes, pero en las sociedades desarrolladas las primeras epidemias se presentaron en el siglo XIX. Antes de 1909, cuando se lo

de Ayuda Escolar, con personal médico y odontológico que asistía escolares en toda La Pampa.

30 El INTA se creó en 1956 a nivel nacional como parte de una estructura mayor de fortalecimiento productivo agropecuario. En La Pampa se instaló una sede en Anguil, transformándose en un importante centro de investigaciones de la región (Martocci, 2018).

31 "Distinción mundial a un médico pampeano", 1975.

32 Se trata de tripanocidas como el Nufurtimox y Benznidazole ("Enfermedad de Chagas", 1982).

describió, su etiología era mal conocida, no había método preventivo y en los casos paráliticos, era imposible la curación, por lo que los pacientes podían sólo rehabilitarse (Alvarez, 2013; Testa, 2024).³³

La inquietud por esta enfermedad llevó a que asociaciones de profesionales y organismos internacionales publicasen información sobre su descripción, así como sobre los pronósticos y formas de tratamiento. En los años cuarenta, se mencionaba que sólo un 2% de los afectados podía tener secuelas paráliticas permanentes. Pero su recuperación e inserción era difícil y esto podía ocasionar una carga extra tanto a las familias como al sistema sanitario público en su conjunto (“Parálisis infantil”, 1947).

En la Argentina, las epidemias sucedidas entre 1942 y 1953 tuvieron alta incidencia acumulada, pero la de 1956 lo fue aún más, dado que el riesgo de sufrir la enfermedad aumentó de manera considerable. Los afectados fueron 6.496, de los cuales 595 fallecieron (*Reported cases of notifiable diseases*, 1960). A la vez, la epidemia se politizó en el clima autoritario existente. Las autoridades militares y miembros de la Iglesia católica consideraron que su contagio era consecuencia de las acciones, e incluso de los pecados, del gobierno peronista, e incluso la atribuyeron a la herencia maldita del régimen anterior (Testa, 2024).

En Santa Rosa, hubo brotes epidémicos anteriores, pero el más importante fue también el de 1956, con 25 afectados de entre 10 meses y 15 años. Los niños y adolescentes fueron atendidos en su mayoría en los nosocomios de Santa Rosa y General Pico, aunque 2 de ellos se derivaron a la Capital Federal. La mayoría sufrió parálisis en los miembros inferiores o superiores, y falleció un niño de 13 años (Ander Egg, 1958). En estos casos, los médicos recomendaban el uso del “pulmón de acero”, como se denominó al respirador eléctrico a presión negativa. Se trataba sin embargo de caros aparatos, que escaseaban en muchos hospitales porteños y que no había en La Pampa. Los pulmotores no daban completa seguridad para lograr la supervivencia frente a la parálisis respiratoria, pero parecía imprescindible contar con ellos.³⁴

Esta tecnología de punta era conocida por el público, aun en la novel provincia. En 1956, la “Liga de Madres y Padres de Familia”, formada por miembros de la notabilidad local, le entregó a Garmendia, interventor a cargo de la gobernación, una considerable suma para que el Ministerio de Asistencia Social y Salud de la nación adquiriera un pulmotor. La agrupación cedió a la provincia el monto recaudado, sin que se sepa el resultado, puesto que no hubo por entonces mención a dicho pulmotor y solo aparece uno, para adultos, con posterioridad. El gobierno argentino había adquirido unos 40 pulmones de acero, como se llamaba coloquialmente estos aparatos, y el traslado a la Capital Federal obedecería a ese posible uso.³⁵

Como parte de las preocupaciones generadas por la epidemia, el entonces gobernador creó en La Pampa una comisión permanente de lucha contra la parálisis infantil, conformada por médicos y otros especialistas, así como representantes de la Cruz Roja y del Colegio Médico provincial.³⁶ La comisión surgía para concentrar las colectas realizadas en toda la provincia, y una de sus primeras medidas fue aprobar que dos funcionarios viajaran

33 Estos virus, transmitidos en las heces y el agua, estaban presentes desde hace siglos entre las poblaciones humanas que eran inmunes hasta que, hace doscientos años, cambiaron las condiciones sanitarias y la transmisión de la inmunidad entre madres y bebés modificó el comportamiento viral (Strauss y Strauss, 2008).

34 Estos tanques de acero estuvieron vigentes hasta que, a partir de investigaciones y experimentación europeas, se introdujeron ventiladores regulados por volumen de aire que ingresa en el pulmón, estableciendo la ventilación con presión positiva intermitente, como práctica estándar. Sin embargo, en Estados Unidos se mantuvo el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de origen neuromuscular con los pulmones de acero hasta finales de los años sesenta (Rodríguez, 2012).

35 “Interesantes observaciones”, 1956.

36 “Decreto 484/56. 1956.

a Buenos Aires para informarse sobre la vacunación para luego transmitir la información al resto de los médicos.³⁷ También, la Dirección de Salud autorizó a su personal a desplazarse a Colonia Emilio Mitre y a Rolón, dos localidades del oeste y norte, para luego asistir al Hospital Rural de Victorica donde había dos menores con síntomas de polio. El traslado de médicos de otros puntos provinciales obedeció a un posible brote en regiones sin auxilio profesional especializado.³⁸

Durante años, no hubo preventivos: en todo el país se recomendaba limpiar calles, blanquear cordones y árboles, así como profundizar la higiene individual o fumigar los hogares. Sin que fuera obligatorio el aislamiento, muchos padres evitaron el contagio sin llevar a sus hijos a colegios o parques (Alvarez, 2018). La vacunación parecía ser la única esperanza para controlar la enfermedad. Su desarrollo se inició en Estados Unidos en los años treinta, pero recién en 1955 los trabajos de Jonas Salk y otros investigadores lograron un producto eficaz, con la vacuna parenteral de virus atenuados (Salk, 1954).

En la Argentina, las campañas de vacunación se iniciaron en 1955 con la vacuna de Salk, a raíz del brote epidémico. El gobierno de Perón había adquirido dosis en Estados Unidos, aunque el golpe militar interrumpió ese proceso. La oposición al peronismo sospechaba de la calidad de los productos para inmunizar y suspendió la vacunación; pero a la vez, la urgente necesidad de vacunas provocó el contrabando en barcos y aviones. En general, vacunas como la antivariólica y la BCG eran gratuitas en el sistema público, pero indudablemente una activa demanda de sectores más pudientes debió provocar su circulación ilegal y subir los precios (Alvarez, 2018).

La Pampa replicó la normativa nacional para vacunar con Salk y estableció un fondo extraordinario para una “Campaña Preventiva contra la Parálisis Infantil”.³⁹ Durante ese año, las autoridades provinciales organizaron la vacunación en el Norte provincial (Eduardo Castex, General Pico y Realicó) y movilizaron equipos automotores desde Santa Rosa.⁴⁰

En 1960, la vacuna oral de Albert Sabin permitió aumentar el nivel de cobertura, y aunque hubo enfermos en todo el país ese año y el siguiente (1.097 y 1.197 casos en 1961), limitó la enfermedad en los años sesenta y setenta.⁴¹ Los informes internacionales daban cuenta de avances significativos de la vacunación en Argentina, dado que se había llegado a inmunizar a millones de personas.⁴² De todas maneras, el proceso no tiene éxito si se está debajo del 70% del nivel de cobertura de toda la población. Es decir, que no se trata de una decisión individual, aunque por supuesto involucra personas, sino que se requiere la intervención pública para aumentar y mantener el nivel de protección (Blume, 2017).

En 1960, el país contaba con 20.013.793 habitantes, y estaba lejos de tener los porcentajes de cobertura vacunal para la eficacia deseada. La Ley N° 15010, sancionada en 1959, estableció la obligatoriedad de la vacunación antipolio, e intentó erradicar la enfermedad, pero el brote subsiguiente hizo dudar sobre las condiciones de la vacuna o las dosis. En consecuencia, un estudio publicado por la Sociedad Argentina de Pediatría, la cual trabajaba en colaboración con el Departamento de Enfermedades Transmisibles, recomendaba un esquema de vacunación en masa con Sabin oral de toda la población susceptible, niños

37 “Decreto 485/56”, 1956.

38 “Resolución N° 123”, 1956; “Resolución N° 124”, 1956 y “Resolución N° 125”, 1956.

39 “Decreto N° 1756”, 1956. El monto aprobado era de 55.402,25 \$.

40 “Resolución N° 261”, 1956. El traslado de las vacunas se hacía también por avión, con un gasto de 57.000 \$ (“Resolución N° 279”, 1956).

41 “Casos notificados de enfermedades”, 1963.

42 En 1965, se vacunaron con 3 dosis de vacuna Sabin oral a 6.774.571 personas; en 1966 a 10.186.196; en 1967 a 3.005.529 y en 1968, a 2.244.742 (*Reported cases of notifiable diseases*, 1971).

menores de un año y embarazadas, , al mismo tiempo, en fechas fijas en cada provincia, y la revacunación en masa de los niños de 0 a 5 años. (Shepherd y Fejerman, 1967a: 48).

Los debates sobre cuándo y cómo aplicar las dosis incluían esta y otras vacunas, habida cuenta de que el calendario implicaba de 10 a 15 vacunas en diferentes jurisdicciones. Es interesante que ya no se mencione la resistencia a la vacunación, que existió en relación con la antivariólica y otras vacunas, sino por el contrario, a madres que peregrinaban para conseguir vacunar a sus hijos. Se proponía entonces que estuviese disponible en las farmacias, “sin estar limitada su distribución al Estado” (“Discusión”, 1967: 95), como ocurría ya con otras vacunas para la primera infancia, que se vendían en comercios dedicados al expendio de medicamentos. Pero no sucedió lo mismo en el caso de la polio, quizás porque su costo era alto y dependía de otros factores, como la importación del producto y su distribución en condiciones para inmunización masiva, todas cuestiones que el Estado aseguraba mejor que las decisiones privadas.

¿Qué sucedió con la poliomiélitis en La Pampa? En 1960, 3 personas habían fallecido por esta causa (*Plan de Desarrollo Económico y Social*, 1966). Con dosis enviadas desde la Secretaría de Salud Pública, a mediados de la década siguiente la vacunación se llevó a cabo y se registró concienzudamente, lo que lo que fue reportado en la prensa.⁴³ En 1971 y 1972, el Ministerio de Bienestar Social provincial desarrolló una campaña que coincidía en noviembre en todo el país, aunque entre 1969 a 1972 no se habían presentado casos (Trapaglia, 1973). En 1975 se volvieron a repetir estas medidas, ya bajo un gobierno democrático y se inmunizó a 19.627 personas en octubre de 1975 y a 14.732 en noviembre (*Estadísticas Vitales*, 1975). Estos esfuerzos, que cubrían toda la provincia, permitieron un control efectivo de la polio, como parte de políticas de ampliación del derecho a la salud, sobre todo para los más pequeños.

Un breve repaso a lo anteriormente dicho permite también tomar el pulso a las transformaciones demográficas y sanitarias en La Pampa. Entre 1945 y 1975, epidemias y endemias como la tuberculosis, viruela, polio y mal de Chagas adquirieron menor peso en la mortalidad, en comparación con el resto del país. Las patologías crónicas, sobre todo neoplasias y cardiopatías, aumentaron considerablemente su peso dentro de las causas de mortalidad (Ver Cuadro 1 y 2, en Anexo). Estas requerían una alta inversión técnica en recursos humanos especializados, equipamiento y terapias de complejidad creciente, todo lo cual era difícil de generar en el ámbito provincial.⁴⁴

3. Conclusión

En la segunda mitad del siglo XX, emergieron en el debate sobre el bienestar de la población, la medicina social y nuevas prácticas médicas, que integraban sistemas de prevención y diagnóstico. Muchas preocupaciones sobre morbilidad que estaban en las agendas de organismos internacionales aparecieron replicadas en La Pampa. Gran parte de las políticas sanitarias públicas primero del Territorio y luego de la provincia, dependían de agencias nacionales, tanto de signo populista como desarrollista, y muchos de los cambios se debieron a la insistencia en demarcar el escenario social para evitar estallidos sociales.

Llaman la atención las menciones de los funcionarios a muchos esfuerzos desde cero, como si lo realizado en décadas anteriores no hubiese existido. Las declaraciones políticas de esta envergadura parecen ser comunes cuando analizar hacia atrás no parece importante, sino siempre ir hacia delante, proceso común en otras jurisdicciones nacionales.

43 “Antipolio”, 1971.

44 Sobre las enfermedades cardiovasculares, ver Di Liscia, 2024b. En relación a las neoplasias, consultar Eraso, 2024.

En esta síntesis, se observa cierta continuidad en las campañas de inmunización, mantenidas durante gobiernos autocráticos y democráticos, a diferencia de los sistemas de prestación universal de servicios, vivienda o contrato de profesionales médicos y auxiliares que sufrieron transformaciones debidos a los sucesivos recambios. Las transformaciones donde se observa el paso de diferentes gobiernos asimismo se asientan en nuevos organigramas y en el financiamiento hospitalario, así como en el equipamiento.

Las campañas de vacunación antivariólica, con el correlato de la posible erradicación, involucraron recursos sanitarios públicos y a la vez, apoyo del público hacia otras a otras campañas, como la antituberculosa y la antipoliomielítica: la renuencia inicial a la inmunización artificial, que hemos detectado en otros trabajos,⁴⁵ no se replicó en el caso de prácticas similares de mediados de siglo en adelante. En una etapa donde la medicalización amplia prometía la posibilidad de luchar y vencer las enfermedades, la implementación de medidas de prevención recibió general acogida y aplauso.

Paralelamente, en la sociedad pampeana, como otras de la Argentina, se profundizó la oposición entre modelos conservadores y autoritarios con otros de signo progresista, sin que pudiesen resolverse algunas de las demandas sobre la expansión de la atención médica hacia un conjunto cada vez más amplio de la sociedad, de manera equitativa y a través de un sistema de seguro de salud. La conformación de la estructura sanitaria con un sistema fragmentado dejó al sector público esta y otras medidas preventivas (y onerosas), y en manos del sector privado el diagnóstico y la terapéutica.

Fuera en democracia o en dictadura, muchas políticas en La Pampa estuvieron limitadas además por la difícil geografía, escasa población y las poco diversificadas actividades económicas, donde la industria tenía poco peso. El modelo productivo inicial, basado en la explotación agrícola ganadera extensiva, tuvo poca modificación a lo largo de las tres décadas analizadas, a pesar de los esfuerzos oficiales para impulsar la industrialización. Tal cuestión, a su vez, dependía de la expansión del mercado interno, el aumento de la inversión privada, la escasa cobertura de transportes y comunicaciones y los recursos humanos formados, entre otros factores. A la vez, La Pampa no tuvo la dinámica demográfica ni la modernización urbana que otras áreas argentinas experimentaron en el mismo período.⁴⁶

El incremento de la esperanza de vida en esta nueva provincia trajo como consecuencia el aumento de las neoplasias y de enfermedades del sistema circulatorio, cuya resolución era más difícil y onerosa que la inmunización y la fumigación, utilizadas frecuentemente frente a las epidemias y endemias. El control de las enfermedades infecciosas y parasitarias por inmunización y otras medidas preventivas, al mismo tiempo que el incremento de las crónicas, son clara muestra del proceso de transición epidemiológica en La Pampa.⁴⁷ No es posible desarrollarlo en toda su magnitud y complejidad y sólo he pretendido plantear aquí de manera preliminar algunas de sus principales aristas en un caso provincial.

4. Bibliografía

Abbona, Guillermo (1970) "Evolución, tendencias y expectativas del sector salud dentro del desarrollo". *Educación Médica y Salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 14, 1 y 2, 70-84.

⁴⁵ Ver Di Liscia 2007^a, 2007^b y 2023.

⁴⁶ En la Argentina, la concentración de población, tanto por crecimiento vegetativo como por migración de países vecinos en virtud de las actividades de servicio e industriales, se consolidó a partir de 1940, con el incremento de centros urbanos de las provincias de Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires y sobre todo, el área que rodeaba la Capital Federal (en Rapoport, 2020, los aspectos generales).

⁴⁷ Ver Carbonetti y Celton, 2007.

- Alvarez Adriana (2018) "Muletas, vacunas y fragmentación del sistema de salud. El caso de la poliomielitis en la Argentina de mediados del siglo XX". *Investigaciones y Ensayos*, 66, 149-177.
- Amit, Ismael (1961) *Reseña de la obra ejecutada por el gobierno de la Provincia de la Pampa desde mayo de 1958 a 1960*. Argentina: Cooperativa Poligráfica Editora Mariano Moreno.
- Ander Egg, Ezequiel (1958) *La Pampa. Esbozo preliminar para un estudio de su estructura socio-económico. Volumen 1. Demografía*. Argentina: Gobierno de la Provincia de la Pampa.
- Armus, Diego (2024) "La tuberculosis. De la tesis pulmonar a la enfermedad de los más vulnerables". En Diego Armus (Ed.). *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 341-380). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Ault, Steven (2007) "Chagas Disease and Neglected Diseases: Challenging power and Exclusion". En *La enfermedad de Chagas: a las puertas de 100 años del conocimiento de una endemia ancestral* (pp. 13-18). Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, Documento 426-06, 7.
- Babich. I. y T. Lassalle (1965) "Nuevas drogas en el tratamiento de la tuberculosis infantil". *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXXVI, LXIII, 1 y 2, 8-11.
- Belmartino, Susana (2005) *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Birn, Pillay, Yogan Pillay y Timothy H. Holtz (2009) *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*. United States: Oxford University Press.
- Blume, Stuart (2017) *Immunization. How Vaccines Became Controversial*. United Kingdom: Reaktion Book.
- Boldú, Joan et al. (2007) "Tratamiento de la tuberculosis pulmonar". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 2, 99-115.
- Carbonetti, Adrián y Dora Celton (2007) "La transición epidemiológica". En Susana Torrado (Comp.). *Población y bienestar en la Argentina del Primero al Segundo Centenario. Una historia. Tomo I*. (pp. 369-399). Argentina: Edhasa.
- Carter, Eric (2023) *In Pursuit of Health Equity. A History of Latin American Social Medicine*. Estados Unidos: The University of North Carolina Press.
- Cerisola, José A. et al. (1972) "Enfermedad de Chagas y transfusión de sangre". *Oficina Sanitaria Panamericana*, 73,3, 203-221.
- Cibotti, Ricardo (1970) "Introducción al análisis del desarrollo y la planificación". *Educación Médica y Salud*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, 14, 1 y 2, 14-57.
- Conrad, Peter y Kristin Baker (2010) "The social construction of Illness: Key Insights and Policy Implications". *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S, 567-579.
- Cueto, Marcos y Steven Palmer (2015). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. United States: Cambridge University Press.
- Di Liscia, María Silvia (2007a). Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el Territorio pampeano (1884-1933). En María Silvia Di Liscia, Andrea Lluch y Ana María Lassalle (Eds.). *Al oeste del paraíso. La transformación del espacio natural, económico y social en la Pampa Central (siglos XIX-XX)* (pp. 123-154). Argentina: Miño y Dávila-EdUNLPam.
- Di Liscia, María Silvia (2007b). "Dificultades y desvelos de un estado interventor. Instituciones, salud y sociedad en el interior argentino (La Pampa, 1930-1946)", *Anuario IEHS*, 22, 93-123.

- Di Liscia, María Silvia (2023) "Smallpox and immunization policies in Argentina, from the 19th to the 20th century". *Medical History. An International Journal for the History of Medicine and Related Sciences*, 66, 4, 323-338.
- Di Liscia, María Silvia (2024a) "Entre agujas y vacunas. Colaboración científica internacional para la erradicación de la viruela en Argentina (1950-1980)". En María Isabel Porras Gallo (Coord.). *Ciencia médica y atención sanitaria. El papel de las estancias internacionales de investigación y de las redes de colaboración en su transformación* (pp. 157-193). España: Los Libros de la Catarata.
- Di Liscia, María Silvia (2024b) "Investigaciones y entrelazamiento de expertos. La cirugía cardiovascular y las redes entre Argentina y Estados Unidos en el siglo XX". En José Ignacio Allevi y Stefan Rinke (Eds.). *Saberes globales y expertos locales en América Latina en el siglo XX* (pp. 113-136). Alemania: Verlag Herder GmbH.
- Di Liscia, María Silvia y María José Billorou (2005). *Cuadernos de las visitadoras de higiene. Fuentes para una historia regional de género*. Argentina: Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Di Liscia, María Silvia y Simone Kroft (2010) "Bocio, mal de Chagas e identidad nacional. Enfermedades y polémicas en Argentina y Brasil (1910-1940)". *Dynamis*, 30, 65-90.
- Escardó, Florencio (1963) "La gloria y la miseria de los antibióticos modernos". *Primera Plana, La Revista de Actualidad mejor informada*, II, 10, 15 de enero, 31.
- Eraso, Yolanda (2024) "Crecimiento maligno. Cáncer, biología y cultura urbana en Argentina". En Diego Armus (Ed.). *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 233-257). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Felitti, Karina (2009) *Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias*. Volumen 1. Tesis. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Fenner, Frank et al. (1988) *Smallpox and Its Eradication*. Suiza: World Health Organization.
- Grushka, Carlos (2014) "Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina...". *Revista Latinoamericana de Población*, 8, 15, 93-118.
- Guozden, Helvio Nicolás (1970) *Cuatro años de gobierno en La Pampa. 1966- 30 de junio-1970*. Argentina: Imprenta Oficial-Consejo Provincial de Difusión.
- Guther, Ricardo (2007) "Eco-epidemiología regional de la transmisión vectorial: enfermedad de Chagas en el Gran Chaco". En *La enfermedad de Chagas: a las puertas de 100 años del conocimiento de una endemia ancestral* (pp. 137-156). Washington: Organización Panamericana de la Salud. Documento 426-06. Publicación N° 7.
- Joseph, Gilbert M. (2020) "Foreword". En Anne-Emanuelle Birn y Raúl Necochea López. *Peripheral Nerve, Health And Medicine In Cold War Latin America* (pp. IX-XVII). United States: Duke University Press.
- Kaufmann, Silvina y Luciana Deluca (2018) Los barrios como lugar de pertenencia. En Federico Martocci, Selva Olmos y Rocío Guadalupe Sánchez (Eds.). *Te contemplamos desde las sendas del recuerdo... General Acha, 1882-2014* (pp. 186-194). Argentina: EdUNLPam.
- Lluch, Andrea (2016) Políticas públicas, planificación y promoción del desarrollo económico en la provincia de La Pampa (1955-1976). En Andrea Lluch (Ed.). *Desarrollo, políticas públicas e instituciones: la experiencia de La Pampa en una visión de largo plazo* (pp. 1-36). Argentina: Edulpam.
- Martocci, Federico (2018) El INTA: experimentación y extensión agropecuaria en La Pampa ¿una historia de larga data? En Federico Martocci, Selva Olmos y Rocío Guadalupe Sanchez, (Eds.). *Te contemplamos desde las sendas del recuerdo... General Acha, 1882-2014* (pp. 250-255). Argentina: EdUNLPam.

- Múgica, María Luisa (2024) "El mal de Venus: sífilis, sexualidad y cultura (Argentina, siglos XIX-XX)". En Diego Armus, ed. *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 285-310). Argentina: Fondo de Cultura Económica
- Randi, Andrea et al. (2018) "El hexaclorobenceno como factor de riesgo en el cáncer de mama", *Salud (i) Ciencia*, 22, 8, 734-742.
- Ramacciotti, Karina (2009) *La política sanitaria del peronismo*. Argentina: Editorial Biblos.
- Rapoport, Mario (2020) *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2003)*. Argentina: Crítica-Paidós.
- Rodrigues, Bichat (1975) "OPS. Small Pox Eradication". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 9, 1, 53-65.
- Rodríguez, Adriana (2012) "Historia de la ventilación mecánica". *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 29, 1. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/302>
- Rosenberg, Charles (1992) "Introduction. Framing disease: Illness, society and history". En Charles Rosenberg y Janet Golden (Eds.). *Framing disease. Studies in Cultural History* (pp. 305-318). United States: Rutgers University Press.
- Ruffini, Martha (2005) "Peronismo, territorios nacionales y ciudadanía política. Algunas reflexiones en torno a la provincialización". *Revista Avances del Cesor*, V.5, 132-148.
- Salk, Jonas (1954) "Los principios de la inmunización aplicados a la poliomielitis y a la influenza". *Boletín de la Oficina Panamericana*, 37,6, 727-744.
- Shepherd, Gwendolyn y Natalio Fejerman (1967) "Programa de acción en la lucha contra la poliomielitis en la República Argentina". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 65, 1-6, 47-49.
- Spinelli, María Estela (2013). *De antiperonistas a peronistas revolucionarios. Las clases medias en el centro de la crisis política argentina (1955-1973)*. Argentina: Sudamericana.
- Tcach, César (2007). Golpes, proscripciones y partidos políticos. En Daniel James (Dir.). *Violencia, proscripción y autoritarismo, Nueva Historia Argentina, Tomo IX* (pp. 17-61). Argentina: Sudamericana.
- Testa, Daniela (2024) "Tiempos de polio: entre alcanfor, vacunas y muletas". En Diego Armus (Ed.). *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 311-342). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Trapaglia, Angel Benjamín (1973). *Dos años de Gobierno en La Pampa. 1971-1973*. Argentina: Consejo Provincial de Difusión
- Turro, Oscar et al. (1969) "Sífilis congénita precoz". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 69, 1-6, 1-7.
- Veronelli Juan Carlos y Magalí Veronelli Correch (2004) *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina, Tomo 2*. Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- Zabala, Juan Pablo (2010) *La enfermedad de Chagas en la Argentina. Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias*. Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

5. Fuentes documentales

- "Agua pura para salvar miles de niños", Diario La Capital, Santa Rosa, 09-04-1967.
- "Antipolio", Diario La Arena, Santa Rosa, 17-03-1971.
- Casos notificados de enfermedades de Declaración Obligatoria en las Américas, 1961* (1963). Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicaciones Científicas N° 86.

- “Decreto 484. Creando la Comisión Permanente de Lucha contra la Parálisis Infantil” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 67, 189.
- “Decreto del Gobierno Provisional de la Nación n° 230/55” (1955). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 47, 171.
- “Decreto N° 1756” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 91, 559.
- “Decreto del Gobierno Provisional de la Nación n° 230/55” (1955). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 47, 171.
- “Discusión sobre el trabajo de Shepherd y Fejerman” (1967). *Archivos Argentinos de Pediatría*, 65, 1-6, 94-95.
- “El Día de la Salud en la Palabra del Secretario”, Diario La Capital, Santa Rosa, 09-04-1967.
- “Interesantes observaciones de la Dra. Jessie Wrigth sobre experiencias médicas en Buenos Aires”, Diario La Reforma, General Pico, 20-03-1956.
- “La Encíclica del Papa sobre el desarrollo de los pueblos”, Diario La Capital, Santa Rosa, 30-03-1967.
- “La OMS destacará la necesidad de personal de salud”, Diario La Capital, Santa Rosa, 13-01-1967.
- “Ley de Salud Pública N° 15.465” (1960). Honorable Congreso de la Nación, 28-10-1960. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195289/norma.htm>. Consultada: 20-06-2020.
- “Lo que Manrique prometió”, Diario La Arena, Santa Rosa, 20-08-1972.
- “Lucha antituberculosa”, Diario La Arena, Santa Rosa, 11-09-1971.
- “Mal de Chagas. Invasión y contra-ataque” (1967) *Primera Plana, La Revista de Actualidad mejor informada*, V, 219, 7 de marzo, 47-48.
- “Parálisis infantil o poliomielitis aguda. Breve descripción de la enfermedad y su tratamiento” (1947). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 26, 4, 314-332.
- “Presentó su Plan de Acción el Ministro de Asuntos Sociales”, Diario La Capital, Santa Rosa, 02-03-1967.
- “Resolución N° 123” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 63, 294.
- “Resolución N° 124” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 63, 294.
- “Resolución N° 125” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 63, 294.
- “Resolución N° 261” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 94, 517.
- “Resolución N° 279” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 94, 517.
- Catastro Provincial. Recursos y servicios para la salud* (1967). Provincia de La Pampa, Ministerio de Economía y Asuntos Agrarios, Dirección General de Estadísticas y Censos *Estadísticas Vitales y Hospitalarias, 1974-1975* (1975). Mimeo, Provincia de La Pampa.
- Estructura por sexo y grupos de edad de la población* (1991). Mimeo, Provincia de La Pampa, Ministerio de Hacienda y Finanzas, Dirección General de Estadísticas y Censos.
- Fondo Gobierno, Expediente 832, D, Registro 9036, 27-11-1945.
- Informe de la República Argentina* (1970) XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Estados Unidos, Organización Panamericana de la Salud.
- La Nación Argentina. Libre, Justa y Soberana* (1950). Argentina, Subsecretaría de Informaciones.
- “Ley 14.837” (1959). Declarase obligatoria la vacunación antituberculosa en toda la Nación Honorable Congreso de la Nación, 18-09-1959. Disponible en: <https://www.saij.gob.ar/14837-nacional-declarase-obligatoria-vacunacion-antituberculosa-toda-nacion-Ins0001585-1959-09-18/123456789-0abc-defg-g58-51000scanyel?> Consultada: 09-03-2025.
- Plan de desarrollo económico-social, Provincia de La Pampa* (1966). Consejo Provincial de Desarrollo, Anexo VII, Población. Mimeo.

Reported cases of notifiable diseases in the Americas, 1949-1958 (1960). United States: Pan American Health Organization, Scientific Publications N° 48.

Reported cases of notifiable diseases in the Americas, 1968 (1971). United States: Pan American Health Organization, Scientific Publications N° 223.

Salud Pública (1979). Argentina: Ministerio de Bienestar Social de La Nación. Secretaría de Estado.

Anexo

Cuadro 1:
Hechos vitales, 1965-1973

Año	Población	D.F.	T. M.G.	D.I.	T.M.I.	D.F.	T.M.N.	N.	T.N.
1965	170.299	1.435	8,4	198	52,5	88	23,3	3.771	22,1
1966	173.247	1.356	7,8	161	44,0	100	27,3	3.659	21,1
1967	175.388	1.427	8,1	207	57,3	86	23,8	3.612	20,6
1968	178.013	1.333	7,5	196	51,8	86	22,7	3.784	21,3
1969	180.245	1.546	8,6	186	45,7	68	16,7	4.066	22,6
1970	172.841	1.439	8,3	136	37,6	53	14,7	3.615	20,9
1971	175.951	1.407	8,0	144	37,1	74	19,1	3.878	22,0
1972	178.174	1.449	8,1	175	46,4	74	19,6	3.773	7,9
1973	180.432	1.516	8,4	168	43,2	70	18,0	3.887	21,5

D.F: Defunciones generales; T.M.G: Tasa de mortalidad general; D.I: Defunciones infantiles; T.M.I: Tasa de mortalidad infantil; D.F: Defunciones fetales; T.M.N: Tasa mortinatalidad; N: Nacimientos; TN: Tasa natalidad

Fuente: Estadísticas Hospitalarias y Vitales, 1973.

Cuadro 2:
Defunciones registradas según causas de muerte. Total del país y La Pampa, 1960

Causas	Total país			La Pampa		
	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Tuberculosis ap. resp	318	545	863	2	9	11
Otras formas tuberculosis	72	79	151	-	-	-
Sífilis y sus secuelas	18	52	70	-	-	-
Fiebre tifoidea	3	2	5	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería	2	4	6	-	-	-
Escarlatina	-	-	-	-	-	-
Difteria	31	44	75	-	-	-
Tos ferina	45	26	71	-	-	-
Infecciones meningocócicas	9	8	17	-	-	-
Peste	-	-	-	-	-	-
Poliomielitis aguda	25	33	58	2	1	3
Viruela	-	-	-	-	-	-
Sarampión	54	28	82	-	1	1
Tifus	1	1	2	-	-	-

Paludismo	2	2	4	-	-	-
Demás parasitosis e infecciones	258	279	537	7	6	13
Neoplasias malignas	2.692	3.991	6.683	79	162	241
Neoplasias benignas	588	859	1.447	-	4	4
Diabetes	221	182	403	2	5	7
Anemias	44	57	101	2	2	4
Lesiones vasculares	1.796	1.886	3.682	33	60	93
Meningitis no meningocócica	178	222	400	5	8	13
Fiebre reumática	8	4	12	-	-	-
Cardiopatía reumática	37	28	65	-	-	-
Cardiopatía aterosclerótica	825	1.641	2.466	13	35	48
Otras cardiopatías	227	428	655	3	13	16
Hipertensión con cardiopatía	35	30	65	1	1	2
Hipertensión sin cardiopatía	92	105	197	5	4	9
Influenza	41	30	71	-	-	-
Neumonía	830	945	1.775	20	35	55
Bronquitis	50	65	115	2	4	6
Úlcera gástrica y duodenal	14	98	112	1	3	4
Apendicitis	8	9	17	-	1	1
Obstrucción intestinal	192	197	389	7	5	12
Gastritis, diarrea en lactantes	592	593	1.185	29	32	61
Cirrosis hepática	119	295	414	1	10	11
Nefritis y nefrosis	195	222	417	2	1	3
Hiperplasia próstata	-	66	66	-	-	-
Complicaciones embarazo, parto y puerperio	93	-	93	2	-	2
Malformaciones congénitas	169	233	402	2	10	12
Traumatismo parto, anoxia	144	235	379	4	3	7
Infección en recién nacidos	281	320	601	10	9	19
Otras enfermedades de la primera infancia	797	1059	1.856	29	36	65
Senilidad, causas mal definidas	5.643	7.724	13.367	135	260	395
Demás enfermedades	2.087	2.857	4.944	31	78	109
Fracturas, traumatismo	160	700	860	6	20	26
Quemaduras	96	110	206	1	3	4
Efectos producidos por venenos	42	55	97	1	2	3
Demás lesiones	313	1.146	1.459	7	28	35
Total causas	19.447	27.495	46.942	444	851	1.295

Fuente: Plan de Desarrollo Económico y Social, 1966. Elaboración propia. Nomenclatura de acuerdo con causales de 1955.

Reseñas

Causas e implicaciones del olvido en la historia de las pandemias: el caso de la influenza de 1918-1920 en América Latina

Causes and implications of forgetfulness in the history of pandemics: the case of the 1918-1920 influenza in Latin America

Ana María Carrillo

<https://orcid.org/0000-0002-7981-2065>

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

Resultado de un seminario que comenzó a reunirse durante la cuarentena por la COVID-19, *La pandemia del olvido. Estudios sobre el impacto de la influenza en América Latina, 1918-1920* fue el primer producto de investigación conjunta del que actualmente se denomina Seminario Permanente de Estudios Históricos y Sociales sobre Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

El libro, de 355 páginas, consta de una introducción y diez capítulos sobre la pandemia de gripe o influenza de 1918-1919, cada uno de ellos sobre un país de América Latina: siete la estudian en el país en general: la Argentina (Adrián Carbonetti, María Alejandra Fantín y María Laura Rodríguez), Brasil (Liane Maria Bertucci y Anny Jackeline Torres Silveira), Chile (Alexandrine de La Taille-Trétinville U), Costa Rica (Ana María Botey Sobrado), Honduras (Yesenia Martínez), México (Lourdes Márquez Morfín y América Molina del Villar) y Venezuela (Rogelio Altez); otros dos hablan de la pandemia en una capital: La Paz, en Bolivia (Nigel Caspa) y la ciudad de Guatemala (Luis Alberto Arrijoa Díaz Viruell), y uno más habla de una región: Bocayá, en los Andes colombianos (Abel Fernando Martínez Martín, Bernardo Francisco Andrés Meléndez Álvarez, Edwar Javier Manrique Corredor y Omar Fernando Robayo Avendaño). Los capítulos contienen cuadros, gráficas y mapas; la obra cuenta también con un índice toponímico. Muy ilustrativos son los diez mapas de los países estudiados, incluidos en la introducción, en que se señalan las rutas de entrada de la influenza, además de que se indica el inicio y final de la epidemia y el número de fallecidos, de acuerdo con los datos disponibles.

Entre algunos de los autores del libro no hay acuerdo respecto del número de víctimas que a nivel mundial provocó esta pandemia de influenza A (H1N1), lo cual es una manifestación de las diferentes estimaciones que hay entre los historiadores de las pandemias, pero varias fuentes coinciden en que, entre 1918 y 1920, infectó a un tercio de la población mundial, y provocó entre 25 y 50 millones de muertes, lo que fue causa de temor y desconcierto. Solo como ejemplos, leemos que mientras en Bolivia se sepultaba a los muertos en panteones ilegales, ante la imposibilidad de dar cabida a las víctimas de influenza en los cementerios, las autoridades de la ciudad de Guatemala propusieron que la población habitara camposantos provisionales en sus fincas, ranchos y parajes; algunas autoridades de

Recibido: 19 / 01 / 2026

Aceptado: 25 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Carrillo, A. M., (2026). Causas e implicaciones del olvido en la historia de las pandemias: el caso de la influenza de 1918-1920 en América Latina. *Sekkan*. Vol 2, Núm. 4. pp. 106-110

Brasil reportaban que en cada hogar había al menos un enfermo; en Colombia, la procesión rogativa para solicitar el fin de la pandemia contribuyó a la diseminación de la influenza; en Venezuela, en las esquinas había quienes encendían fogatas para “espantar a las miasmas”, al tiempo que la Iglesia católica culpaba a los pecadores por la influenza; y en La Paz, los indígenas eran convocados a los lugares sagrados, y la gente en los mercados lanzaba alaridos por la llegada del fin del mundo.

A pesar de la magnitud de la pandemia, hubo durante mucho tiempo un vacío en la historiografía sobre este desastre planetario. La historiografía médica mundial ha sostenido que se trató de un proceso de amnesia colectiva para superar las secuelas emocionales que dejó la influenza, o que la desatención puede atribuirse, quizá, a que la memoria sobre esta pandemia quedó diluida detrás de las cicatrices de la Primera Guerra Mundial.

Para los editores, un factor decisivo para la reproducción de la vulnerabilidad y la multiplicación de los desastres es precisamente el olvido, de ahí el título del libro. Si bien en varios países se han publicado importantes trabajos sobre la pandemia en años recientes; en América Latina seguía habiendo vacíos sobre ella. Ciertamente que algunos países de la región –como Brasil y, en menor medida, la Argentina, México y Colombia–, contaban con mayor número de estudios sobre la influenza de 1918-1919, e incluso los autores y las autoras¹ de algunos de los capítulos habían escrito antes sobre esta pandemia; pero en otros la situación era diferente: la pandemia, al parecer, había sido desestimada por la historiografía chilena, aunque sí había algunas monografías; el capítulo de este libro sobre la influenza en la Paz es el primer acercamiento ampliamente documentado de la historia de la pandemia en Bolivia, y en el caso de Honduras la autora encontró un vacío historiográfico sobre la enfermedad.

Los trabajos fueron escritos durante la pandemia de COVID-19, lo que dificultó la búsqueda de información. Sin embargo, a más de recurrir a fuentes secundarias, y dialogar y a veces debatir con ellas, los diferentes autores consultaron una amplia variedad de fuentes primarias, publicadas o inéditas, que variaron de país en país: informes presidenciales y memorias gubernamentales de los ministerios de Gobernación y Fomento, así como de los organismos sanitarios; debates del Congreso; reportes sanitarios de mortalidad y morbilidad proporcionados por direcciones de Estadística o al menos por otras autoridades y, en ausencia de estos, libros de defunciones del Registro Civil, partes hospitalarios e incluso registros parroquiales y de FamilySearch, el sitio web de genealogía de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días; libros médicos, publicaciones periódicas de institutos científicos y sociedades médicas, así como tesis de estudiantes de medicina; y, finalmente, la prensa cotidiana y algunas novelas.

Al leer los diez capítulos resulta evidente que hubo una guía para los autores o un acuerdo entre estos. Desde luego, los alcances de cada trabajo dependen del tiempo que ellos habían dedicado a investigar el tema, así como del número y calidad de las fuentes primarias y secundarias disponibles. Pero todos los trabajos abordan la historiografía de la pandemia en el país de que se trata, la situación política en el momento de la llegada de la influenza, las enfermedades epidémicas que afectaban a la población y las desigualdades sociales, las fuentes consultadas y la metodología seguida para obtener datos de morbilidad y mortalidad por influenza en las diferentes oleadas de la pandemia de 1918-1920 (tres, de acuerdo con algunas fuentes; cuatro en opinión de otras), la organización sanitaria, así como las medidas tomadas para tratar de prevenir o enfrentar la muerte colectiva. Todo ello, permite al lector encontrar semejanzas y diferencias, además de que en su introducción, los editores hacen algunas comparaciones entre lo sucedido en los diferentes países.

1 A partir de aquí no haré la distinción por sexo, pero al hablar de los autores, me estaré refiriendo a ellas y ellos.

La pandemia afectó, sobre todo en su segunda oleada, a prácticamente el mundo entero, con un elevado saldo de enfermos y muertos. A Latinoamérica llegó por mar y por tierra, por los mismos puntos por donde ingresaban los productos de importación o los migrantes; y se extendió a lo largo y ancho de los países, ayudada por el ferrocarril, la navegación en los ríos y la comunicación en los caminos. No en todos los países, o regiones dentro de estos, la pandemia se presentó en la misma oleada o con la misma intensidad, y también hubo heterogeneidad en cuanto a la duración de la epidemia. En general en el mundo los más afectados por la pandemia fueron los jóvenes de entre 20 y 40 años; aunque en Honduras, al parecer, los niños estuvieron entre los más vulnerables.

Dicen en su introducción los editores que “El riesgo de que una amenaza se transforme en adversidad es directamente proporcional a la vulnerabilidad de la sociedad que la enfrenta” (p. 10). Los autores describen sociedades en las que privaba la desigualdad, y muestran que la pandemia estuvo socialmente determinada. Predominaban las enfermedades respiratorias e intestinales, y viruela, sarampión, tosferina, difteria, disentería, fiebre tifoidea, tuberculosis, sífilis, escarlatina, tifus exantemático, fiebre amarilla, anquilostomiasis, cólera y peste bubónica se presentaban como endemias o como epidemias. Estas iban, con frecuencia, acompañadas de sequías, que provocaba desabasto de alimentos, y hambre; y otros desastres, como los terremotos que habían devastado la traza urbana en Guatemala, sumaban a los problemas colectivos de salud. Entre la población general, la mortalidad infantil constituía una alarma general y la esperanza de vida era muy baja. Por entonces, la migración del campo a la ciudad era constante y en la Argentina los inmigrantes extranjeros llegaban por cientos de miles. La tierra y la riqueza estaban concentradas en unas pocas manos, y había problemas habitacionales y de distribución de agua y alcantarillado. En suma, había contextos vulnerables que preparaban la llegada de la influenza y su alto impacto.

La escena política mundial de entonces estaba determinada por la Primera Guerra Mundial, en que los países europeos luchaban, entre otras razones, por los recursos de África; esta conflagración afectó las exportaciones de algunos países, por lo que en el momento en que la pandemia llegó, había una crisis económica. También los países de la región experimentaban profundos cambios políticos, económicos y sociales, caracterizados por extrema polarización.

La gripe ingresó a la Argentina en el momento de una nueva etapa política: en 1916 el radicalismo había ganado por primera vez una elección presidencial a partir del voto universal; sin embargo, las cámaras legislativas seguían siendo dominadas por la que, hasta ese momento, había sido la fuerza política hegemónica.

El inicio del siglo XX en Bolivia coincidió con la inauguración del período liberal, después de la denominada guerra federal, que enfrentó a las élites del sur y del norte, y los liberales –que se mantendrían durante dos décadas en el poder– rompieron su alianza con los indígenas. En Brasil, la abolición del trabajo esclavo desde 1888 había contribuido a que hubiera más actividades comerciales y fabriles y que la población se concentrara en las ciudades, sobre todo en los barrios más pobres. En Chile, asimismo, cuando llegó la pandemia había una masiva migración del campo a la ciudad, y en los arrabales, los pobres eran víctimas de injusticias. En Costa Rica, sectores poderosos de la sociedad habían dado un golpe de Estado en 1917; y la dictadura implicó un retroceso en los aspectos sanitarios y agudizó una crisis que provocó el deterioro de las condiciones de vida de la población. En el otoño de 1918, la ciudad de Guatemala experimentaba una de las crisis financieras y de abasto más severas de las que se tenga noticia en su historia. En Honduras, las diferencias políticas condujeron en 1919 a una guerra, que se unió a la pandemia. En México, la pandemia de influenza coincidió con el final de la revolución iniciada en 1910, la cual provocó hambre y

favoreció epidemias de tifo y viruela. En Venezuela, la pandemia ocurrió durante el gobierno dictatorial del general Juan Vicente Gómez, que coincidió con los inicios de la exploración petrolera, en el que hubo un salto entre el siglo XIX y la vida urbana contemporánea.

Las investigaciones se enfrentaron a problemas metodológicos similares, como los escollos que presentaron las fuentes para poder estimar la mortalidad, y más aún la morbilidad. Hubo, sobre todo al inicio de la pandemia de influenza de 1918-1920 dificultades para diagnosticar la influenza, que muy probablemente fue confundida con otras enfermedades respiratorias; otros obstáculos fueron los entierros no registrados, las personas que morían sin un diagnóstico o sin recibir atención médica, y la falta de censos que permitan calcular las tasas de mortalidad. Los autores recurrieron a diversas estrategias como comparar la mortalidad anual con la de años previos y estimar la sobremortalidad, hacer proyecciones de población utilizando los censos más cercanos disponibles, o cotejar diferentes fuentes; pero hubo un gran subregistro del número de muertos, y más aún del de enfermos. Aun así, los autores reconocen que la información que proporcionan es incompleta o inexacta.

En algunos países, no había estructuras sanitarias para llevar a cabo las medidas higiénicas; en otros las había (Dirección Nacional de Higiene, Departamento Nacional de Higiene, Consejo de Salubridad Pública, Consejo Superior de Higiene, Consejo Superior de Salubridad, juntas o ligas sanitarias, juntas patrióticas de saneamiento o redes de médicos de pueblo), y había igualmente códigos u otras reglamentaciones sanitarias, pero el sistema de salud no estaba preparado para enfrentar pandemias que tuviesen una extensión territorial amplia. En suma, los Estados fueron incapaces de contener la pandemia. Tampoco lograron hacerle frente las organizaciones civiles o la Fundación Rockefeller, donde esta tenía presencia.

La medicina fue impotente por la escasez de recursos humanos y materiales, pero también por las limitaciones que tenían entonces las ciencias médicas, como el hecho de que el agente causal aún no había sido descubierto. No existía tratamiento específico contra la gripe; pero, para tratar de curarla se recurría a dietas y purgantes, sudoríficos y antitérmicos, derivados del opio y quinina; baños en termas, cura con aparatos eléctricos, empleo de filtros de agua y rayos ultravioleta. Los remedios naturales fueron los más empleados por la población. Como medidas de salud pública, algunos países establecieron cuarentenas, mientras que otros no las instauraron para no afectar la economía. Medidas preventivas adicionales fueron: inspección de barcos y pasajeros; fumigaciones masivas en lugares públicos como fábricas, andenes de estaciones ferroviarias, bibliotecas, mercados y casas particulares, en especial donde vivían los enfermos de tuberculosis; denuncia obligatoria de la enfermedad, y aislamiento de quienes resultaban enfermos; vigilancia de la higiene personal y de la urbe; imposición de medidas de control sobre las aglomeraciones públicas, con suspensión de bailes y de fiestas cívicas y religiosas; recomendación del uso de máscara; clausura de salones de espectáculos, escuelas públicas o privadas, teatros, cines y paseos; prohibición a los deudos de asistir a los velorios, y restricciones al ingreso a mercados y cementerios, así como a posadas u hoteles. Pero no se pretendió frenar la producción en los talleres, y las oficinas públicas nunca se paralizaron; en algunos lugares no se cerraron las iglesias e incluso las cantinas. El Instituto de Bacteriología e Higiene de La Paz ensayó el desarrollo de una vacuna contra la gripe.

Las consecuencias de la pandemia fueron muy dolorosas para los ciudadanos. Las autoridades de algunas ciudades reportaban que la mayoría de la población había sido afectada. Hubo localidades que quedaron desoladas, ya fuera por muertes o porque la gente huía en busca de refugio. Muchas familias perdieron a sus seres queridos; algunos médicos también enfermaron y murieron. Los hospitales tuvieron que rechazar enfermos ante la imposibilidad de ofrecerles una cama. En los ferrocarriles, explotaciones mineras y otros

centros de trabajo, hubo dificultades porque muchos operarios enfermaron o murieron. La gente demandaba medicamentos, pero estos escaseaban y muchos farmacéuticos lucraban con la necesidad de los afectados. No había lugar suficiente en los panteones, y –como en pandemias pasadas– fue necesario recurrir a los entierros comunes.

Un aspecto que, en mi opinión, debería abandonarse, es la insistencia, presente en algunos capítulos, de posponer a la gripe o influenza el gentilicio de “española”, por más que así haya sido conocida la enfermedad en su momento. Como explica bien la introducción, fue otro su origen, e insistir en el adjetivo puede ser motivo de confusión, sobre todo cuando se emplea en el título del trabajo o en los casos en que no se escribe entre comillas.

Los méritos de la obra son muchos. Los países estudiados por este libro abarcan gran parte de América Latina. Los trabajos tienen un carácter cuantitativo, que permite una aproximación a la magnitud de la influenza de 1918-1920; es decir, al tamaño de ese problema colectivo de salud, medido en número de enfermos y muertos. Pero tienen, asimismo, un carácter cualitativo, que da cuenta de su trascendencia; o sea, de las repercusiones que la pandemia tuvo en los diferentes ámbitos de la vida de las personas. Los autores describen el papel desempeñado por diferentes actores sociales frente a esta emergencia sanitaria; exponen, por ejemplo, la colaboración que en muchos casos existió entre el Estado y los profesionales de la salud o las personas comunes, y recalcan la importancia de las organizaciones creadas desde la sociedad. Todos señalan los factores sociales, económicos, culturales y ambientales que aumentaron la susceptibilidad de las comunidades a esta crisis de salud, y muestran que la pandemia agudizó la pobreza de gran parte de la población.

No tengo duda de que esta será, es ya, una obra de consulta obligada.

Altez, Rogelio, Molina del Villar, América y Arrijoa Díaz Viruell, Luis Alberto (eds.) (2023). *La pandemia del olvido. Estudios sobre el impacto de la influenza en América Latina, 1918-1920*. México: El Colegio de Michoacán.

Alterar lo cotidiano: influenza y COVID-19 en México, Cuba y Argentina (1918-2020)

Disrupting everyday life: influenza, and COVID-19 in Mexico, Cuba, and Argentina (1918-2020)

Andrea Vicente García

Egresada del Programa de Maestría en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, UNAM

Cuando en 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró que la COVID-19 era una emergencia de salud pública internacional, los secretarios de salud de muchos países llamaron a la población a quedarse en casa o establecieron otros medios de control. Este escenario propició nuevas medidas de convivencia entre la población; el mundo cambió de manera significativa: la educación a distancia y el trabajo remoto, aunados a la interrupción de labores económicas y culturales consideradas “no esenciales”, e incluso los modos de saludar, lavarse las manos y estornudar se transformaron. Esto generó una alteración en la vida cotidiana y condujo a lo que se denominó una “nueva normalidad”. Ante esta dramática situación surge el problema de cómo comprender este tránsito de lo que era una normalidad a lo que se llamó una nueva.

El libro *Normalidad transformada por la influenza y la COVID-19 en México, Cuba y Argentina*, ofrece ejemplos de cómo la vida cotidiana y la sociedad cambiaron con la llegada de nuevos virus. La obra publicada en 2024 incluye, en sus 360 páginas, trece trabajos divididos en tres apartados: “La gripe ‘española’ de 1918-1919. Estudios de caso e intervenciones sanitarias”; “Otras pandemias de influenza: de la gripe de Mao a la gripe porcina” y “Viviendo la complejidad de la COVID-19. Entre la nueva normalidad y los desafíos por enfrentar”.

La obra nació, como lo menciona Luz María Espinosa Cortés en la Introducción, con el interés de reunir investigadores e investigadoras que –desde los enfoques histórico, social, epidemiológico y de la antropología médica– analizaran la complejidad con la que surgió y se desarrolló la influenza durante el periodo 1918-2009, y la COVID-19 a partir de 2019, y hace un breve recorrido histórico de las epidemias y pandemias causadas por el virus de la gripe y el coronavirus SARS-CoV-2. El objetivo principal de la publicación es presentar al lector, a través de distintas metodologías y disciplinas, el impacto de las intervenciones sanitarias, así como el papel de la información científica y periodística, como elementos que han afectado el contacto de la humanidad con nuevos virus. Busca, asimismo, identificar qué factores coincidan entre México, Cuba y Argentina, y cuáles han sido distintos.

El primer bloque del libro sobre la influenza de 1918-1919 concentra tres trabajos sobre México: el de América Molina del Villar, que estudia el país en general; el de Marciano Netzahualcoyotzi Méndez, sobre Calpulalpan, Tlaxcala, y el de Claudia Patricia Pardo Hernández y Oziel Ulises Talavera Ibarra acerca de Morelia, Michoacán, y otro de Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero y María Laura Rodríguez, sobre la Argentina.

Recibido: 24 / 01 / 2026

Aceptado: 27 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Vicente García, A., (2026).

Alterar lo cotidiano: influenza y COVID-19 en México, Cuba y Argentina (1918-2020). *Sekkan*. Vol 2, Núm. 4. pp. 111-115

Molina del Villar hace un balance historiográfico sobre la pandemia; sugiere comparar las medidas tomadas por las autoridades mexicanas y las de otros países del mundo, como Estados Unidos y España; señala los avances y límites de la ciencia médica de ese momento; plantea la relevancia de los conflictos armados en la rápida propagación de la influenza, y subraya las similitudes entre aquella pandemia y la de COVID-19, así como entre las medidas tomadas. Su propósito es analizar, desde el enfoque histórico, la relación entre las cuarentenas y el control social, así como los fines políticos que emergen cuando una enfermedad de tal magnitud asecha a la sociedad.

A través del análisis de las actas de defunción del municipio de Calpulalpan, una región rural del estado de Tlaxcala, Netzahualcoyotzi Méndez realiza un análisis de la mortalidad por influenza, diferenciada por edad y sexo, entre enero y diciembre de 1918; analiza la distribución de la epidemia en el municipio, con algunos espacios exentos; así como los patrones de diseminación de la enfermedad, en pueblos, fincas y familias. El autor, además, estudia las medidas sanitarias promovidas por las autoridades, como la regulación de actividades religiosas, y su impacto, proporciona elementos sobre los determinantes sociales de la enfermedad que pudieron haber repercutido en el avance y el control del contagio, y analiza los efectos sociales de la pandemia.

Pardo Hernández y Talavera Ibarra analizan la magnitud de la pandemia de influenza, en la capital del estado de Morelia. Para hacerlo, toman como fuente las actas de defunción del Registro Civil del municipio de Morelia, localizadas en la página web de Family Search; a partir de ello construyen una base de datos para observar el comportamiento de la mortalidad entre 1913 y 1923, y se concentran después en los periodos de mayor mortalidad, que coinciden con las de las olas de 1918 y 1920 de la pandemia. Muestran que el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 40 años de edad, y estudian la ocupación de las víctimas, e identifican factores sociales que se sumaron a la crisis sanitaria, como la inseguridad, pues el bandolerismo era un problema que mantenía en tensión al gobierno municipal y a la población de Morelia. Los autores subrayan que, aunque el cementerio de la ciudad estaba desbordado de cadáveres, tanto las autoridades como la prensa minusvaloraron el padecimiento, y al no dar información a los habitantes, impidieron que la población se protegiera.

Rivero, Carbonetti y Rodríguez estudian un importante periódico argentino, *La Semana Médica*, durante algunos meses de 1918 y 1919, con el que tratan de acercarse a la manera en que el gremio médico argentino actuó frente a la crisis sanitaria que significó la pandemia de influenza de esos años. Los autores muestran la preocupación de algunos médicos por el agente causal de la influenza, entonces aún desconocido, o los factores que favorecían su desarrollo; señalan el reconocimiento de estos profesionales de la salud de que no había, en ese momento, tratamientos específicos, a pesar de lo cual experimentaban con algunos remedios, y opinan que las controversias entre los facultativos permiten estudiar aspectos de la ciencia médica argentina del momento.

La segunda parte del libro sobre otras pandemias de influenza en la historia reúne tres trabajos, el de Adriana Alvarez, sobre la pandemia de influenza de finales de los 1960 en Argentina, y los de Víctor Manuel Gutiérrez y Anna María Fernández Poncela sobre la influenza AH1N1 de 2009 en México.

Alvarez recorre de forma panorámica los diferentes episodios pandémicos de influenza del siglo XX, con la finalidad de mostrar cambios y continuidades; sostiene que es importante estudiar la pandemia de influenza, que inició en 1968 y recorrió muchos países del mundo, incluyendo los de América del Sur, por considerarla un eslabón clave en la cadena de sucesos pandémicos recientes. Subraya que ciertas pandemias pasaron al olvido, entre ellas, la denominada “gripe de Hong Kong” o “gripe de Mao”, y advierte sobre los usos políticos de haber dado estas denominaciones a la pandemia, la cual se dio en el marco de la

Guerra Fría. La autora llama la atención a la escasa importancia que los gobiernos, las autoridades sanitarias y la prensa dieron a la influenza de los 1960, y concluye que la pandemia tuvo una abordaje más político que epidemiológico.

Gutiérrez Gómez expone la epidemiología y desarrollo de la influenza A (AH1N1) de 2009 en México, y el papel que desempeñó la vigilancia epidemiológica para monitorear la transmisión del virus, con el apoyo de estudios de laboratorio y diagnósticos clínicos. Mediante la explicación de seis gráficas, expone la importancia de interpretar la curva epidemiológica, para visualizar el inicio de una epidemia, mostrar la magnitud de la enfermedad, y evaluar si las medidas implementadas resultan efectivas. Se cuestiona, sin responder, si las acciones tomadas contra esa pandemia, que tuvieron un alto costo económico, fueron exageradas en relación con la gravedad del virus, y piensa que sirvieron como un ensayo para pandemias más graves.

Fernández Poncella presenta un acercamiento a algunos de los pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos de las personas, durante la pandemia de 2009, a partir de una encuesta aplicada en junio de ese año a 200 residentes de la ciudad de México, 50% de cada sexo y de diferentes edades, y de las entrevistas hechas en 2019 a jóvenes que diez años antes eran niños sobre sus recuerdos de ese evento. La autora analiza cómo esos pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos variaron dependiendo de la edad, posición económica, actividad laboral y profesión, y propone revisar el papel desempeñado por los medios de comunicación –como la televisión y las redes sociales– en la percepción social de las pandemias y en el seguimiento de las medidas de protección sanitaria.

La tercera parte de la obra agrupa seis trabajos relacionados con la pandemia de COVID-19: uno sobre Cuba, de Enrique Beldarraín Chaple; otro acerca de Argentina, de Anahí Sy; dos sobre México: el de Isaac Núñez y Carlos Aguilar-Salinas y el de Jazmín Mora Ríos, Consuelo Cervantes, María Teresa Saltijeral y Luciana Ramos; y dos más que no se limitan a un país: el de Luz María Espinosa Cortés y el de Jesús Armando Haro y Ariadna Mercado Córdoba.

Beldarraín Chaple analiza en su capítulo la evolución de la pandemia de COVID-19 en Cuba, y el impacto que esta tuvo en los grupos más afectados; describe las rigurosas medidas tomadas para enfrentarla: pesquisa activa por parte de los miles de médicos que cubren todo el territorio nacional, limitación de la transportación internacional y cierre de aeropuertos y estaciones de trenes, así como restricción de las actividades comerciales y escolares; habla de las instituciones responsables de tratar y prevenir la COVID-19, y el desarrollo en la isla de 16 ensayos clínicos sobre nuevos medicamentos y vacunas. El autor concluye que en Cuba hubo un adecuado control de la pandemia, con atención del 100% de los casos confirmados y de sus contactos, sin colapsar su sistema de salud, sin haber reportado, niños, embarazadas o trabajadores de la salud fallecidos.

En su trabajo sobre la interacción entre las enfermedades metabólicas, como diabetes y obesidad, y la COVID-19, Núñez y Aguilar-Salinas señalan que las personas afectadas por las primeras tuvieron un mayor riesgo de padecer COVID-19 grave o COVID-larga; también, que durante la pandemia hubo una disrupción en los servicios de salud y el acceso a medicamentos, que afectaron en especial a las personas con enfermedades crónicas; y que los estilos de vida sedentaria, favorecidos por el encierro, hicieron incrementar el riesgo de padecer enfermedades metabólicas. Finalmente, hacen hincapié en la necesidad de expandir los servicios de salud para brindar atención a las personas con enfermedades metabólicas, con el objetivo de que la cobertura sea más amplia que antes de la pandemia.

Espinosa Cortés reflexiona sobre la triada pobreza, hambre e inseguridad alimentaria, en América Latina y el Caribe, en el contexto de la COVID-19; sostiene –como han hecho diversos organismos internacionales–, que el paro forzado de actividades económicas en

diversos sectores, provocó que una crisis global de salud pública derivara en otra de hambre –ligada, además, a conflictos sociales y crisis climática–, la cual hizo evidente la enorme desigualdad que hay en el mundo; se cuestiona si será posible alcanzar los objetivos del desarrollo sostenible de la Organización de Naciones Unidas, por los que los países se han comprometido a la reducción de la pobreza y las desigualdades, así como el hambre cero para 2030; por último, dialoga con diferentes propuestas –como la del gobierno de Brasil y la de la denominada Vía Campesina– que buscan la soberanía alimentaria y el uso sostenible de los recursos naturales, las cuales deberían tomarse en cuenta para enfrentar futuras crisis humanitarias.

A partir de entrevistas semiestructuradas realizadas durante la última pandemia a 38 trabajadores de hospitales públicos de la zona urbana que rodea a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (incluyendo personal administrativo, de atención médica, salud mental, enfermería, trabajo social, bioquímica, seguridad y limpieza), Sy buscó acceder a las narrativas de sus experiencias laborales en tiempo de la COVID-19. Posteriormente, realizó un análisis del contenido de estas: la coexistencia de la pandemia con enfermedades y problemas preexistentes, las nuevas normas hospitalarias que amenazaron la autonomía de los trabajadores de la salud, la escasez de insumos, el miedo, la violencia, los comités de crisis, el intento de vuelta a la normalidad, todo lo cual –opina la autora– plantea la necesidad de una aproximación sindémica a los problemas de salud, así como de transformaciones profundas.

Mora Ríos y otros se ocupan del estigma y los malestares emocionales a causa de la pandemia de COVID-19 en población adulta en México, para lo cual analizaron la información proporcionada por 2,650 informantes, de entre 18 y 72 años, que respondieron una encuesta en línea, desarrollada por un equipo de investigadoras de las ciencias sociales. Entre los malestares y síntomas reportados por los participantes estaban el enojo, la pérdida de control, el desgano, la tristeza, la depresión, la apatía... Hicieron luego un análisis lexicográfico de las palabras más frecuentes en las respuestas abiertas para destacar los conceptos clave del imaginario social en torno a la preocupación por la pandemia. En opinión de los autores, la pandemia hizo evidente la necesidad de atender los problemas de salud mental que afectaron a la población en ese periodo, y aclaran que, a pesar de los desafíos, la pandemia de 2020 no tuvo únicamente consecuencias negativas, pues los participantes de las entrevistas también señalaron aspectos positivos.

Haro y Mercado Córdova presentan una cronología de la pandemia, que –en su opinión– puede ser considerada un observatorio que intenta dar cuenta de una selección de hechos clave de la pandemia, la cual para estos autores “constituye un hecho social total, que impacta simultáneamente en lo individual, lo familiar, lo comunitario, lo social y su gobernanza (Haro y Mercado Córdova: 326). Los autores destacan la incertidumbre que caracterizó a la pandemia de COVID-19, y plantean preguntas con las que invitan a la reflexión sobre las medidas y políticas implementadas por los gobiernos, las respuestas sociales ciudadanas, así como las consecuencias de la pandemia en lo biológico, económico, social, político y cultural.

Quizá un desafío para el lector no especializado que se acerque a esta obra sea la dificultad de asimilar el lenguaje técnico de algunos trabajos; mientras que la repetición de información sobre el agente causal y los síntomas de la influenza y la COVID-19, lo mismo que sobre el origen de las pandemias, en casi todos los capítulos, puede distraer al lector de la importante información específica que cada uno de ellos proporciona.

Un atractivo de este libro es la intención de abarcar a América Latina y el Caribe, no sólo por la suma de trabajos de tres países, sino porque varios de ellos se ocupan de algún aspecto de las pandemias en la región; otro es el diálogo entre pasado y presente, que

muestra que el miedo individual y colectivo, la incertidumbre, las desigualdades sociales y, sobre todo, la alteración de la vida cotidiana han sido comunes en el desarrollo de epidemias y pandemias a lo largo de la historia; y uno más es el hecho de que la introducción y los trece capítulos de la obra abordan, desde distintas metodologías, las implicaciones sanitarias, políticas, económicas y sociales que tuvieron las pandemias de influenza y de COVID-19 en la Argentina, Cuba y México. Esta diversidad de miradas, presentes en la obra, amplía el horizonte de reflexión, y permite estudiar y comprender las pandemias como procesos que requieren ser analizados desde múltiples disciplinas.

Espinosa Cortés, Luz María, Aguilar Salinas, Carlos A. y Beldarraín Chaple, Enrique (eds.) (2024). *Normalidad transformada por la influenza y la COVID-19 en México, Cuba y Argentina*, México: Bonilla Artiga e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán..

Cuerpo, palabra y comunidad: literatura y medicina en *Catorce días*, editado por Margaret Atwood y Douglas Preston

Pilar Carrillo Farga

<https://orcid.org/0000-0003-3342-403x>

Facultades de Medicina e Ingeniería, Universidad Nacional Autónoma de México

Catorce días es una novela singular que se sitúa en un punto de intersección especialmente fértil: aquel en el que se cruzan la literatura, la enfermedad, el aislamiento y la vida en comunidad. Surgida durante la pandemia de COVID-19, la obra fue concebida como un proyecto colectivo de escritura en el que varios autores, pertenecientes al Authors Guild,¹ con trayectorias, estilos y registros muy distintos, dan voz a los habitantes de un edificio de Manhattan los cuales, confinados por la misma emergencia sanitaria, se reúnen –manteniendo la sana distancia– en la azotea del inmueble y comparten historias de todo tipo durante catorce noches consecutivas, dando como resultado una exquisita polifonía narrativa.²

A lo largo de toda la novela hay intertextualidad con muchas obras literarias, algunas relacionadas con epidemias.³ Sin embargo, no es una copia del modelo, ni tampoco solo una muestra de erudición; en *Catorce días*, el acto de narrar muestra su significado más profundo: frente a la enfermedad, la incertidumbre y la amenaza constante de la muerte, contar historias se convierte en una forma de sostenerse, de acompañarse y de resistir; registrarlas, en un modo de no morir.

La obra no es una crónica de la pandemia, ni todas las historias que ahí se relatan abordan de manera directa la enfermedad o la pasada emergencia sanitaria. Sin embargo, desde una perspectiva de las humanidades médicas, *Catorce días* ofrece un campo de análisis privilegiado, ya que es en sí un documento ligado a la experiencia del miedo al contagio, del duelo, y sobre todo a la necesidad de los personajes de dar un sentido a sus propias vidas, porque “¿Sabéis qué da más miedo que la muerte?” [...] “Ser *olvidados*” (Atwood y Douglas, 2024b: 405).

La voz narrante –una joven que acepta como un repliegue ante su situación inestable un trabajo como conserje del edificio–, marca la pauta, casi como un ritual, rítmico, y al

Recibido: 12 / 01 / 2026

Aceptado: 19 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Carrillo Farga, P., (2026).

Cuerpo, palabra y comunidad: literatura y medicina en *Catorce días*, editado por Margaret Atwood y Douglas Preston. *Sekkan*. Vol 2, Núm. 4. pp. 116-119

1 El Authors Guild es una asociación de escritores, con sede en Estados Unidos, que representa y defiende los derechos e intereses de los escritores.

2 Los treinta y seis autores, que no firman la parte escrita por cada uno si bien los créditos de cada relato están dados al final de la obra, son Charlie Jane Anders, Margaret Atwood, Joseph Cassara, Jennine Capó Crucet, Angie Cruz, Pat Cummings, Sylvia Day, Emma Donoghue, Dave Eggers, Diana Gabaldon, Tess Gerritsen, John Grisham, Maria Hinojosa, Mira Jacob, Erica Jong, C. J. Lyons, Celeste Ng, Tommy Orange, Mary Pope Osborne, Douglas Preston, Alice Randall, Ishmael Reed, Roxana Robinson, Nelly Rosario, James Shapiro, Hampton Sides, R. L. Stine, Nafissa Thompson-Spires, Monique Truong, Scott Turow, Luis Alberto Urrea, Rachel Vail, Weike Wang, Caroline Randall Williams, De'Shawn Charles Winslow y Meg Wolitzer.

3 Indirectamente con el *Decameron* de Boccaccio, por la estructura de la obra, o lo que leemos en la narración de James Shapiro, uno de los autores, en “Shakespeare en los tiempos de la plaga”, por nombrar algunos.

margen de las historias narradas, reportando, como nos acostumbramos todos a escuchar, el número de contagiados y de muertos, la comparación con otras ciudades y países, los vítores de las siete en punto a los profesionales de la salud –la llamada cacerolada–, las indicaciones y explicaciones dadas por los expertos, la descripción de las sirenas a lo lejos –y a veces no tan lejos–, el volver su pensamiento continuamente a su padre, encerrado en un asilo y con el que no puede comunicarse. “Un pensamiento terrible me pasó por la cabeza antes de que pudiera aplastarlo: el deseo de que mi padre hubiera muerto antes de que llegara esta pandemia” (Atwood y Douglas, 2024b: 122).

La pandemia queda siempre como un trasfondo omnipresente que condiciona cada relato. El cuerpo, amenazado por un virus invisible, se convierte en el centro silencioso de la narración, incluso cuando no se le nombra.

Desde el punto de vista médico, es interesante la forma en que la literatura se presenta como gesto de resistencia humana y para crear comunidad frente al dolor y la incertidumbre. Uno de los pasajes más significativos al respecto, es cuando *monsieur* Ramboz, después de aclararse la voz, dice que está convencido de que contarse historias en desafío de la pandemia es algo extraordinario, por lo que propone grabarlas para la posteridad. La idea provoca el rechazo de algunos de los personajes, pero Ramboz defiende su idea al señalar que lo que sucede en ese lugar es “una afirmación de la humanidad frente al terror y a la banalidad del virus”, lo cual “no debería de ser olvidado” (Atwood y Douglas, 2024b: 302).

En este sentido, *Catorce días* permite explorar dos ejes principales –entre muchos, muchos otros–: por un lado, la estrecha relación entre la Medicina y la Literatura y, por el otro, el papel de la narración como instrumento privilegiado para expresar el dolor, la enfermedad y la experiencia colectiva. La obra es un ejemplo tangible del modo en que la literatura funciona como un complemento esencial de la medicina, pues es capaz de expresar cosas que la clínica a menudo no puede capturar: el impacto emocional y existencial de la enfermedad colectiva: el aislamiento, la ansiedad, la sensación de irrealidad y el miedo constante a la muerte son elementos que raramente aparecen en los informes médicos, pero que no por ello dejan de ser una parte esencial de la experiencia del paciente y de la comunidad.

Desde esta perspectiva, *Catorce días* dialoga con la medicina narrativa, una corriente que sostiene que los profesionales de la salud deben desarrollar competencias literarias como la escucha, la interpretación y la empatía, para comprender mejor a sus pacientes. El libro editado por Atwood y Preston podría funcionar como un ejercicio de medicina narrativa: cada historia es una confesión, un intento de comprender el sufrimiento propio y ajeno. Todo esto opera en dos niveles: entre los personajes, obviamente, y de forma directa con el lector que ha vivido la experiencia de la pandemia y que puede reconocerse en la obra.

Aunque probablemente no sea lo que se propone *Catorce días*, el acto de contar historias durante el confinamiento tiene un efecto claramente terapéutico. Los personajes no narran para curarse de algo, sino para sobrevivir emocionalmente. Escribir o contar historias ayuda a procesar el trauma, a dar representación a experiencias caóticas y a reducir la sensación de aislamiento.

Uno de los grandes desafíos tanto de la medicina como de la literatura es el dolor. La medicina recurre a escalas numéricas, clasificaciones y descripciones técnicas; la literatura, en cambio, utiliza instrumentos como expresiones de sentimientos –que no tienen lugar en la anamnesis–⁴ metáforas, silencios, imágenes. No es casual que, a lo largo de los

⁴ Anamnesis, o anámnesis, en medicina, es la entrevista clínica donde un profesional de la salud recopila la historia de un paciente para entender su estado de salud, diagnosticar sus enfermedades y proponer un tratamiento.

relatos, aparezcan referencias a otras obras de la tradición literaria que respondieron a situaciones similares. La literatura da voz a lo que es difícil decir directamente.

Otro aporte interesante del libro es su representación de la comunidad. Los personajes, aunque distintos entre sí, forman una hermandad narrativa, y al final de la obra, también una hermandad afectiva. La enfermedad colectiva obliga a repensar los vínculos humanos: cuando no es posible el contacto físico, sí puede haber uno simbólico a través de la palabra. Del mismo modo, uno de los aprendizajes centrales que *14 días* ofrece a la medicina es la importancia de la escucha. En el libro, cada historia es escuchada por los demás con atención y respeto. No hay juicios, no hay interrupciones, no hay intentos de corregir o subestimar el relato del otro; simplemente parece que las narraciones van *in crescendo* tornándose cada vez más sorprendentes. Esta actitud tiene implicaciones éticas profundas. En el ámbito médico, escuchar al paciente es un acto fundamental de respeto y reconocimiento de su dignidad. La literatura, al entrenarnos en la escucha atenta de voces diversas, contribuye a formar profesionales más sensibles y humanos. No cabe duda de que esta es la razón por la que la materia Literatura y Medicina tiene cada vez más presencia en las escuelas de Medicina.

La pandemia evidenció uno de los riesgos más graves de la medicina moderna: la deshumanización. Cuando los pacientes se convierten en números, camas ocupadas o estadísticas, se pierde de vista la dimensión humana del cuidado. *Catorce días* funciona como un antídoto contra esta tendencia, pues nos recuerda que detrás de cada enfermedad hay una historia.

La idea de presentar el libro colectivo como la “transcripción de un manuscrito sin reclamar, hallado en un almacén” (Atwood y Douglas, 2024b: 15) resulta especialmente sugerente. Solo en contadas ocasiones se percibe que alguna pluma destaca sobre las demás, pero incluso esas diferencias refuerzan la cohesión del conjunto, que se lee como la narración de una sola voz. La novela, al mismo tiempo coral y fragmentaria, recuerda a una sinfonía –en este caso específico muy bien dirigida–, en la que cada voz-instrumento tiene algún pasaje destacado, pero siempre dialoga con los demás, provocando armonías y disonancias, equilibrios y tensiones sonoras. Todo esto, y mucho más, la convierten en una novela en verdad extraordinaria y sin reservas merecedora de ser leída desde el principio hasta el inesperado final. Quizá sea precisamente la acumulación de historias distintas, de perspectivas diversas que, sin embargo, miran todas desde un mismo punto –el de la pandemia–, lo que permite al lector reconocerse en ellas: en sus angustias compartidas, sus deseos y proyectos suspendidos, y también sus miedos.

Catorce días, editado por Atwood y Preston, es más que una colección de relatos sobre el confinamiento. Es una obra que pone en diálogo a la literatura y la medicina, mostrando cómo ambas disciplinas comparten un interés central: comprender y acompañar el sufrimiento humano. Desde un punto de vista médico, el libro evidencia todas las emociones que difícilmente el paciente revela a su médico. Desde el punto de vista literario, muestra que la narración no es una actividad superflua, sino –aunque no haya una conciencia clara de ello– una herramienta fundamental para atravesar situaciones de crisis.

La literatura, como muestran los autores que dan voz a los personajes atrás de las bambalinas, no sustituye a la medicina, pero la complementa de manera significativa. Allí donde la práctica médica encuentra sus límites –cuando no puede curar ni dar explicaciones suficientes–, la literatura brinda palabras, escucha y compañía. Y la narración de estos elementos le ofrece a su vez a cualquier lector un elemento de sanación cuando a su vez se refleja en lo vivido no solo en las historias, sino en el contexto en el que se desarrolla la historia. En un mundo marcado por la tecnificación y la falta de tiempo, *Catorce días* subraya que el cuidado del cuerpo no puede desligarse de la historia del sujeto, y que cuando

retrata la enfermedad y la muerte colectiva, da cuenta del sentir de una sociedad, y es por ello también un instrumento de apoyo para la historia de la medicina.

Bibliografía

Atwood, Margaret y Preston, Douglas (eds.) (2024a). *Fourteen days*. Nueva York: Harper Collins.

Atwood, Margaret y Preston, Douglas (eds.) (2024b). *Catorce días*. Trad. Javier Calvo. Madrid: AdN.

Sekkan

Volumen 2 | No. 4 | Enero - junio 2026

<https://revistas.uadec.mx/sekkan/> | ISSN: 3061-7626

Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Coahuila,
a través de la Dirección de Investigación y Posgrado
y la Facultad de Ciencias de la Comunicación



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
COAHUILA



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
Y POSGRADO



Facultad de Ciencias
de la Comunicación