



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**LA PANDEMIA DE CÓLERA EN MÉXICO.
CAMBIOS Y CONTINUIDADES DE LOS PROCESOS DE SALUD
Y ENFERMEDAD EN YUCATÁN 1991-1994**

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN HISTORIA

P R E S E N T A

YESENIA ESTEFANIA CASTILLO PUC

DIRECTORA DE TESIS: DRA. INÉS ISABEL CORTÉS CAMPOS

MÉRIDA, YUCATÁN, FEBRERO DE 2025

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis fue posible gracias a la beca otorgada por el CONAHCYT, actualmente SECIHTI, que me fue otorgada durante los estudios de maestría (2022-2024). El presente trabajo es parte del proyecto “La expansión de la medicalización en contextos de vulnerabilidad socioeconómica en el sureste de México: saberes, prácticas y experiencias en torno al proceso salud/enfermedad/atención”, del fondo Ciencia de Frontera del CONAHCYT (ahora SECIHTI), clave CF-2023-G-870. Agradezco al Posgrado de la Maestría en Historia del CIESAS por su siempre apoyo.

Mi admiración y profundo agradecimiento al equipo de trabajo conformado por la Dra. Paola Peniche y Jesús Lizama cuyo interés y valiosos comentarios enriquecieron significativamente este trabajo. Agradezco la invaluable ayuda de la Dra. Inés Cortés, quien con toda dedicación y profesionalismo me asesoró en cada etapa de la investigación; impulsando el interés en seguir estudiando. Agradezco a los tres porque constantemente compartieron su tanto conocimiento, sobre todo, ese que se forma desde la vida cotidiana, porque así retomé los ánimos cuando estaban decaídos. Mi gratitud también es hacia el Dr. Gabriel Angelotti, a quien tuve la dicha de conocer en mi formación como antropóloga social y que, desde entonces, dejó en mi la motivación para constantemente pensar en el ¿Por qué? y ¿Cómo? de los procesos sociales.

Después de la etapa vivida en la Maestría en Historia se agrega a mi reflexión el ¿Cuándo?, para reconocer las maneras en las que el pasado ilumina el presente. Gracias a cada una de las personas que confiaron en compartir sus testimonios vividos; enriqueciendo esta investigación con sus diversas maneras de entender los procesos de salud y enfermedad.

Y más gracias a Liliana Margarita De Lendys, por siempre acompañarme incondicionalmente.

LISTADO DE SIGLAS

(APAZU) Programa de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento en Zonas Urbanas
(APS) Atención Primaria de Salud
(BID) Banco Interamericano de Desarrollo
(BM) Banco Mundial
(CONASUPO) Compañía Nacional de Subsistencias Populares
(CONACED) Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas
(CONEVAL) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
(CORDEMEX) Cordeleros de México
(CT) Toxina colérica
(DIF) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
(DOF) Diario Oficial de la Federación
(DGE) Dirección General de Epidemiología
(FDN) Frente Democrático Nacional
(FMI) Fondo Monetarios Internacional
(IMSS) Instituto Mexicano del Seguro Social
(INEGI) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
(ISSSTE) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
(JAPAY) Junta de Agua Potable y Alcantarillado de Yucatán
(MAPS) Modelo de Atención Primaria Selectiva
(OMS) Organización Mundial de la Salud
(OPS) Organización Panamericana de la Salud
(OSP) Oficina Sanitaria Panamericana
(PAN) Partido Acción Nacional
(PALTEX) Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
(PRONALIM) Programa Nacional de Alimentación
(PASSPA) Programa de Apoyo de los Servicios de Salud a la Población Abierta
(PRONAGUA) Programa Nacional de Aprovechamiento del Agua
(PRONACED) Programa Nacional de Control de las Enfermedades Diarreicas
(PNS) Programa Nacional de Salud
(PRONASOL) Programa Nacional de Solidaridad
(PRH) Programa de Reordenación Henequenera
(PRI) Partido Revolucionario Institucional
(SSA) Secretaría de Salud
(SARH) Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos
(SNS) Sistema Nacional de Salud
(SINAVE) Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
(UMR) Unidades Médicas Rurales

(UNICEF) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(PNUD) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RELACIÓN DE MAPAS

Mapa 1.- “Desplazamiento del cólera en Asia (1960-1970)”	26
Mapa 2.- “Casos de cólera en las américas (1991)”	32
Mapa 3.- “Estados que reportaron casos de cólera de 1991 a 1992”	40
Mapa 4.- “Estados que reportaron casos de cólera de 1993 a 1994”	41

RELACIÓN DE GRÁFICAS

Gráfica 1.- “Casos de cólera reportados en México 1991-2001”	43
Gráfica 2.- “Casos de cólera reportados en Yucatán 1991-1997”	44

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1.- “Tesis de Medicina consultadas”	16
Tabla 2.- “Enfermedades gastrointestinales en Yucatán (1991-1994)”	47
Tabla 3.- “Dosis y aplicación profiláctica”	96

RELACIÓN DE IMÁGENES

Imagen 1.- “Infografía Ayúdanos a protegerte”	83
---	----

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	1
I.I.- Pertinencia de la problemática	1
I.II.- Metodología y enfoque	2
I.III. - Fundamentos teóricos	5
<i>a) Vulnerabilidad social, riesgo y amenaza</i>	6
<i>b) Percepción del riesgo</i>	9
<i>c) Biopolítica y las tecnologías del yo</i>	11
I.IV.- Las fuentes y su interpretación	12
<i>a) Boletines epidemiológicos</i>	14
<i>b) Prensa local y comerciales emitidos en la televisión nacional</i>	14
<i>c) Tesis de la Universidad Autónoma de Yucatán</i>	15
<i>d) Testimonios orales</i>	18
I.V.- Temporalidad y espacio de estudio	19
I.VI.- Capitulado	20
CAPÍTULO 1.- RECONSTRUYENDO LA PANDEMIA DE CÓLERA EN MÉXICO Y YUCATÁN (1991-1994)	22
1.1.- Características del <i>Vibrio cholerae</i> en los boletines de la OPS y su relación con el brote y propagación	23
1.2.- El marco global de la pandemia y su llegada hacia el continente americano	25
1.3.- El papel de la prensa nacional mexicana y local yucateca previo a los primeros casos reportados en México	33
1.4.- El caso de Yucatán: un reflejo de la pandemia en México	43
1.5.- Reflexiones contemplativas	49
CAPÍTULO 2.- EL BROTE DE CÓLERA EN MÉXICO Y YUCATÁN. UNA CARACTERIZACIÓN DE LA CRISIS SANITARIA DE FINALES DEL SIGLO XX	51
2.1.- Características de las reformas en México del sector salud 1988-1994	51
2.1.1.- <i>El enfoque del Modelo de Atención Primaria Selectiva</i>	52
2.1.2.- <i>Intervención gubernamental: enfermedades gastrointestinales, desnutrición y acceso al agua</i>	57
2.2.- El contexto del estado Yucatán ante las políticas neoliberales	64
2.2.1.- <i>Características de la gestión gubernamental estatal y municipal</i>	65
2.2.2.- <i>Procesos de cambio socio-económico de Yucatán</i>	66
2.2.3.- <i>Enfermedades gastrointestinales, desnutrición y programas de salud en Yucatán 1990</i>	69
2.2.4.- <i>Situación del agua potable en Yucatán</i>	75

2.3.- Reflexiones contemplativas.....	78
CAPÍTULO 3.- LAS RESPUESTAS SOCIALES Y GUBERNAMENTALES EN YUCATÁN ANTE LA PANDEMIA DE CÓLERA.....	80
3.1.- Las campañas mediáticas del Sistema Nacional de Salud contra el cólera	81
3.1.1.- <i>Estudiantes de Medicina en servicio social, sujetos vigilantes de la higiene en el medio rural.....</i>	<i>85</i>
3.1.2.- <i>Mandatos internacionales, problemas locales: Promoviendo la higiene y la salud como herramientas para el desarrollo</i>	<i>89</i>
3.2.- El sistema de salud y la atención de enfermos de cólera en Yucatán	95
3.3.- Reflexiones contemplativas.....	103
CONCLUSIONES.....	105
Bibliografía.....	113

I.- INTRODUCCIÓN

La presente tesis responde al siguiente cuestionamiento: ¿cómo las políticas neoliberales y los procesos globales influyeron en el surgimiento, desarrollo y respuesta ante la pandemia de cólera en México y Yucatán de 1991 a 1994? En la investigación se comprobó que la crisis sanitaria de la última década del siglo XX desencadenó una pandemia de cólera en una de las etapas más recientes de los procesos de globalización. Se argumenta que el brote de cólera en Yucatán fue influido por condiciones estructurales de vulnerabilidad que, en el marco del neoliberalismo, fueron acentuadas. En el presente trabajo se identificaron y destacaron tres de dichas condiciones de vulnerabilidad: la prevalencia de enfermedades gastrointestinales, la desnutrición y el desabastecimiento de agua potable.

En esta tesis, la construcción de una narrativa histórica de lo sucedido en Yucatán, a partir de la confirmación del primer caso de cólera y el curso de la pandemia, resaltando el contexto socioeconómico y de vulnerabilidad en la salud de la población ligado a todo el país, permite explicar la respuesta neoliberal de la época ante un hecho epidemiológico. Algunas de estas respuestas tuvieron como principal directriz la responsabilidad individualizante y la perduración de la ideología de educar a los pobres en temas de higiene.

I.I.- Pertinencia de la problemática

En México, la década de 1990 fue una época de continuidad de un proceso de transición política, económica y social entre el modelo desarrollista y la reforma del Estado. La política implementada por el entonces presidente Carlos Salinas de Gortari se caracterizó, entre otros elementos, por la apertura económica, la privatización de empresas estatales y la reducción del papel del Estado en la economía, con el objetivo de modernizar al país y atraer inversiones extranjeras para impulsar el crecimiento económico (Concepción, 2006, p. 20-21). La ideología tecnocrática influyó en el diseño y metas de los programas e instituciones de gobierno. Tal fue el caso del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) y el Programa Nacional de Salud (PNS) que tuvieron como objetivos mejorar la salud de la población a largo plazo. La política social

priorizó la optimización de recursos mediante el diseño y ejecución de estos programas que estuvieron basados en recomendaciones de organismos internacionales. Sus metas incluían la prevención, el fortalecimiento del sistema de salud y la atención a grupos vulnerables.

Uno de los fenómenos epidemiológicos que se vivirían al mismo tiempo que se instauraron el PNS y el PRONASOL fue el brote de cólera de 1991. En ese año, luego de 138 años sin que se registrara un brote de importancia de esa enfermedad en el país, llegó lo que se denominó, y sigue denominándose, la séptima pandemia. A pesar de que ya se contaba con un sistema de salud aparentemente bien estructurado y mejorado bajo el PNS, a finales de diciembre del año mencionado, se habían confirmado 2 690 casos de cólera en el territorio nacional. El inicio de esta pandemia evidencia que las condiciones de vida del grueso de la población no tuvieron cambios de fondo, sino que México seguía siendo un país caracterizado por mantener en condiciones de vulnerabilidad a amplios sectores, sin mucha diferencia con respecto a los primeros años de la posrevolución, en el periodo previo a la expansión de la salud pública en el país.

I.II.- Metodología y enfoque

Las experiencias vividas en el año 2020 durante la pandemia de COVID-19 recuerdan y permiten afirmar que existen similitudes históricas en cuanto a los efectos sociales de las pandemias. Las múltiples ideas sobre sus orígenes, las respuestas de las autoridades, el miedo a la enfermedad, la segregación de los enfermos, los tratamientos curativos para la enfermedad son ejemplos de las acciones humanas en estrecha relación con procesos biológicos. Estas acciones dependerán, entre otros factores, de los contextos históricos, políticos y económicos de cada época. Tal como propone Molina (2018, p. 94): “de ahí el gran reto que entraña estudiar determinada epidemia o pandemia desde diferentes perspectivas de estudio, en virtud de que abre un abanico de problemas que sin lugar a dudas permite conocer con mayor profundidad a las sociedades en el pasado y presente”.

En esta tesis, la línea investigativa que se siguió es la que plantea la correlación entre pandemias y épocas o etapas históricas, relación sobre la que ha avanzado principalmente la epidemiología histórica. Esta línea plantea que el surgimiento,

desarrollo y alcances de una epidemia son procesos íntimamente ligados a las características socio-históricas que definen a una época. La fase histórica a partir de la cual se analizó la epidemia de cólera de 1991 contempla dos elementos: por una parte, la transición entre el fin del desarrollismo en México, las políticas de ajuste estructural y el comienzo de las reformas neoliberales; y, por otra parte, el inicio de una nueva etapa en la globalización.

Diversos autores plantean que las condiciones de desigualdad social, que develó el cólera desde su primer brote al comienzo de la era industrial, han sido una continuidad cuyas características particulares han dependido de la fase histórica en la que se han desarrollado. En el artículo “El cólera en Puebla en el siglo XIX” (1991), los historiadores Elsa Malvido y Miguel Ángel Cuenya, sostienen que el cólera reveló que las personas alrededor del mundo vivían en situaciones de pobreza y falta de higiene debido a los efectos del colonialismo y el surgimiento del capitalismo. Afirman que, a partir de los primeros brotes de cólera, la profesión médica y la gestión de la salud y la enfermedad pasaron a ser un asunto de los estados. Para Malvido y Cuenya (1991, p. 56) este hecho develó que “el cuerpo humano y su humanidad caen en poder de la ciencia médica y salen del poder de la iglesia, descubriéndose la salud pública y la salud privada”.

Paola Peniche, en *El cólera morbus en Yucatán. Medicina y salud pública, 1833-1853* (2016), a partir de la investigación de los primeros brotes de cólera en México, propone comprender la transición entre el siglo XVIII y XIX en la medicina y la salud pública (Peniche, 2016, p. 11). La autora analiza el primer brote registrado en 1833 y el segundo en 1853, en el contexto de la recién posindependencia mexicana y el cambio hacia la construcción del estado nacional moderno. En el proceso de secularización pasa a involucrarse a la población en las explicaciones médicas y se deja de depender de las manos de dios ante el curso y desenlace de las epidemias, como pasaba en la época colonial (Peniche, 2016, p. 169).

A través del caso de Yucatán, la autora explica cómo la epidemia “contribuyó a consolidar la salud pública como un asunto de estado” (Peniche, 2016, p. 19). Prevenir y atender la epidemia de cólera implicó cuestiones, no sólo médicas, sino también políticas y comerciales. Se implementaron diversas estrategias para prevenir la enfermedad. Estas medidas abarcaron, por un lado, enfoques liberales que protegieron

la individualidad y la libertad de movimiento y comercio, al considerar que la clave para prevenir la enfermedad residía en la higiene personal y pública, en lugar de imponer restricciones. Por otro lado, desde el pensamiento conservador, se enfatizó la responsabilidad del gobierno en garantizar el bienestar colectivo, aun si eso implicaba limitar las libertades a través de métodos de aislamiento (Peniche, 2016, p. 170-172). Las transformaciones en el contexto naciente del estado liberal decimonónico incluyeron dar prioridad a las relaciones comerciales y a la urbanización. Peniche destaca que la pauperización de la población manifiesta desde el primer brote de cólera fue agravada.

En el contexto histórico de las últimas décadas del siglo XX en América Latina, Silvia Loyola (2007) plantea que se dio un quiebre en la certidumbre que se había establecido en los avances científicos, técnicos y médicos que habían logrado reducir las tasas de mortalidad y aumentar la esperanza de vida. La autora sostiene que dicho quiebre se notó con la reemergencia de viejas enfermedades como el cólera, dadas las condiciones sociales de vida, y con la emergencia de otras, surgidas por circunstancias emergentes como el deterioro ambiental. La distancia entre los intereses del Estado y la atención a las causas de las epidemias constituyen otro factor contemplado en el análisis social de la reemergencia de enfermedades previamente controladas, “trasladando la responsabilidad del contagio al plano individual con lo cual también el control epidémico quedaba fuera de su órbita, restándole como única misión dentro la crisis el rol de controlador-coordinador de las acciones preventivas” (Loyola, 2007, p. 1-2). Desde este punto de vista, la vulnerabilidad no se asocia a las condiciones estructurales que producen la enfermedad sino a las acciones individuales de la población en cuanto a su higiene y alimentación. Según Loyola (2007, p. 5), “en toda América latina enfermarse de cólera era sinónimo de “cochino” a pesar de que el subtítulo del cólera fuera “la enfermedad de la pobreza””. Entonces, junto con la desigualdad social, esta tesis resalta la transferencia de responsabilidades gubernamentales a los individuos y la población como uno de los principales rasgos de la etapa neoliberal, que contribuyó a la particular faceta que asumió la pandemia de cólera en Yucatán a finales del siglo XX.

I.III. - Fundamentos teóricos

La perspectiva social de la enfermedad muestra que las condiciones que hacen a la población vulnerable están relacionadas con la desigualdad social. En el caso del cólera, suele considerarse que el suministro y saneamiento inadecuado de agua son condiciones de riesgo a enfermarse, pero poco se insiste en que la desigualdad social es la continuidad que mantiene dichas condiciones. Como señalan Stevenson, Buffavand y Keestra (2021, p. 17), “la historia mundial del cólera ha dejado claro que un factor de riesgo importante para la enfermedad es la pertenencia a un colectivo con una identidad racializada o estigmatizada de algún otro modo”. En un estudio de caso que analiza un brote de cólera, en el año 2020, en el valle bajo del Omo se muestran los prejuicios de los habitantes de las tierras altas de Etiopía, que han considerado a los trashumantes y a los residentes de las tierras bajas como personas atrasadas e incivilizadas. Estos estereotipos se reflejaron en las narrativas que surgieron durante el brote. Algunos funcionarios públicos responsabilizaban a los habitantes de esa zona por beber agua del río, mientras que otros atribuían la enfermedad a la práctica kwegu de consumir carne de búfalo.

En ese caso se ignoró que las condiciones del brote se relacionaban con otras situaciones como que las comunidades carecían de acceso a otras fuentes de agua, por lo que el agua del río era una opción relativamente segura para beber antes de la implementación de proyectos de desarrollo. Además, el brote en la región baja del río Omo fue antecedido por una epidemia en las tierras altas de Etiopía, donde el cólera había estado presente por varios meses. Considerar estas condiciones deja claro que quienes tuvieron mayor responsabilidad en el brote de cólera fueron agentes externos a la población, como los proyectos de desarrollo y sus implicaciones como la movilidad de personas (Stevenson, Buffavand y Keestra, 2021, p. 17).

En la tesis *Sensacionalismo, prejuicios y estereotipos en los diarios limeños durante la epidemia de cólera de 1991*, Valdivia (2014, p. 71), analiza el caso peruano y muestra como la prensa “retrató a los enfermos como personas sucias, idea que se incrementaba si es que estos eran de origen provinciano”. Esto contribuyó a que se enfatizara en la responsabilidad individual para hacerse cargo de la salud, “pues el

Estado tenía poco que ver, aun cuando ya ha quedado demostrado que este era el causante de la situación sanitaria que atravesaba el país” (Valdivia, 2014, p. 71).

A partir de posturas afines a los estudios de caso del río Omo y Lima los referentes conceptuales que guían el análisis del brote de cólera en Yucatán son: a) relación entre vulnerabilidad social, riesgo y amenaza; b) percepción del riesgo; c) biopolítica y las tecnologías del yo.

a) Vulnerabilidad social, riesgo y amenaza

En esta tesis, la vulnerabilidad social es uno de los factores que explican los impactos de la pandemia de cólera en Yucatán en los noventa. En las ciencias sociales, el concepto de vulnerabilidad social fue introducido a partir de la década de 1980 en los estudios sobre desigualdad social y pobreza. Dicho concepto se centra en analizar las estructuras y procesos socioeconómicos de desigualdad y pobreza como los factores que generan vulnerabilidad (Valdés, 2021, p. 1). El enfoque de vulnerabilidad social se destaca principalmente por su ruptura con la dicotomía entre pobreza y no pobreza, centrándose en el fenómeno del bienestar social desde una perspectiva dinámica. Desde este enfoque se propone la noción de configuraciones vulnerables, que pueden encontrarse tanto en sectores pobres como no pobres, revelando así una dinámica social (Valdés, 2021, p. 6-7).

Este concepto posee una ventaja significativa en cuanto a su aplicabilidad tanto teórica como práctica. El concepto de la desigualdad social puede resultar demasiado abstracto, mientras que el de vulnerabilidad social es más operativo y susceptible de medición. La noción de vulnerabilidad se ha convertido en un término de gran relevancia en el ámbito de las políticas públicas y se encuentra presente en textos científicos, así como también en narrativas políticas y mediáticas (Valdés, 2021, p. 9). Conceptualmente puede entenderse que la vulnerabilidad es la relación de procesos antrópicos y naturales. Según Cuevas (2014) “la vulnerabilidad surge de la interacción entre capacidades y procesos debilitadores, en el momento en que alguno de los elementos creadores de vulnerabilidad no enfrenta una respuesta por parte de la población y de la exposición de ésta a una amenaza” (Cuevas, 2014, p. 21).

Desde las propuestas teóricas que usan el concepto de vulnerabilidad para abordar el tema del riesgo de desastre surge el modelo Presión y Liberación en el cual “la vulnerabilidad es desagregada en los componentes sociales que la conforman, las cuales están tipificadas a tres escalas que se catalogan como: causas de fondo, presiones dinámicas y condiciones inseguras” (Cuevas, 2014, p. 22). Desde esta propuesta las causas de fondo son entendidas como “procesos de escala mundial, tanto territorial como temporal. Se manifiestan mediante procesos económicos, políticos o culturales que marcan grandes tendencias en las condiciones generales de las regiones” (Cuevas, 2014, p. 22). En el caso de la pandemia de cólera de 1991, el contexto político, económico y sanitario de México y Yucatán son claves para comprender las causas del brote en una etapa reciente de la globalización. Siguiendo la propuesta del modelo Presión y Liberación se define a las presiones dinámicas como “los efectos de las causas de fondo en realidades y problemáticas muy concretas” (Cuevas, 2014, p. 22), que en el caso de México en 1991 se caracterizaron por el pacto gubernamental de supuesta solidaridad económica que externalizaba costos a la sociedad, la ideología tecnocrática y la reducción del gasto público en la salud. Para Cuevas (2014, p. 23), “las condiciones inseguras son aquellas en que una población específica debe hacerle frente a una manifestación natural”. En Yucatán, la desnutrición, la incidencia de enfermedades gastrointestinales y el desabasto de agua potable caracterizaron el escenario de la pandemia. El modelo ayuda a demostrar que “la vulnerabilidad se expresa como un factor enraizado en procesos sociales que, en última instancia, están muy alejados del evento de desastre como tal” (Cuevas, 2014, p. 23).

Las continuidades y transformaciones históricas en las configuraciones sociales están ligadas con el riesgo ante amenazas, como lo son las epidemias. García Acosta (2005, p. 22) sostiene que “los desastres son procesos históricamente construidos, producto de la acumulación de riesgos y de vulnerabilidades, relacionados con y derivados del tipo de sociedad y de economía que se han ido desarrollando con el paso del tiempo y no de la presencia cada vez mayor en frecuencia y magnitud de amenazas de origen natural”. En esta tesis la reconstrucción y análisis de las condiciones históricas y estructurales de vulnerabilidad social en Yucatán permitieron documentar algunas causas del brote de cólera de 1991.

De acuerdo con Angelotti (2018) el riesgo es la probabilidad de sufrir un daño, dicha probabilidad depende de la exposición de un agente vulnerable a una amenaza. Desde este punto de vista, “la vulnerabilidad se construye día a día y las acciones de los hombres tienen un papel relevante en su formación y, por ende, en su solución. Sin embargo, hay un detalle más importante: los desastres no son hechos extraordinarios ni crean rupturas dramáticas con el comportamiento anterior a la catástrofe” (Angelotti, 2018, p. 26-27). En el texto “Sobre la Gestión del Riesgo: Apuntes hacia una Definición”, Allan Lavell incluye en la definición conceptual del riesgo que este “solamente puede existir al concurrir tanto una amenaza, como determinadas condiciones de vulnerabilidad” (Lavell, s/a, p. 3). Además, propone que se trata de “una condición latente que capta una posibilidad de pérdidas hacia el futuro. Esa posibilidad está sujeta a análisis y medición en términos cualitativos y cuantitativos” (Lavell, s/a, p. 2).

Un desastre analizado desde un enfoque socio-histórico permite revelar tanto la manera en que las sociedades producen riesgos como los modos en que los perciben (García, 2005, p. 23). Asimismo, de acuerdo con Lavell, aun cuando las condiciones que explican el riesgo pueden tener origen en diversos procesos sociales, en diferentes territorios y contextos históricos, “su expresión más nítida es en el nivel micro social y territorial o local. Es en estos niveles que el riesgo se concreta, se mide, se enfrenta y se sufre, al transformarse de una condición latente en una condición de pérdida, crisis o desastre” (Lavell, s/a, p. 4). De modo análogo en la presente tesis se hizo énfasis en el estado de Yucatán como muestra local de lo acontecido durante la pandemia de cólera. Se parte de la comprensión del desastre como “la realización o concreción de las condiciones de riesgo preexistentes en la sociedad” (Lavell, s/a, p. 5). Condiciones que, desde un análisis histórico, pudieron ser documentadas y analizadas. A partir del hecho de que las pandemias son desastres es posible indagar en las estructuras y relaciones sociales experimentadas durante éstas. Angelotti (2018) propone que “podemos observar cómo se relacionan las familias entre sí, cómo es el trato que reciben de las autoridades, cómo es el actuar de estas autoridades, podemos conocer las debilidades y fortalezas de tales sociedades; qué recursos, conocimientos, saberes y acciones se despliegan para hacer frente, en un espacio de escasas, las necesidades de vida” (Angelotti, 2018, p. 27).

Angelotti (2018) sostiene que “las epidemias son desastres provocados por la incidencia de una amenaza sobre una población vulnerable. Estas enfermedades se presentan como verdaderas amenazas a los territorios” (Angelotti, 2018, p. 27). El autor resalta que una de las principales problemáticas es que en el caso de las epidemias son “percibidas desde la óptica gubernamental como hechos exógenos, fenómenos que “siempre vienen de afuera” y que no tienen vinculación con hechos endógenos” (Angelotti, 2018, p. 27). En el caso de la pandemia abordada en este trabajo, la amenaza es la presencia de la bacteria *Vibrio cholerae* en el agua utilizada para consumo humano. Sin embargo, lo que se pretende resaltar es cómo las condiciones sociales, económicas y políticas de México en 1991, enmarcadas en un contexto mundial de cambios de finales del siglo XX, fueron los hechos endógenos que detonaron el brote de cólera. Es importante señalar que la percepción e intervención gubernamental en relación con la pandemia terminaron por sumar otras condiciones de vulnerabilidad, que se agregaron al riesgo asociado a las condiciones de salud de la población yucateca antes, durante y después del cólera de 1991, en particular, las enfermedades gastrointestinales y la desnutrición. Esto se debe a que “la dinámica y la expresión particular del riesgo existente con anterioridad ha sido modificada y presentará nuevos desafíos para la sociedad” (Lavell, s/a, p. 5).

b) Percepción del riesgo

Conceptualmente la percepción del riesgo, ayuda a comprender la complejidad y diversidad de acciones ante un mismo peligro; para esta tesis, es un concepto que ayuda a explicar las respuestas sociales y gubernamentales a la pandemia de cólera. Entender la percepción como un fenómeno social y cultural es importante, por ejemplo, para el diseño y difusión de las medidas sanitarias ante hechos como las pandemias, emitidas a la población. Si partimos de que la percepción del riesgo se construye mediante la “interpretación, comprensión y acción a partir de la experiencia individual” (Douglas en Juárez, Théodore y Gómez, 2021, p. 5), cobra gran relevancia el contexto local en el que se generan las percepciones que contribuirán a valorar o desestimar la información y las medidas sanitarias. Es decir, cada grupo social llevará a cabo medidas de cuidado dependiendo de sus experiencias ante lo que identifiquen como un riesgo. Para ello, es

importante considerar que “la disponibilidad de información, el nivel de conocimiento que se tiene sobre la pandemia y qué tanto sentido nos hace la información disponible sobre sus posibles repercusiones inmediatas, influyen en la respuesta individual para la adopción o no de las medidas sanitarias” (Douglas en Juárez, Théodore y Gómez, 2021, p. 5). En el caso de la pandemia de cólera, dichas medidas fueron diseñadas desde protocolos biologicistas sin considerar los elementos socioculturales que las enmarcaban. Esto explica, en parte, el hecho de que se considerara a quienes enfermaban bajo ideas que resaltaban el papel de la higiene en la salud, pero que eran despectivas y se convertían en categorías sociales, como: pobre, cochino y sin educación. Considerando el concepto de vulnerabilidad como “la susceptibilidad a enfermar, pero como consecuencia de entramados socioculturales que lo posibilitan y la limitación de recursos para hacerle frente” (Juárez, Théodore y Gómez, 2021, p. 6), es posible afirmar que antes de la pandemia de cólera, la población mexicana pasó por crisis económicas que tuvieron, entre otros efectos, bajos salarios, desnutrición e inacceso al agua potable, que serían el trasfondo de las categorías sociales que se movilizaron en el discurso público durante la pandemia.

Si se entiende que “la percepción y exposición al riesgo son diferenciadas según las condiciones de vulnerabilidad que se viven, así como, las acciones/comportamientos en salud que las personas realizan individualmente están en consonancia con el sentido y el significado que la enfermedad representa para ellos” (Juárez, Théodore y Gómez, 2021, p. 8) tenemos como uno de los ejes de análisis la individualidad. Es relevante acotar que estas acciones y responsabilidades individuales tienen un origen que es posible analizar históricamente; puesto que es a partir del liberalismo donde el individuo comienza a ser el responsable de su estado de salud. Ante un hecho como la pandemia de cólera, las ideas liberales ya cuajadas, dieron como resultado la percepción de que dicha enfermedad era, y sigue siendo, sinónimo de pobreza e ignorancia en la higiene. Es en este punto de análisis donde conviene sumergirse en el cuestionamiento del papel y la responsabilidad individual en el mundo actual. ¿Cuándo y cómo fue que el individuo comenzó a ser culpado y/o responsabilizado de su enfermedad? En este trabajo se demuestra que se privilegió el papel de la responsabilidad individual para negar las condiciones estructurales de vulnerabilidad, ya habidas desde antes del cólera, y se dio

poca atención estatal en la prevención de riesgos que se repetían en distintas pandemias acontecidas a lo largo de la historia.

c) Biopolítica y las tecnologías del yo

En esta tesis se analiza cómo las medidas para impedir la propagación de la pandemia de cólera estuvieron enmarcadas en una biopolítica basada en el higienismo, puesto que la limpieza y la idea de buenos hábitos higiénicos fueron parte de las imposiciones hacia los individuos para no enfermar de cólera. Estas medidas recaían en los individuos.

Se retoma el concepto de las “tecnologías del yo”, propuesto por Foucault (2008), para mostrar cómo se plasmó la transferencia de responsabilidades del Estado mexicano hacia la población, durante y después de la pandemia. Es necesario partir de la definición del concepto tecnologías del yo, el cual es uno de los componentes de la matriz de la razón práctica de los individuos que les permite efectuar, individual y/o colectivamente, acciones y pensamientos sobre su cuerpo y alma, “obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, 2008, p. 48). En este proceso, tanto los modos de aprendizaje como los cambios en las conductas de los individuos involucran cierta adquisición de prácticas y condiciones transmitidas (Foucault, 2008, p. 48-49). Las tecnologías del yo entendidas como producto histórico se desprenden del liberalismo, en el que las instituciones disciplinarias expresan niveles de coerción que se practican sobre los individuos, sus mentalidades y su condición corporal (Tejeda, 2011, p. 79). Es decir, que las tecnologías del yo deben ser entendidas como parte de las relaciones de poder que se inscriben en las prácticas de los individuos.

En el contexto de las reformas neoliberales, que enmarcaron a la pandemia de cólera de 1991, se acentuaron las formas de vigilancia y control sobre los individuos en cuanto a sus cuerpos y a sus hábitos de higiene. Las medidas de corte neoliberal, con el fin de minimizar los costos del control epidémico, priorizaron la responsabilidad individual en torno al contagio de cólera. Según Loyola (2007, p. 1-2), “el grupo de riesgo lo constituían los pobres, cuya vulnerabilidad más que asociarse a las condiciones estructurales se ligaba a sus pautas culturales de higiene y alimentación”. En efecto, durante la pandemia de cólera, a través de campañas, el Estado insistió en que las

conductas de los individuos referentes a sus hábitos higiénicos eran las que determinaban que fueran vulnerables o no a enfermar.

El disciplinamiento estuvo encauzado a un grupo específico: los pobres. Así, la biopolítica, entendida como la presencia del poder en la vida de las personas, se cristaliza en el análisis de las respuestas que se dieron en Yucatán a partir de la pandemia. Según Tejeda (2011) el estudio de la biopolítica permite adentrarnos a los mecanismos y estrategias de dominación que normaliza e impone a la gente “modos de vida, valores, estereotipos, comportamientos y actitudes que se confunden con la integración social y aparecen como asimilación” (Tejeda, 2011, p. 102). Efectivamente, como se verá más adelante, en Yucatán, comportamientos como dejar de beber agua de pozo fueron modificados durante la pandemia, bajo la advertencia de que el agua podría estar contaminada. Posteriormente, a través de los testimonios orales, se puede identificar la asimilación de las personas en la conducta de no beber agua de pozo por miedo a enfermar de “males intestinales”.

A pesar de que la pandemia de cólera era un asunto de interés público y que concernía al sistema de salud, se externalizó la responsabilidad de la salud pública hacia los individuos, sus familias y comunidad. Este hecho fue una manera de inculpar a los individuos, en el sentido de que la atención de los enfermos no fue responsabilidad directa del sistema de salud. La respuesta fue trasladar, sobre todo, hacia las madres de familia el compromiso de cuidar a los integrantes de sus familias, para lo cual las campañas se enfocaron en mostrar cómo se preparaba y administraba el suero oral; cómo se desinfectaba el agua y los alimentos y cuáles eran los síntomas del cólera. En Yucatán, los médicos, con sus prácticas profesionales, fungieron como reforzadores y a la vez vigilantes del afianzamiento de las tecnologías del yo. Pero no exclusivamente ellos, puesto que, ante la insuficiencia de estos profesionales de la salud en el área rural, se recurrió a miembros de la sociedad civil como las voluntarias del DIF y los visitantes de salud.

I.IV.- Las fuentes y su interpretación

A partir de la apertura en la diversificación de fuentes de archivo histórico, a través de los ideales de la escuela de los Annales en Francia, se dirigió el interés de los historiógrafos

en investigar los efectos de las epidemias por regiones. Fueron la historiografía europea y estadounidense las que influyeron decisivamente en México. Tal es el caso del libro colectivo de Enrique Florescano y Elsa Malvido, publicado en 1980. En el que los autores reunieron un conjunto de ensayos que abordan diversas temporalidades y temáticas de las historias de las epidemias en México (Molina, 2018, p. 84). Influidos por este tipo de historiografía, en la década de 1990 se publicaron trabajos sobre ciertas epidemias combinando una gran variedad de fuentes documentales. Tales como, “registros de entierros, informes oficiales (virreinales, actas de cabildo, informes de hospitales), prensa, cartas, litigios y descripciones diversas” (Molina, 2018, p. 85).

En los trabajos relacionados con la salud, la enfermedad y las epidemias en el periodo contemporáneo identificamos diversos enfoques. Gracias a la influencia de la historia social y cultural se ha logrado explorar en gran variedad de fuentes documentales. También es cierto que el estudio de las epidemias nos permite acercarnos al gran tema de la construcción o reproducción de la realidad. “Lo anterior significa analizar antes y durante los brotes epidémicos a los distintos actores sociales, la medicina, la clínica, los sistemas de poder, control y vigilancia; estos últimos claramente evidentes durante la ejecución de las campañas sanitarias para combatir a las epidemias y con ciertos tintes de control militar y social” (Molina, 2018, p. 86-87).

Las fuentes primarias que permitieron obtener la información fueron: boletines epidemiológicos, prensa escrita local, campañas de salud emitidas en televisión nacional, tesis de medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán y testimonios orales. La diversidad de dichas fuentes permitió la construcción de una narrativa con enfoque de etnografía histórica. La cual pretende “dar cuenta de procesos históricos que vinculan el presente con el pasado” (Velázquez, 2023, p. 24). Lo que hace necesario el uso de diversas fuentes de información, que incluyen datos empíricos recabados por el investigador en complemento con lo encontrado en los archivos. También, mirar el pasado desde la antropología implica un cuestionamiento de lo “que el antropólogo no puede ya presenciar en vivo. Es sobre lo que ya ocurrió en términos sociales y culturales” (Bechis, 2009, p. 5). Por ende, el trabajo de archivo histórico se vuelve crucial en el estudio y análisis de las investigaciones que se interesan y parten de cuestionar de qué manera ciertos acontecimientos se han hecho posibles y se han construido como

verdades. Lo que para Foucault es “buscar su genealogía, o sea la construcción de verdades, hechos, cosas, signos y significados” (Foucault en Bechis, 2009, p. 3). A continuación, se describen de manera general las características de cada una de las fuentes que permitieron consolidar los argumentos de la investigación.

a) Boletines epidemiológicos

La revisión de boletines epidemiológicos a través del sitio web del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) me permitió conocer el número de casos reportados de cólera a nivel internacional, nacional y estatal. Esta fuente brindó la perspectiva oficial y cuantitativa sobre el brote de la pandemia.

En México, el Boletín Epidemiológico es el medio oficial de difusión de la morbilidad del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), data de 1880 y cumple con la función de difundir los casos nuevos de los padecimientos sujetos a vigilancia, por sexo, grupo de edad y entidad federativa. Es considerado el medio de difusión oficial del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). Actualmente se publica cada semana y difunde información de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica; también se publica un editorial, en donde se incluye un artículo que trata temas de interés epidemiológico. El boletín brindó información acerca de la situación del cólera en el país a partir del año de 1992. A través de los registros contenidos, que primero fueron mensuales y después semanales, se pudo valorar cuantitativamente el desarrollo del cólera a nivel nacional y estatal. En la investigación se usaron los datos registrados en el estado de Yucatán correspondientes al período de 1992 a 1994.

b) Prensa local y comerciales emitidos en la televisión nacional

La prensa local fue de gran utilidad para caracterizar el brote y desarrollo de cólera en México y consecuentemente en Yucatán. La información fue consultada en la Hemeroteca Nacional Digital de México y en la Hemeroteca José María Pino Suárez del estado de Yucatán. Los periódicos consultados fueron Diario de Yucatán, Diario del Sureste y Por Esto! de los años de 1991 a 1994. Es importante mencionar que cada uno

de éstos representa opiniones distintas: el primero se caracterizó por tener una postura crítica respecto a la gestión del gobierno priista en turno; el segundo se distinguió por mostrar la versión oficial emitida por el estado. Por su parte, el periódico *Por Esto!*, fundado en marzo de 1991, sostuvo como su principal objetivo hacer una prensa independiente.

A través de las publicaciones pude encontrar referencias a acontecimientos que, por sus implicaciones, recibieron mayor atención tanto en el estado como en el país y que fueron fundamentales para definir el contexto en el que se desarrolló la pandemia de cólera. Por ejemplo, la liquidación de los trabajadores de la empresa paraestatal Cordeleros de México (Cordemex), la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) con Estados Unidos y Canadá, el levantamiento zapatista, el asesinato del candidato presidencial Luis Donald Colosio y la devaluación del peso. Otra fuente hemerográfica, consultada en la Hemeroteca Nacional Digital de México, fue el diario independiente *El Informador* del estado de Jalisco, que publicó notas de los primeros brotes de cólera en diversas partes del país.

Las campañas promocionales para evitar diarreas y cólera, hoy en día disponibles en el sitio web YouTube, permitieron ver ejemplos de cómo se pretendía aminorar los contagios, su posible y eficaz tratamiento en casa, así como otros aspectos que fueron parte de las medidas de mitigación emprendidas por el Sistema Nacional de Salud. Los comerciales son de relevancia porque dan cuenta de que la emisión de información del cólera a través de la televisión, fue una acción trascendental cada vez que se notificaban casos.

c) Tesis de la Universidad Autónoma de Yucatán

En Yucatán en 1992, algunos de los egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán se ocuparon del registro y análisis de la pandemia de cólera en el estado, reciente en ese momento. Considerar a las tesis como fuentes permitió conocer datos locales, desde el conocimiento biomédico, referentes a los modos en los que se produjo, desarrolló y atendió el cólera. La información de las siete tesis consultadas permitió tener ejemplos de cómo fue la atención de la enfermedad en las Unidades Médicas Rurales de Tixkokob, Muna, Hochtún, Abalá y Halachó. Una tesis tuvo

como lugar de estudio el hospital regional ISSSTE de Mérida. En la Tabla 1.- “Tesis de Medicina consultadas”, se resumen los intereses académicos y hallazgos generales de quienes fueron pasantes de dicha carrera.

Tabla 1.- “Tesis de Medicina consultadas”

Título y año de la tesis	Autoría	Lugar y temporalidad de estudio	Hallazgos generales
“Impacto de la campaña de información sobre medidas preventivas contra el cólera en los hábitos higiénicos y de salud de la comunidad de Tixkokob, Yucatán”, 1992	Paulino Genaro Montalvo Martínez	Tixkokob del 1 de septiembre de 1991 al 30 de abril de 1992.	A través de una encuesta aplicada a 110 familias: 84 contaron con agua potable o entubada pero sólo 52 la hervían. 21 usaban de pozo y 16 hervían dicha agua. 5 usaban agua purificada.
“Cólera: manejo integral de un brote de cólera en Muna Yucatán”, 1992	Lázaro Augusto Peña Huchim	Muna	Se encontró la asociación de cólera con amibiasis lo que puede contribuir a agravar la enfermedad.
“Cólera. Complicaciones más frecuentes y manejo actual. Revisión de 30 casos clínicos”, 1992	José Trinidad Collí Caamal	Hoctún del 1 de noviembre de 1991 al 28 de febrero de 1992	Plantea como necesario el reforzamiento de los laboratorios para el diagnóstico, así como entrenamiento y capacitación del personal de salud, para el manejo y prevención de dicha enfermedad.
“Evaluación de la quimioprofilaxis familiar en el control del cólera en la UMR “S” No. 21 Uayalceh, del 1	Carmen Irene Illescas Medina	Uayalceh, Abalá, del 1 de diciembre de 1991 al 11 de enero de 1992	Necesidad de considerar la posibilidad de instalar, en las localidades donde existan los brotes o

<p>de diciembre de 1991 al 11 de enero de 1992”</p>			<p>en lugares cercanos, al personal y equipo necesario de laboratorio para la identificación del <i>Vibrio cholerae</i>, ya que esto tendría la ventaja de que las muestras se leerían a la brevedad posible y los resultados serían inmediatos.</p>
<p>“Cólera. Características clínico-epidemiológicas en las UMR IMSS Solidaridad (Uayalceh, Sacalum, Cepeda)”, 1992</p>	<p>Wanda Margarita Mata Castro</p>	<p>Uayalceh comisaría de Abalá, Sacalum y Cepeda comisaría de Halachó</p>	<p>El predominio del cólera en los pacientes de 65 años y más se debió en gran parte a la renuencia que estos pacientes presentaron contra las medidas preventivas para el cólera, continuando éstos con sus costumbres de ingerir agua de pozo sin hervir o clorar e inadecuada disposición de excretas entre otras.</p>
<p>“Respuesta del paciente con cólera al tratamiento de rehidratación oral”, 1992</p>	<p>María Luisa Caamal Poot</p>	<p>Santa María Acú, Halachó, en noviembre de 1991</p>	<p>La indicación médica inadecuada del tratamiento y la falta de cooperación de los pacientes fueron los condicionantes que se asociaron con la ineficacia al tratamiento de rehidratación oral en los 66 pacientes</p>

			de cólera durante el brote epidémico
“Cólera. (Estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal). Experiencia clínica y estudio epidemiológico de los primeros casos de cólera en el hospital regional ISSSTE de Mérida”, 1993	Carmen Felicia Guillen Herrera	Hospital Regional ISSSTE-Mérida de octubre de 1991 a septiembre de 1992	De 31 diagnósticos de cólera 28, no hierven ni cloran el agua de consumo; 11 practicaron defecación al aire libre y 12 acudieron a algún sitio o área donde existían casos de cólera. El cólera fue muy frecuente en los pacientes con diarrea aguda.

d) *Testimonios orales*

Las fuentes orales en esta investigación son relevantes puesto que, por lo relativamente reciente de la pandemia de cólera, fue posible recopilar los testimonios de algunas personas que vivieron en aquella época. Como fuente histórica, los testimonios orales permiten analizar el pasado desde las experiencias relatadas por los mismos sujetos que las vivieron. El interés por incluir los testimonios orales parte de la idea de que “la vida de una persona es una puerta que se abre hacia la comprensión de la sociedad en la que vive” (Mariezkurrena, 2008, p. 229). Metodológicamente, su utilidad radica en que permite aproximarse a la subjetividad, dado que un testimonio es “un relato o discurso de la experiencia, y por lo tanto tendrá que ser considerado como un discurso subjetivo y selectivo de quien lo aporta” (Velázquez, 2016, p. 220). Así, la interpretación fue la clave para comprender la complejidad de las problemáticas aquí tratadas distinguiendo las vivencias relatadas enfocadas a lo relacionado con el cólera.

En particular, la recopilación de los testimonios orales tuvo el objetivo de complementar la información sobre las formas de atención a los enfermos, desde la mirada médica. Se realizó un par de entrevistas a enfermeras que en ese entonces trabajaron en los municipios de Maxcanú y Tixkokob. Adicionalmente, a través de una entrevista realizada a la ex gobernadora interina del estado Dulce María Sauri Riancho, se obtuvo información que permitió identificar la problemática política involucrada en el acceso de la población yucateca al agua potable y su relación con enfermedades

gastrointestinales. Un par de grupos focales llevados a cabo en la comisaria de Kopté en Motul, Yucatán, permitió aproximarse a la memoria sobre la pandemia. Se destacó en especial el papel de la carencia de agua potable y la percepción colectiva del contexto en que se vivió, como una época de incertidumbres, cambios sociales y políticos.

I.V.- Temporalidad y espacio de estudio

La temporalidad de estudio de esta tesis inicia en 1991, cuando el SINAVE reportó los primeros casos de cólera, y termina en 1994, año en el que se registró una disminución de enfermos. Es necesario precisar que después de estos años los casos repuntaron en 1995; sin embargo, la investigación se enfocó en la primera ola de contagios. El espacio de estudio es el estado Yucatán; el panorama económico y social que enmarcó a la pandemia de cólera permite mostrar las condiciones que influyeron en las respuestas ante el incremento de casos. En 1990, de acuerdo con el CONEVAL, el 61% de la población yucateca estaba en condiciones de pobreza patrimonial. Esta medición se define como la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar se utilice sólo para adquirir estos bienes y servicios.¹

Los procesos de cambio regionales por la política neoliberal se hicieron evidentes con el desplazamiento de la producción económica basada en la monoproducción exportadora de henequén. La política neoliberal tuvo como principales ejes la privatización de la empresa pública, la apertura al capital extranjero y la reorientación de la producción hacia el mercado exterior. Durante el expansionismo estatal se hicieron financiamientos públicos para iniciar e industrializar el comercio de la citricultura, la pesca, la horticultura, la floricultura y la avicultura. En Yucatán, una de las principales transformaciones económicas y sociales en 1991 fue la liquidación de los 8 000 obreros de Cordemex y la terminación del subsidio a los campesinos henequeneros en 1992. Esto representó un elevado índice de desocupación en 58 municipios (García y Morales,

¹ “Indicadores de pobreza por ingresos, según entidad federativa (porcentaje), 1990-2014”, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2014, https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Yucatan/Paginas/pob_ingresos.aspx

2000: 157-161). La crisis económica en el campo provocó un éxodo rural hacia Mérida, en busca de mejores condiciones de vida. Con la ejecución del Programa de Reordenación Henequenera, se incentivaron las bases para el establecimiento de la industria maquiladora de exportación. Según Poot (2013, p. 47), “la situación económica prevaleciente en la entidad provocó una migración permanente en la población rural hacia los centros urbanos que experimentaron un mayor dinamismo económico”.

La industria del vestido en vinculación con las maquiladoras se volvería una nueva opción de empleo y principales impulsores de la economía regional, así como el ramo de la construcción. Las transformaciones económicas se aceleraron con la llegada de grandes empresas de capital extrarregional y franquicias estadounidenses como Burger King, Kentucky, Mc Donalds y Subway. Es la ciudad de Mérida donde la industria comenzó a presentar mayor diversidad y concentración de alimentos balanceados, plástico, química, editorial y metálica (García y Morales, 2000: 163-166). Esta nueva oferta de servicios y comercios creó un nuevo mercado de trabajo, que se tradujo en que algunas personas de los municipios se movilizaran hacia la ciudad con fines ocupacionales. Otras se emplearon en las maquiladoras instaladas a las afueras de los municipios, principalmente del noreste, donde antes predominó el cultivo de henequén. La principal desventaja de estas opciones de empleo fue la persistencia de los bajos salarios y la inconsistente garantía al acceso a seguridad social.

I.VI.- Capitulo

La tesis consta de tres capítulos que se distribuyen de la siguiente manera.

En el Capítulo 1, Reconstruyendo la pandemia de cólera en México y Yucatán (1991-1994), se aborda los hechos ocurridos a partir de las publicaciones periódicas de la década de los noventa. Se describe lo acontecido en el estado de Yucatán como referencia explicativa para conocer cómo ocurrieron los primeros casos y, a través de esta narrativa, mostrar la insistencia de las autoridades sanitarias en tratar la problemática como brotes aislados, evadiendo admitir que se trataba de una pandemia. Este capítulo demuestra, por un lado, que las respuestas institucionales ante el brote se dieron bajo la urgencia de los hechos sin ejecutar un plan preventivo y, por otro, que el

brote de cólera en 1991, dentro del marco neoliberal, contribuyó a consolidar la noción de la responsabilidad individual sobre la enfermedad.

¿Cómo la ideología y política neoliberal influyeron en las condiciones que facilitaron la propagación del cólera? Esta es la pregunta central que guía el Capítulo 2, titulado El brote de cólera en México y Yucatán: una caracterización de la crisis sanitaria de finales del siglo XX. Este capítulo analiza el contexto mexicano y yucateco en el que se desarrolló la pandemia. Este capítulo expone tres condiciones estructurales de vulnerabilidad: la prevalencia de enfermedades gastrointestinales, la desnutrición y el desabastecimiento de agua potable, que de manera interrelacionada condicionaron los contagios de la enfermedad.

Por último, en el capítulo 3, Las respuestas en Yucatán ante la pandemia de cólera, se analizan las reacciones del sistema de salud y de la población ante el incremento de casos. Este capítulo explica cómo las campañas subrayaron la responsabilidad de cada individuo, respaldadas por la intervención de organismos internacionales, quienes mantenían la idea de educar a los pobres en temas de higiene. En el capítulo, se sostiene que la improvisación que definió la respuesta del sistema de salud ante el cólera fue producto de la crisis sanitaria que, en esta etapa histórica, tuvo una estrecha conexión con las reformas de Estado mexicano.

CAPÍTULO 1.- RECONSTRUYENDO LA PANDEMIA DE CÓLERA EN MÉXICO Y YUCATÁN (1991-1994)

Este capítulo tiene como objetivo describir y analizar de qué manera diversos factores políticos y económicos -revelados a través del análisis de diversas publicaciones periódicas- influyeron en la respuesta al brote de cólera y su posterior propagación. Aunque históricamente los estados liberales han culpado a los individuos y a las poblaciones de sus propias enfermedades, el cambio que hizo el Estado neoliberal en México fue aplicar esa estrategia como vía para reducir el gasto gubernamental en salud. A través de las publicaciones en medios de comunicación locales y nacionales es posible identificar el traslado de la responsabilidad a los ciudadanos como una de las características de la reconfiguración del sistema de salud a partir de la reforma del Estado. Se aborda el brote y desarrollo de la pandemia de cólera en América y México, con especial referencia a Yucatán, en el periodo de 1991 a 1994. Se describe lo acontecido en el estado de Yucatán como referencia explicativa para conocer cómo ocurrieron los primeros casos y, a través de esta narrativa, mostrar la insistencia de las autoridades sanitarias en tratar la problemática como brotes aislados, evadiendo admitir que se trataba de una pandemia.

En el primer apartado, se abordan las características del *Vibrio cholerae* según los boletines de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su relación con el brote y propagación. Con el objetivo de mostrar el antecedente de la pandemia a finales del siglo XX, se incluye de manera general la información publicada por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), que evidencia que los países asiáticos reportaron casos de cólera desde 1960. Se toma dicha información como el principal referente del inicio de la pandemia. En el segundo apartado se incluye la información difundida por la prensa en México acerca de las medidas sanitarias tomadas por países sudamericanos. La tercera y cuarta sección corresponden a una descripción de lo acontecido de 1991 a 1994, a partir de la confirmación de los primeros casos en México y Yucatán. A través del análisis de las notas periodísticas se pueden distinguir los intereses de índole político, económico y de organismos internacionales que mediaron la difusión de información acerca del cólera.

1.1.- Características del *Vibrio cholerae* en los boletines de la OPS y su relación con el brote y propagación

Para comprender los factores que influyeron en la propagación del cólera es relevante mencionar las características de la bacteria que originó dicha enfermedad según los postulados de la biomedicina. La importancia de comprender estos factores obedece a que: a) muestra la perspectiva de la OPS, b) ayudan a explicar las condiciones económicas, políticas y sociales que influyeron en la propagación de la bacteria y su desarrollo epidémico; c) estas ideas configuraron, en mayor o menor medida, las respuestas del sistema de salud, d) permiten identificar lo que se sabía en ese momento acerca del *Vibrio cholerae*.

Desde que, en 1884, Robert Koch aisló e identificó el bacilo *Vibrio cholerae*, se le caracterizó como un aerobio, gram negativo, curvado y con un sólo flagelo polar que le da gran movilidad. Actualmente, se sabe que existen más de 60 serogrupos de este bacilo, pero sólo el serogrupo 01 y 0139 han sido identificados como los causantes de brotes epidémicos. Del serogrupo 01 existen dos biotipos: *El Clásico* y *El Tor*. A su vez, cada biotipo tiene dos serogrupos: *El Ogawa* y *el Inaba*.² Las investigaciones apuntan a que *El Tor* es frágil al calor, desecación, medios ácidos, detergentes y a las aguas frías. Sin embargo, pese a esta característica “es capaz de sobrevivir alrededor de veinte días fuera del reservorio en condiciones de humedad y temperatura adecuadas, especialmente en aguas alcalinas” (Valdez, 1993, p. 22).

La etiología biomédica establece que el cólera se transmite por la ingestión de alimentos o agua contaminados. Sin embargo, distingue que únicamente las cepas de *Vibrio cholerae* capaces de producir enterotoxina son responsables del cólera epidémico; aquellas que no la producen, a pesar de poder causar diarrea, no se consideran epidémicas. La toxina colérica (CT) es una proteína crucial en la patogenia del cólera. Esta toxina es responsable de los síntomas característicos de la enfermedad, como la diarrea profusa y la deshidratación (Sánchez y Pérez, 2014, p. 549). El número de bacterias que se necesitan para provocar la enfermedad, se encuentra entre 1 000 000

² “Manual para la vigilancia epidemiológica del cólera en México”, 1991, p. 19.

y 100, 000 000 de bacilos. En la fase aguda del cólera, hay muchos vibriones en las heces de los enfermos, pero esta cantidad disminuye a medida que se recuperan. La barrera gástrica es importante contra la infección por lo que, la disminución del ácido gástrico aumenta la susceptibilidad. La adopción de estas ideas a nivel local puede visualizarse en el caso de Yucatán, donde una tesis de medicina de 1992 afirmaba: “se ha observado en adultos una infección crónica biliar, que dura años asociada con la eliminación intermitente de vibriones en las heces. Lo eliminan en forma intermitente y escasa, decreciendo su virulencia” (Mata, 1992, p. 5-6).

La enfermedad puede causar cuadros graves de diarrea líquida aguda que pueden ocasionar la muerte en cuestión de horas si no se tratan. Las personas infectadas por *Vibrio cholerae* pueden no presentar síntomas, pero la bacteria estará presente en sus heces durante los 1 a 10 días siguientes, con el consiguiente riesgo de infección hacia otras personas. Cuando se presentan síntomas, éstos pueden tardar entre 12 horas y 5 días. Las personas infectadas que cursan por cuadros graves pueden llegar a padecer más de 20 deposiciones en 24 horas, pudiendo llegar a 50. Por lo tanto, la deshidratación e inestabilidad electrolítica son rápidas. Como consecuencia, el paciente puede perder de 10 a 15% del peso corporal a expensas de líquido, lo que genera un colapso circulatorio acompañado de pulso periférico ausente y presión arterial no detectable. La OMS señala que, “si bien algunos antibióticos son valiosos coadyuvantes que acortan la duración del cuadro, especialmente la tetraciclina, el tratamiento que le garantiza la sobrevivencia al enfermo es la reposición de líquidos”.³

Durante la epidemia de 1991, la proporción de casos clínicos fue mayor en los brotes causados por infección con el biotipo *El Tor*. Se observó que este biotipo sobrevivía más tiempo que el Clásico en el medio ambiente, por ejemplo, en el agua, en las heces humanas utilizadas como fertilizantes y en las aguas residuales o de los desagües. Otra característica que se identificó es que podía sobrevivir ya sea como organismo independiente, o bien, en asociación con ciertas plantas y animales acuáticos, sin que haya en la zona casos o portadores de cólera. En 1992 los médicos como Paulino Montalvo sostuvieron que: “por el contrario, el biotipo Clásico no se ha aislado del agua

³ OMS, “Notas descriptivas. Cólera”, “Manual para la vigilancia epidemiológica del cólera en México”, 1991, p. 33-34.

ni de plantas o de animales acuáticos en ausencia de infección humana” (Montalvo, 1992, p. 6).

De acuerdo con la OSP, en los años de 1937 y 1938, a partir del aislamiento del biotipo *El Tor*, se encontró que la mayor parte de las infecciones eran asintomáticas y que por tal motivo muchas veces no se detectaban. Esta problemática, no sólo interfirió con el registro epidemiológico de casos, sino también con el riesgo latente de la propagación de los vibriones hacia los abastecimientos de agua que no estaban debidamente protegidos (Gangarosa y Mosley, 1972, p. 147). En una publicación de la OSP (1971) el Dr. Karel Raska, director de la División de Enfermedades Transmisibles de la OMS, aseveró que “el cólera prospera y se propaga sobre todo en los países donde el saneamiento, la higiene personal y la infraestructura sanitaria dejan que desear. Estos países constituyen las zonas receptivas sobre todo cuando limitan focos o países de endemia colérica”. Como puede notarse, su discurso asoció al cólera con países pobres. Mientras que en el siglo XIX en Europa se relacionaba a esta enfermedad como un problema de distritos industriales y urbanos, a fines del siglo XX se categorizó como un problema de pobreza.

1.2.- El marco global de la pandemia y su llegada hacia el continente americano

A continuación, se argumenta que el brote de cólera de 1991 no fue un evento aislado sino más bien el resurgimiento de una enfermedad que había estado circulando en Asia desde 1960. La hegemonía salubrista conceptualizó este brote con el estatus de pandemia en 1971 cuando la enfermedad se extendió más allá de Asia y representó una amenaza significativa para los países del primer mundo. Una característica definitoria de esta pandemia, por tanto, fue la expansión geográfica de la enfermedad desde sus orígenes asiáticos a regiones de influencia global.

A través de la información del boletín de la OSP es posible notar que, desde 1960, diversos países asiáticos habían estado notificando casos de cólera. Hasta 1960, entre 3 y 6 territorios asiáticos reportaban casos cada año. Sin embargo, como puede verse en el Mapa 1 “Desplazamiento del cólera en Asia (1960-1970)”⁴, desde entonces y hasta

⁴ Mapa de elaboración propia con información del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, “El cólera en el periodo 1961-1970”, 1971, p. 4.

En el caso de la India, antes de 1964, sólo entre 6 y 10 estados notificaban casos de cólera; sin embargo, tras la llegada del vibrión *El Tor* en 1964, el número de estados afectados aumentó, alcanzando los 17. Investigadores de la OSP aseguraron que “algunos de los nuevos estados invadidos estaban exentos de cólera hacía mucho tiempo o nunca habían conocido la enfermedad” (Barua y Cvjetanovic´, 1971, p. 2).

En 1971, la OPS, a través de la publicación de sus boletines mostró información acerca del desplazamiento de *El Tor* en el continente asiático. Sin embargo, el origen de la epidemia no se especificaba y se refería al cólera como “imprevisible”, causando “brotos inesperados”. En un boletín de 1971 se explicó que, en 1960, el cólera dejó de ser estacional en la isla de Sulawesi en Indonesia. A partir de mayo y junio, la enfermedad se propagó a otras islas del archipiélago, lo que la publicación asoció con el desplazamiento de la población china y al movimiento de tropas. A finales de junio, Sarawak en Malasia, también se vio afectada por el cólera tras la celebración de una regata. Aunque se habló sobre brotes en Kuangtung (China continental), éstos no se confirmaron. A pesar de ello, la enfermedad continuó expandiéndose, llegando a Macao y Hong Kong en agosto y a Filipinas en septiembre. En otra publicación del mismo año se aseguró que: “es probable que nunca se sepa con certeza cómo empezó esta séptima pandemia ni cómo se introdujo la enfermedad en los distintos países” (Barua y Cvjetanovic´, 1971, p. 1). También, en la información epidemiológica contenida se indica que países como Japón se distinguieron por la eficacia de su infraestructura y vigilancia sanitaria, evitando así la introducción del cólera. Igualmente, en Australia, República de China, Ghana y el Reino Unido se aseguró haber descubierto y tratado con prontitud los casos importados (Barua y Cvjetanovic´, 1971, p. 2).

Lo anterior sugiere que el brote de cólera de 1991 en el continente americano no fue un acontecimiento aislado sino más bien la continuación de una pandemia que se había originado en Asia en 1961. El posible retraso en el reconocimiento internacional de la pandemia se debió al hecho de que no se percibió como una amenaza hasta que comenzó a extenderse más allá de Asia y a representar un problema potencial para las naciones desarrolladas. En julio de 1986, en la publicación del informe de actividades correspondiente al periodo de 1982-1985 de la OSP, se incluyó al cólera, junto con la fiebre amarilla y la peste, como una de las enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario

Internacional. Se mencionó que los países que lo requirieran podrían solicitar asesoramiento técnico sobre la aplicación del Reglamento en determinadas situaciones como en la vigilancia de puertos marítimos y aeropuertos. ⁶ Se consideró que el movimiento de personas, debido a procesos comerciales, migratorios y bélicos, fueron determinantes para la diseminación del cólera.

En el caso del continente americano, hubo casos de cólera en Estados Unidos desde inicios de los años setenta, y posiblemente fue ese país la vía de entrada de la enfermedad al continente. En 1973 en Texas, se identificó un caso de origen desconocido. Cinco años después, en 1978, surgieron ocho casos esporádicos en Luisiana y se detectaron tres infecciones asintomáticas. (Llopis y Halbrohr, 1991, p. 12). En septiembre de 1981 se produjo un brote de cólera, con 15 casos notificados en una plataforma de perforación petrolera en el Canal Interoceánico en el condado de Jefferson, al sur de Port Arthur, Texas. Las investigaciones epidemiológicas revelaron que, entre el 20 y 21 de septiembre, hubo una contaminación accidental de duración desconocida entre el sistema de agua del canal utilizado para la perforación y el sistema de suministro de agua no potable. Ese mismo año también se notificaron dos casos importados en California y Hawai. En 1983 en Nueva Jersey, se reportó el caso de una turista que enfermó a su regreso de Cancún, México. En diciembre de 1984 se informó de otro caso de cólera adquirido localmente en Baltimore, Maryland. Se dijo que el individuo que contrajo la enfermedad había consumido pastel de cangrejo de Texas. En 1983, Canadá también notificó dos casos importados de cólera. El primer caso involucró a un niño filipino que inmigró a Winnipeg, Manitoba. El segundo caso involucró a un turista que regresaba a Ontario después de un viaje al continente asiático. ⁷

Incluso en 1990 se registraron dos casos en el estado de Luisiana. Es importante resaltar la aparición del cólera en Estados Unidos, puesto que, a pesar de la cercanía de este país con México, el brote de 1991, se atribuyó al desplazamiento de la enfermedad desde Sudamérica, debido a los casos reportados en esa porción del continente. De hecho, en el continente americano la alarma epidemiológica surge a partir de la

⁶ Oficina Sanitaria Panamericana, "Informe del director: Cuadrienal 1982-1985; anual 1985", 1986, p. 117.

⁷ Oficina Sanitaria Panamericana, "Condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. Volumen I", 1986, p. 129.

notificación de casos en Perú.⁸ Incluso, dos meses antes de la confirmación del primer caso en México, el entonces director general de la OMS, declaró que en Estados Unidos hubo un caso confirmado y otros seis probables. Una nota del periódico *El Informador* señaló que: “Expertos de la OMS no piensan que pueda haber una epidemia allí debido a los buenos sistemas de agua y cloacas”.⁹ Aparentemente, dicho organismo internacional evadió admitir el acelerado movimiento de personas procedentes de Estados Unidos hacia Sudamérica con fines comerciales y turísticos como latentes vías de propagación. ¿Hasta qué punto la nueva variante llegó a Sudamérica, importada desde Estados Unidos? Es una vía de investigación epidemiológica poco estudiada, aunque los datos así lo sugieren.

Lo anterior permite entrever algunas motivaciones de gobiernos con influencia global como el estadounidense, que pudieron haber conducido la teoría de la propagación desde América del sur, que son necesarias destacar. La primera motivación es el beneficio del interés del gobierno mexicano y los tratos comerciales con Estados Unidos en aras de promover el crecimiento económico. Por ejemplo, en 1994, solo tres años después del brote, México, EEUU y Canadá firman el TLCAN. “Por primera vez en la historia del México posrevolucionario se acepta no sólo como necesaria sino como benéfica la abierta integración con la economía norteamericana” (Abella, 1992, p. 71). La segunda es que, a nivel institucional, como se detalla en el capítulo 2, el papel de organismos internacionales, como el BM, financiaron programas con el objetivo de mejorar la salud de los pobres. Bajo la relación hecha por estos organismos de que las diarreas y el cólera son iguales a pobreza, hubiese sido contradictorio admitir que países de primer mundo fuesen los posibles responsables de los brotes. La tercera motivación, relacionada directamente con la segunda, fue el papel de la prensa, puesto que ésta movilizó los discursos salubristas hegemónicos, difundiendo declaraciones de los representantes de organismos internacionales que se referían al inevitable avance del cólera debido a que “las condiciones de insalubridad y pobreza que tiene Perú son similares a las de casi toda América Hispana”. En Perú se hizo hincapié en los brotes de

⁸ Boletín epidemiológico OPS, “La situación del cólera en las Américas”, 1994, p. 13.

⁹ “Medidas a nivel mundial de la OMS contra el cólera”, *El Informador*, Guadalajara, 26 de abril de 1991.

cólera bajo un escenario de total caos y muerte, enfatizando la pobreza e insistencia en que los carentes de educación higiénica eran quienes enfermaban.¹⁰

Como se mencionó, el inicio de “la séptima pandemia de cólera” como se le ha denominado desde la epidemiología comenzó en 1961 en Indonesia, y se propagó hacia el subcontinente indio y el Medio Oriente. En América del Sur, el primer caso confirmado se dio en Perú el 23 de enero de 1991, treinta años después del brote inicial en Indonesia en 1961, con el que comenzó la “séptima pandemia de cólera”. Actualmente, los estudios epidemiológicos señalan que aún se desconocen los orígenes del brote en Perú. Algunas investigaciones indican que la liberación de agua de lastre de un barco procedente de Asia o África, en las proximidades de la costa sudamericana, fue el detonante de la epidemia. Otros estudios sugieren la importación de la bacteria desde Angola en África occidental. Sin embargo, el brote de cólera en Angola en diciembre de 1971 tampoco está claro, ya que ocurrió a más de 1.000 kilómetros de Camerún, el país más cercano con un brote de cólera en ese momento. Distintas opiniones apuntan que la epidemia en América Latina se originó debido a factores climáticos, específicamente, por los patrones de viento de El Niño que provocaron un aumento imprevisto en la reproducción de plancton (Lonappan et al., 2020, p.5).

La epidemiología explicó que el desplazamiento del cólera hacia Perú, en un lapso de 30 años, se debió a las características del *Vibrión cholerae El Tor*, que dio como resultado una epidemia de evolución lenta. Este tipo de epidemias se distinguen por presentar pocos casos diarios, a veces semanales o con intervalos mayores. En México, las instituciones de salud asumieron esta explicación, al establecer que: “en estos brotes la forma de transmisión no siempre se puede establecer; generalmente se atribuye a

¹⁰ En la prensa local yucateca fue posible encontrar titulares como: “La OMS advierte que el cólera se aproxima a Centroamérica”, “Cada día hay 2,000 casos nuevos de cólera en Perú”, “86 muertos y 12,000 afectados en Perú”, “México adopta medidas especiales contra la epidemia de cólera que afecta a Perú. Es muy probable que se propague a países vecinos, dice la OMS”, “Surge nuevo brote de cólera en Perú; ya hay 258 muertos”, “158,000 casos en el país. Más víctimas deja el cólera en Perú; 5 muertos en Cuzco”, “Se han reportado 147, 980 casos. Ya fallecieron 1,088 por la epidemia de cólera en Perú”, “Privan pésimas condiciones sanitarias. Alertan a los peruanos ante inminente rebrote de cólera”, “Cólera: 63 millones son vulnerables”, “Cada hora mata el cólera”, “Falta agua y medicina; el gobierno se declara impotente. Perú: escenas dramáticas de enfermos”, “AL es “líder” en número de enfermos; en México, 737. 179 mil nuevos casos de cólera”.

contaminantes hídricas”.¹¹ El agente infeccioso contenido en el agua de ríos, canales y pozos puede exponer a una comunidad a dosis, que, si bien pudieran ser relativamente bajas, pueden afectar a las personas más susceptibles.

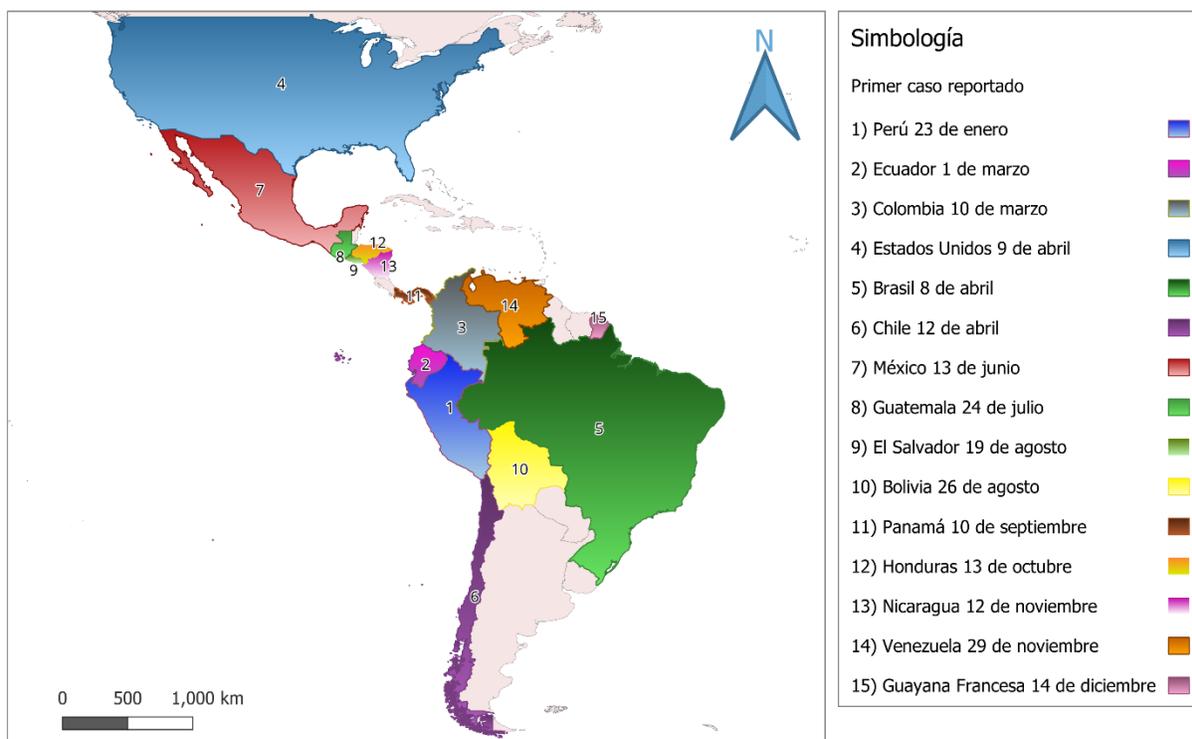
Hacia finales de 1991, 15 países de América notificaron casos de cólera, incluido México. De 1991 a 1993, sólo Uruguay no se vio afectado por la enfermedad. En ninguno de los estados y territorios insulares del Caribe se notificaron casos, por lo que se atribuyó éxito en la vigilancia sanitaria. Según un boletín de la OSP, “a las Américas correspondió el 67% de todos los casos registrados en el mundo entero desde 1991 hasta 1993”.¹² En el Mapa 2 “Casos de cólera en las Américas (1991)”¹³, se puede apreciar el acelerado desplazamiento de la enfermedad, de acuerdo con las notificaciones hechas por los países.

¹¹ “Manual para la vigilancia epidemiológica del cólera en México”, 1991, p. 17.

¹² Boletín Epidemiológico OPS “La situación del cólera en las Américas”, 1994, p. 13.

¹³ Mapa de elaboración propia con información del Boletín Epidemiológico OPS “La situación del cólera en las Américas”, 1994, p. 15.

CASOS DE COLERA EN LAS AMERICAS 1991



Mapa de elaboración propia con información del Boletín Epidemiológico OPS “La situación del cólera en las Américas”, 1994, p. 15.

En el boletín referido, se admitió que en América Latina se realizaron pocas investigaciones para identificar los modos específicos de transmisión y los factores de riesgo del cólera. Se aseveró que “al igual que en otras partes, el cólera fue una enfermedad que afectó casi exclusivamente a los pobres...en todos los países los peores efectos de la enfermedad los sufrieron los pobres de las zonas rurales, que carecen de servicios de agua y saneamiento”.¹⁴ En Latinoamérica, la OPS fue promotora de la noción del vínculo pobreza y enfermedad. Por lo que, tener “buena salud” sería proporcional al ingreso económico.

Luego del brote la cantidad de casos experimentó un rápido aumento. Así, los casos reportados en el continente americano durante 1991 fueron 391,750, para 1992 se notificaron 353,811 casos y en 1993 la cifra fue de 196,244. Durante esos tres años se contabilizaron 8,622 fallecimientos a causa del cólera.¹⁵ En el marco de este contexto, a continuación, se examina la situación de México en relación con el brote y el desarrollo de la epidemia.

1.3.- El papel de la prensa nacional mexicana y local yucateca previo a los primeros casos reportados en México

A partir de la revisión de las notas, referentes al cólera, publicadas por los periódicos locales de Yucatán, y de las publicaciones nacionales mexicanas se observó una ausencia de información sobre estrategias o protocolos preexistentes y bien definidos establecidos por las autoridades locales y federales. En cambio, fue posible encontrar especulaciones, incertidumbre, falta de estrategia e incluso negaciones, por parte de algunos funcionarios, con respecto a la clasificación de los brotes como parte de una pandemia.

Antes de la confirmación del primer caso de cólera en México, la prensa difundió información acerca de las medidas que se habían comenzado a tomar con el objetivo de evitar posibles brotes. Las publicaciones mostraron la acelerada propagación de la enfermedad en países como Perú y Ecuador. En el Diario de Yucatán es posible leer: “las medidas de precaución se multiplican en toda América Hispana en un intento por

¹⁴ Boletín Epidemiológico OPS “La situación del cólera en las Américas”, 1994, p. 14-16.

¹⁵ Boletín Epidemiológico OPS “La situación del cólera en las Américas”, 1994, p. 15.

impedir la propagación de la epidemia”.¹⁶ Se enunciaba el desplazamiento del cólera hacia Centroamérica. El 28 de febrero en el mismo periódico publicó el siguiente titular: “La OMS advierte que el cólera se aproxima a Centroamérica”. El director de la OMS, previamente director de la OPS, Carlyle Guerra de Macedo, dijo “no es mi intención causar una especie de sicosis, pero tampoco quiero alentar falsas esperanzas de que esta enfermedad pueda quedar aislada en territorio peruano”.¹⁷

A pesar de las advertencias que se remontan a la década de 1960, los países adoptaron una variedad de respuestas improvisadas al brote. No hubo un enfoque unificado ni un plan estratégico de prevención. Cada país implementó sus propias medidas basándose en su particular evaluación de la situación, destacando el énfasis en las fronteras de los países en América Latina. Se resaltaron las dificultades para detener el desplazamiento del cólera en Ecuador, Colombia, Brasil y Bolivia como “inevitables” por sus extensas fronteras con Perú. El presidente de Ecuador, Rodrigo Borja, decretó emergencia sanitaria en la frontera sur. En Colombia, las autoridades sanitarias impusieron un estado de alerta para implementar medidas de higiene. Se anunciaba que Brasil iniciaría una vacunación masiva en su frontera amazónica con Perú. Bolivia movilizó unidades militares cerca de la frontera peruana para impedir el ingreso de alimentos desde allí. En Argentina el gobierno prohibió la importación de pescados y mariscos provenientes de Perú y los países limítrofes que pescaran en el Océano Pacífico. En Honduras y Nicaragua se anunciaron medidas de prevención, como la restricción al tránsito de extranjeros procedentes de Perú, así como campañas educativas y de higiene. En Guatemala el Ministerio de Salud Pública declaró un estado de alerta nacional tras el supuesto de haber detectado un alto nivel de toxinas en mariscos del Océano Pacífico. Francia envió una misión médica para evaluar la importancia de la epidemia de cólera en Perú. La misión estuvo conformada por un

¹⁶ “86 muertos y 12000 afectados en Perú. Se multiplican las medidas contra el cólera”, *Diario de Yucatán*, El mundo al día, Mérida, 14 de febrero de 1991.

¹⁷ “La OMS advierte que el cólera se aproxima a Centroamérica”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 28 de febrero de 1991.

médico especializado en epidemiología y dos suboficiales. La UNICEF asistió a Perú enviando 800, 000 sobres de sales de rehidratación oral a los servicios sanitarios.¹⁸

Las autoridades mexicanas comenzaron a implementar medidas semejantes a los demás países para evitar el brote, como la vigilancia de puertos y aeropuertos, aunque según los funcionarios de salud, se consideraba poco probable que el cólera se desplazara al país. “Es casi imposible que se presente aquí una epidemia de cólera como en el Perú, en donde sin lugar a dudas se descuidaron los primeros casos y la bacteria cundió”.¹⁹ Ante la posibilidad del brote de cólera, el entonces secretario de Salud, Jesús Kumate Rodríguez, aseguró “hay los medios suficientes para tratar adecuadamente el padecimiento”.²⁰

En México, las primeras respuestas sanitarias se enfocaron en los viajeros y en la actividad comercial internacional, como el transporte marítimo y aéreo, buscando evitar la entrada de la bacteria al país. Por ejemplo, en Colima las autoridades de salud en coordinación con la capitanía del puerto acordaron en informar la llegada de embarcaciones provenientes del Perú con el objetivo de fumigar los barcos y analizar a los tripulantes.²¹ Las acciones también consistieron en la vigilancia de aeropuertos, debido a las transacciones comerciales. Así, en Quintana Roo se intensificó la vigilancia en la terminal de la frontera con Belice y se prohibió la importación de productos marinos procedentes de ese país y Honduras, pues “podrían ser portadores de la bacteria que produce la enfermedad”.²²

¹⁸ “86 muertos y 12000 afectados en Perú. Se multiplican las medidas contra el cólera”, *Diario de Yucatán*, El mundo al día, Mérida, 14 de febrero de 1991 y “Alerta en Guatemala, Colombia y Ecuador por el mal colerino”, *Por Esto!*, Internacional, Mérida, 28 de marzo de 1991.

¹⁹ “Descartan que en México se presente epidemia de cólera”, *El Informador*, Guadalajara, 19 de febrero de 1991.

²⁰ “¿México estará preparado para enfrentar al cólera?”, *El Informador*, Guadalajara, 26 de abril de 1991.

²¹ “México adopta medidas especiales contra la epidemia de cólera que afecta a Perú”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 12 de febrero de 1991.

²² “Vigilan los aeropuertos. Medidas para impedir que el cólera entre a Quintana Roo”, *Diario de Yucatán*, Sección Peninsular, Mérida, 12 de febrero de 1991.

1.4.- Los primeros casos confirmados en México y el desarrollo de la pandemia

En México, el 13 de junio se reportó el primer caso confirmado de cólera. Tres meses después, en la primera semana de agosto, se confirmó que la cifra de enfermos era de 350. El reporte de fallecidos era de dos en la región huasteca hidalguense y una en Santiago Miahuatlán en Puebla.²³

Desde entonces las notas de la prensa comenzaron a reportar los brotes de cólera que se daban en diversos estados del país. El análisis de la sucesión de estos casos, reconstruido a partir de la información de periódicos de circulación local y nacional, muestra la ausencia de una estrategia nacional y que la respuesta a la pandemia estuvo marcada por la improvisación. A continuación, se exponen un conjunto heterogéneo de situaciones improvisadas. También, la variedad de acciones efectuadas por las distintas entidades federativas muestra uno de los resultados de la descentralización de los sistemas de salud como producto de la reforma del Estado, puesto que cada entidad federativa era responsable de operar sus servicios de salud.

Por ejemplo, el 25 de junio de 1991, en *El Informador*, se publicó que en la localidad de San Miguel Totolmoloya, ubicada en el Estado de México, fue donde surgió el primer brote de cólera. Primero se dijo: “la pandemia de cólera ya cobró su primera víctima, se trata de Bartolo Estrada, de 45 años...que era mudo”.²⁴ Sin embargo, esta versión fue negada por el entonces director de Información y Emergencias Epidemiológicas de la SSA quien aseguró que el hombre “perdió la vida por fuerte pancreatitis”.²⁵

Una de las suposiciones del origen del brote fue que, por vía aérea, un narcotraficante sudamericano portador de la bacteria había contaminado el río que baja por la sierra Goleta y de donde se abastecían de agua poblados circunvecinos. Al respecto, *El Informador* señaló que el narcotraficante “contaminó el río en la cima de la Goleta con heces fecales y alguien tomó agua y enfermó de cólera...en esta sierra bajan muchas avionetas y hay pistas clandestinas e incluso es del dominio público que ahí se

²³ “Tres, los muertos por el cólera en México: Ssa”, *La Jornada*, México, 9 de agosto de 1991.

²⁴ “Detectan brote de cólera en el Estado de México”, *El informador*, Guadalajara, 25 de junio de 1991.

²⁵ “Detectan brote de cólera en el Estado de México”, *El informador*, Guadalajara, 25 de junio de 1991.

siembra mariguana”.²⁶ La Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) aseguraba desconocer las causas que originaron el cólera puesto que las pruebas hechas en agua, alcantarillado y alimentos dieron negativo a la presencia de *Vibrio cholerae*.²⁷ En el caso de este primer brote en el Estado de México lo que las notas de la prensa evidencian son los argumentos basados en las anomalías detrás de los primeros reportes: el “mudo” como primer caso y la negativa de la autoridad; el papel de un “narcotraficante” como vía de entrada; y la declaración de desconocimiento de las autoridades sanitarias.

Para julio ya se habían sumado diez casos de cólera detectados en Tula, Hidalgo. Ante el temor de que la enfermedad se desplazara, en algunos estados como San Luis Potosí se instalaron cercos sanitarios. En dicho estado se rodearon 43 localidades contiguas con Hidalgo, ante la sospecha de brotes en Huejutla. La Secretaría de Salud informó que se implementó el seguimiento epidemiológico de los, hasta entonces, 37 casos confirmados, de los cuales 27 fueron detectados en el Estado de México y 10 en Hidalgo.²⁸ En ese mismo mes, Tlaxcala confirmó sus 3 primeros casos. En este lapso, la enfermedad seguía focalizada en la región centro del país.

Ante el aumento de casos sospechosos, algunas opiniones resaltaban la alta incidencia de males gastrointestinales que no habían sido sometidos a pruebas de laboratorio. Según El Informador, “se disparó el número de personas con males gastrointestinales en toda la región Huasteca pero solamente a los más graves se les retiene en el hospital, los demás continúan su tratamiento en sus propios hogares”.²⁹ A nivel institucional se aludió que “el inusitado auge de males gastrointestinales hace creer a la población que cualquier diarrea con vómito puede ser cólera”.³⁰

La falta de una estrategia gubernamental y la improvisación de medidas por parte de los sistemas de salud locales se aprecia en que, ante la incertidumbre provocada por

²⁶ “Detectan brote de cólera en el Estado de México”, *El informador*, Guadalajara, 25 de junio de 1991.

²⁷ “Extremar medidas sanitarias en SLP ante probable brote de cólera”, *El informador*, Guadalajara, 20 de julio de 1991.

²⁸ “Extremar medidas sanitarias en SLP ante probable brote de cólera”, *El informador*, Guadalajara, 20 de julio de 1991.

²⁹ “Podrían presentarse casos de cólera en Tlaxcala”, *El informador*, Guadalajara, 22 de julio de 1991.

³⁰ “Podrían presentarse casos de cólera en Tlaxcala”, *El informador*, Guadalajara, 22 de julio de 1991.

el desconocimiento inmediato de los resultados de las pruebas de laboratorio a las que se sometía a los pacientes para la detección de la bacteria, en algunas zonas se administró el tratamiento médico para cólera sin esperar los resultados. Por ejemplo, la Secretaría de Salud del estado de Veracruz ante la sospecha de que 200 enfermos de diarrea aguda pudiesen ser casos de cólera optó por la aplicación de antibióticos sin confirmación de presencia de vibriones. Se aseguró que “las muestras han sido enviadas a la capital del país donde se cuenta con personal y laboratorios que en un plazo de 3 a 5 días pueden diagnosticar si esas muestras tienen el bacilo del cólera...un gran número de enfermeras y trabajadoras sociales están recorriendo casa por casa para detectar enfermos con diarrea aguda”.³¹

En septiembre se detectaron 21 casos de cólera en el D.F. de los cuales una persona falleció. Este hecho pudo haber sido utilizado con fines de interés político de parte del Partido Acción Nacional (PAN). Ello porque se señaló, por parte de uno de sus asambleístas, que los servicios de salud habían sido negados a niños que estaban enfermos de sarna y diarrea. El delegado aseguró que se trataba de doscientas familias que no contaban con agua y servicios básicos, indicándose que “las autoridades no quieren atender esta demanda hasta que se bañen los menores”.³² Es posible entrever el descontento e incertidumbre social generado por el desconocimiento de casos confirmados de cólera.

En algunas notas se cuestionaron los reportes de muertes, que los servicios de salud diagnosticaron bajo causas distintas al cólera. Por ejemplo, en Guadalajara, un padre y sus dos hijos fueron diagnosticados y reportados como los primeros casos de cólera. Se aseguró que días antes de que se reportaran estos casos, una niña que también era parte de la familia había fallecido debido a un cuadro diarreico que fue determinado por los médicos forenses como intoxicación con raticida. En la nota se expresa “muy cuestionable ante estas circunstancias” y se alerta ante la posibilidad de portadores asintomáticos de cólera.³³ En Yucatán, se sospechó de la práctica médica de

³¹ “Temen que el cólera haya entrado a Veracruz”, *El informador*, Guadalajara, 21 de julio de 1991.

³² “Detectan 21 casos de cólera en el D.F.”, *El informador*, Guadalajara, 11 de septiembre de 1991.

³³ “Aumentaron a tres los casos de cólera”, *El informador*, Guadalajara, 30 de octubre de 1991.

firmar certificados de defunción presentando causas secundarias en lugar del padecimiento principal. “En el caso del cólera, si el muerto es un anciano se registra como causa un ataque al miocardio y si es un niño, se le certifica la causa como deshidratación”.³⁴

A finales de octubre, la prensa publicó que, desde el reporte del primer caso se habían acumulado 1, 883 contagiados y 26 fallecimientos.³⁵ En el Mapa 3 “Estados que reportaron casos de cólera de 1991 a 1992”³⁶ puede notarse el incremento de contagios de 1991 a 1992. Asimismo, en el Mapa 4 “Estados que reportaron casos de cólera de 1993 a 1994”³⁷ se distinguen los estados que fueron reportando casos hasta 1994. En este lapso sólo Aguascalientes, Baja California y Nayarit no reportaron casos.

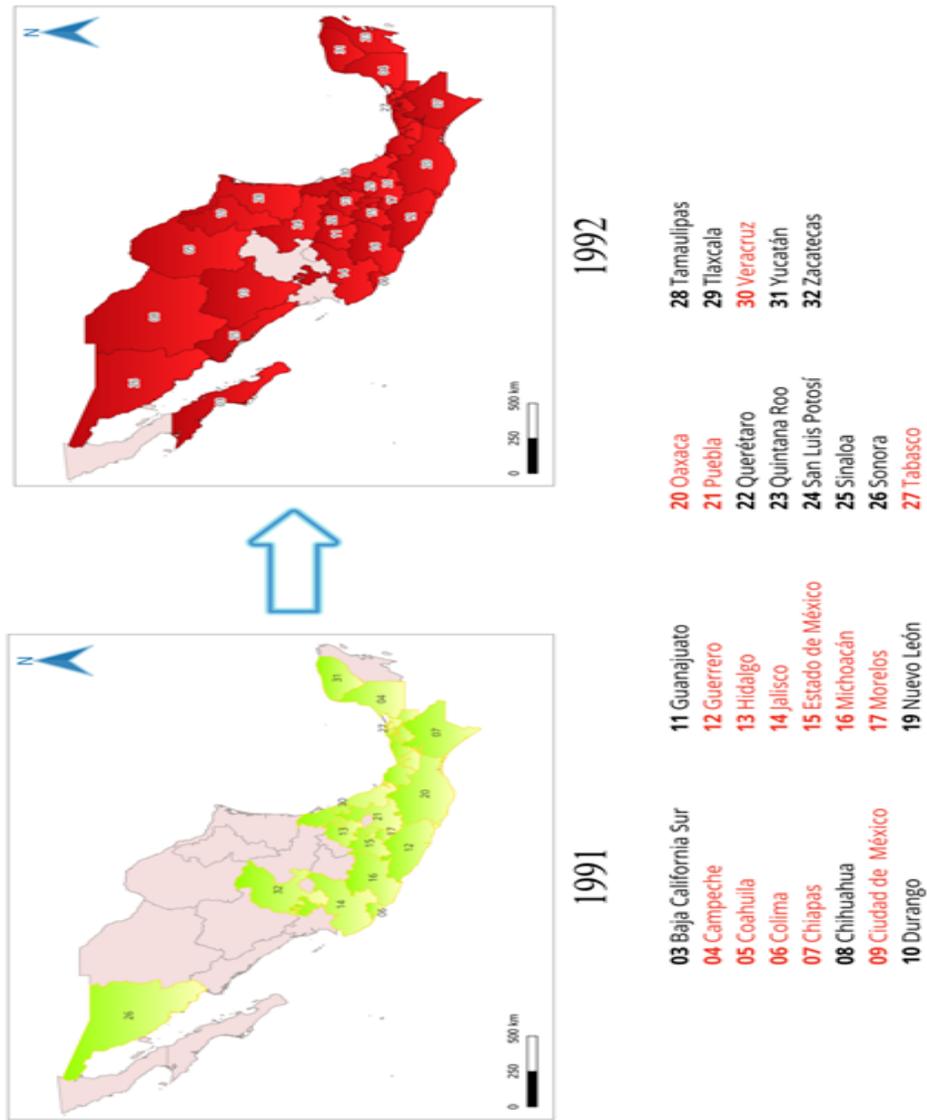
³⁴ “Inconsistentes datos sanitarios”, *Por Esto!*, Mérida, 1 de diciembre de 1992.

³⁵ Vásquez Pérez Emilio, “La miseria, reguero de pólvora para el fuego del cólera; afecta a 16 estados de México”, *Unomásuno*, México, 14 de noviembre de 1991.

³⁶ Mapa de elaboración propia con información del Boletín Mensual Epidemiología, Sistema Nacional de Salud, 1992, “Situación del cólera en México, 1991”, 7 (1), 7-11, 1993, “Situación del cólera en México. Diciembre de 1992”, 8 (1), 10-14.

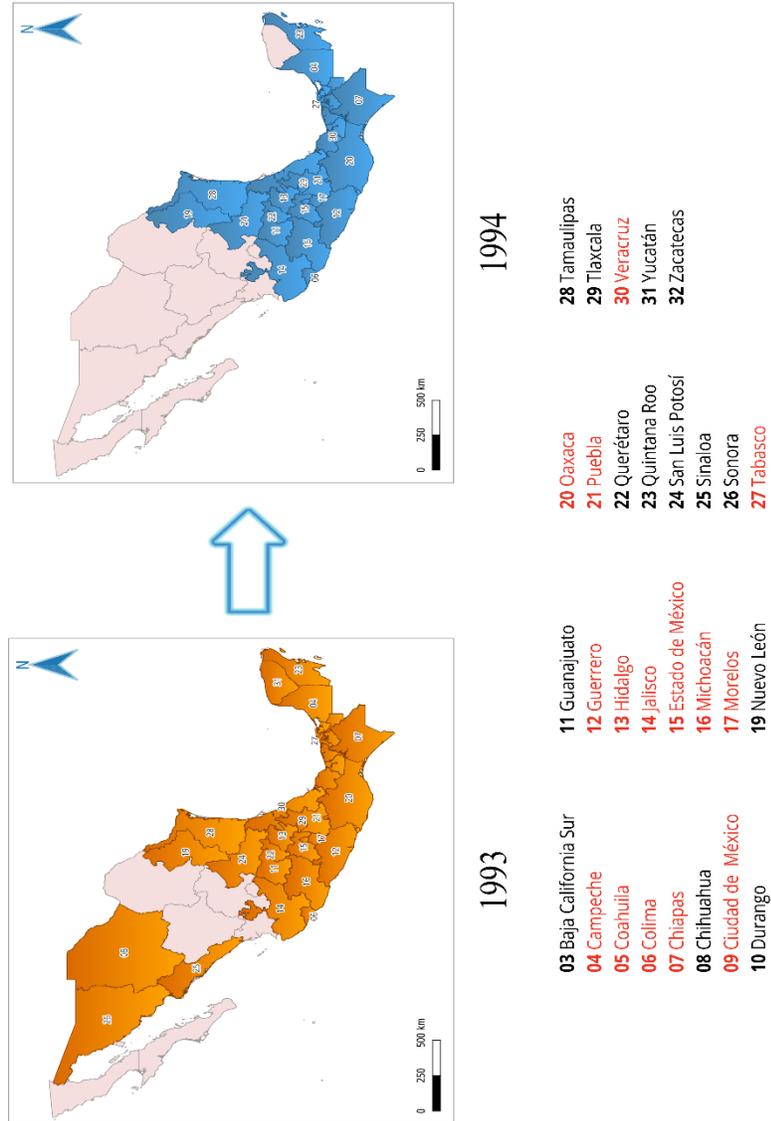
³⁷ Mapa de elaboración propia con información del Boletín Mensual Epidemiología, Sistema Nacional de Salud, Boletín de Morbilidad y Mortalidad, Sistema Nacional de Salud, 1994, semana 39, 1 (36), 10.

Estados que reportaron casos de cólera de 1991 a 1992



Mapa de elaboración propia con información del Boletín Mensual Epidemiología, Sistema Nacional de Salud, 1992, "Situación del cólera en México, 1991", 7 (1), 7-11, 1993, "Situación del cólera en México. Diciembre de 1992", 8 (1), 10-14.

Estados que reportaron casos de cólera de 1993 a 1994



Mapa de elaboración propia con información del Boletín Mensual Epidemiología, Sistema Nacional de Salud, Boletín de Morbilidad y Mortalidad, Sistema Nacional de Salud, 1994, semana 39, 1 (36), 10.

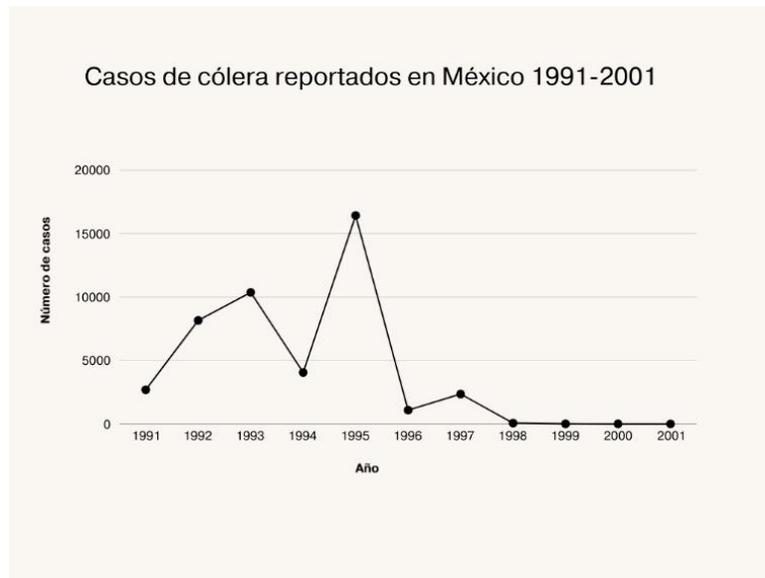
A pesar del aparente panorama progresivo de la enfermedad por el rápido incremento de contagios, las autoridades sanitarias sostenían que se trataba de brotes aislados en cada estado, por lo que se negaba el desarrollo epidémico del cólera. Es posible que la incertidumbre en la confirmación y seguimiento de casos de cólera a nivel nacional también se diera entre la comunidad científica y epidemiólogos; esto se aprecia en que las publicaciones del Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) no incluyeron el reporte, aparentemente, hasta siete meses después de la confirmación del primer caso.

Si bien en febrero de 1991 el SNS incluyó al cólera en el formato del informe mensual de casos nuevos de enfermedades, dichos formatos fueron publicados con meses de diferencia. Esta situación pudo haber sido justificada con la recién creación del SINAVE en 1990, que entre sus objetivos principales tuvo crear una normatividad para el registro sistemático de las enfermedades. Vale la pena mencionar que, desde 1980, en las publicaciones del Boletín de la Dirección General de Epidemiología se informaban las estadísticas de casos de enfermedades transmisibles que eran reportadas por los estados a través de dependencias como la Dirección General de Servicios Coordinados, el IMSS e ISSSTE. Las formas de notificación pudieron influir en el incremento de la especulación sobre lo que estaba pasando.

El reporte de 2,690 casos acumulados se dio a conocer en enero de 1992. De ese total, 836 personas fueron hospitalizadas y 34 fallecieron. Tabasco, Hidalgo, Chiapas, Veracruz, Yucatán y Guerrero fueron las entidades federativas que reportaron mayor número de casos. A partir de entonces, como se puede ver en la Gráfica 1 “Casos de cólera reportados en México 1991-2001”,³⁸ la enfermedad incidió continuamente en el país hasta el año 2001, cuando se reportó un sólo caso. A lo largo de este amplio periodo de tiempo, las cifras más altas se registraron en 1993 con 11, 091 casos y en 1995 con 16,430 diagnósticos.³⁹

³⁸ Gráfica de elaboración propia con información de Boletines epidemiológicos del SINAVE correspondientes a: enero 1992, p. 7, mayo 1994, semana 20, p. 27, semana 52 de diciembre de 1995 y 1996, p. 7, diciembre de 1997 al 3 de enero 1998, semana 53, p. 8, diciembre de 1998 al 2 de enero de 1999, semana 52, p. 8, 26 de diciembre de 1999 al 1 de enero del 2000, semana 52, p. 8, semana 52 de diciembre de. 2000 y 2001, p. 8.

³⁹ De acuerdo a la información de los Boletines epidemiológicos del SINAVE correspondientes a: mayo de 1994, semana 20, p. 27 y diciembre de 1995, semana 52, p.7.



Gráfica de elaboración propia con información de Boletines epidemiológicos del SINAVE correspondientes a: enero 1992, mayo 1994, diciembre de 1995, 1996, 1997, enero, diciembre, 1998, enero, diciembre de 1999, enero del 2000 y diciembre de 2001.

1.4.- El caso de Yucatán: un reflejo de la pandemia en México

En Yucatán, durante 1991 se reportaron 202 casos, de los cuales 126 fueron hospitalizaciones y 4 defunciones. Desde entonces, como en varias entidades del resto del país, el cólera fue una enfermedad que se reportó constantemente, siendo sujeta a vigilancia epidemiológica. Como puede verse en la Gráfica 2 “Casos de cólera reportados en Yucatán 1991-1997”,⁴⁰ el alza de casos en la entidad fue en los años de 1992, cuando se reportaron 846 casos y 1995, con 2,690 reportes.⁴¹

⁴⁰ Gráfica de elaboración propia con información de Boletines epidemiológicos del SINAVE correspondientes a: mayo 1993, semana 20, p. 79, mayo 1994, semana 20, p. 36, semana 52 de diciembre de 1995 y 1996, p. 7, diciembre de 1997 al 3 de enero 1998, semana 53, p. 8.

⁴¹ De acuerdo a la información de los Boletines epidemiológicos del SINAVE correspondientes a mayo 1993, semana 20, p. 79 y diciembre de 1995, semana 52, p. 7.



Gráfica de elaboración propia con información de Boletines epidemiológicos del SINAVE correspondientes a: mayo 1993, mayo 1994, diciembre de 1995, 1996, 1997 y enero 1998.

El 25 de septiembre de 1991, el Diario del Sureste publicó en primera plana una nota titulada “Una persona originaria de Puebla, primer caso de cólera en Yucatán”; se refería a un hombre de 52 años que supuestamente se había contagiado en Puebla o en su paso por Campeche. El caso fue confirmado en el municipio de Ixil por la Secretaría de Salud del estado y se le aseguró a la población que no había motivo de alarma puesto que no había más contagiados. Es posible que, resaltando la procedencia foránea del enfermo se evadiera el reconocimiento de las condiciones de vulnerabilidad que prevalecían en el estado y que darían pie a la epidemia. Dicho paciente había sido internado en el Centro de Salud del municipio de Ixil y posteriormente fue trasladado al hospital O’Horán donde se le diagnosticó cólera. El secretario de salud del estado aseveró que el paciente fue dado de alta hasta que las pruebas de laboratorio salieron negativas. Probablemente para mantener la calma entre la población, se destacó que, desde la detección del caso, hubo una investigación epidemiológica y la aplicación de cloro en los pozos de la zona donde había transitado el enfermo. Se aseguró que “todo paciente sospechoso recibirá tratamiento y se vigilará la dotación de medicamentos y material necesario para el tratamiento de posibles infectados”.⁴²

⁴² “Una persona originaria de Puebla, primer caso de cólera en Yucatán”, *Diario del Sureste*, Mérida, 25 de septiembre de 1991.

Cuatro días después, el 29 de septiembre, la prensa informó a la población del segundo caso confirmado de cólera. El Dr. Saúl Hernández García, subdirector del Hospital O´Horán informó a los medios: “hasta el momento no sabemos cómo y en dónde se enfermó el Sr. Cruz, ya que es sordomudo y no sabe escribir, sólo puede dar a entender algunas cosas por medio de señas y según el expediente clínico su esposa también es sordomuda”. El médico expuso que desconocer el modo en que se había contagiado esta persona y no contar con los datos de la ubicación de su vivienda representaban un riesgo al no poder llevar a cabo las medidas, en la zona, para evitar la propagación de la enfermedad.⁴³ Iniciado el mes de octubre, se tenían confirmados 27 casos de cólera en el estado. A mediados del mismo mes la cifra ascendió a 34 personas; 26 se ubicaban en el municipio de Umán, 4 en Mérida, 1 en Xcanatún, 1 en Chocholá, 1 Ticimul y 1 en Ixil. En total, fueron 24 hombres y 10 mujeres de entre 28 y 35 años de edad.⁴⁴

De acuerdo con información de la prensa acreditada por la SSA, hasta mediados de enero de 1992 se habían reportado cinco casos en Yucatán; todos ellos en poblaciones rurales. En un asilo del municipio de Hunucmá tres personas enfermaron, desconociendo el modo de contagio. El encargado de dicho asilo explicó que las condiciones de higiene eran adecuadas: “el agua que toman es potable y además se hierve”.⁴⁵ En Chuburná Puerto se hizo público el caso de un pescador de 60 años que enfermó de cólera exponiendo que la causa había sido el consumo de pozole y panuchos vendidos por mujeres del municipio colindante Sierra Papacal, donde se dijo ya habían sido confirmados 4 casos.⁴⁶ La prensa difundió información extraoficial de casos detectados en Muna, de los cuales sólo uno fue confirmado por la SSA. Se dijo que los

⁴³ “Confirmado el segundo caso de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 29 de septiembre de 1991.

⁴⁴ “Oficial: ya suman 27 los casos de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Sección Local, Mérida, 9 de octubre de 1991, González Villa Atilano, “Se detectaron 13 casos de cólera en Yucatán los pasados 7 días”, *Excelsior*, Sección Estados, México, 16 de octubre de 1991.

⁴⁵ “En el asilo de Hunucmá hospitalizan a 3 ancianos que contrajeron el cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 4 de enero de 1992.

⁴⁶ “El 5to caso de cólera en 1992, en Chuburná Puerto”, “Extreman medidas contra el cólera en Chuburná Puerto”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 17 y 18 de enero de 1992.

14 pacientes contrajeron la enfermedad al consumir pozole en Opichén. Aunado a ello se confirmaron casos en Tekax e Izamal.⁴⁷

En febrero se daba continuidad a la incidencia de casos en Umán. “Se presentaron 25 casos más de la enfermedad”.⁴⁸ Un mes después, se sumaron 4 casos en Mérida y se agregaban informes de nuevos casos en Noc Ac y Opichén.⁴⁹ En el mes de agosto se reportó un brote en Celestún, el jefe de los Servicios Coordinados de Salud descartó que los casos se debieran al agua contaminada, aseverando que se trató de alguna comida preparada en bajas condiciones higiénicas. Ante la constante incidencia de casos en Umán se dijo que la fuente probable de contagio era “la comida y aguas frescas que se sirvieron durante unas festividades”.⁵⁰ Las cifras emitidas en el boletín mensual de epidemiología fueron citadas en la prensa para contrastarlas con las declaraciones de los representantes de la Secretaría de Salud a nivel local. Así en el periodo de enero a abril de 1992 se contabilizaron 202 casos y una defunción, siendo Yucatán el estado con mayor número de casos confirmados, seguido de Campeche y Tabasco.⁵¹

Debido al alto flujo de personas por actividades comerciales en la zona oriente, municipios como Tizimín fueron puestos en alerta ante la notificación de casos de cólera en Chetumal, Quintana Roo. Se trataron pozos y otras fuentes de donde se extraía el agua para consumo humano con el objetivo de prevenir la infección. Se resaltó el papel de los habitantes en dichas zonas para evitar contagiarse. Además, el periódico *Por Esto!* informó que “quienes efectúan constantes viajes a Chetumal y poblaciones circunvecinas deben cuidarse de no ingerir alimentos de dudosa elaboración y en el caso de mostrar síntomas como diarrea y vómitos acudir de inmediato a los centros de salud para determinar la causa de éstos”.⁵² También se destacó que en el estado de Campeche se

⁴⁷ “Reportan 13 casos más. Aseguran que en Muna el cólera ya cobró una víctima”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 29 de enero de 1992.

⁴⁸ “Que ya detectaron 25 casos más de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 23 de febrero de 1992.

⁴⁹ “Informa Servicios Coordinados de Salud. De los 12 casos de cólera detectados en febrero uno corresponde al norte de Mérida”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 5 de marzo de 1992.

⁵⁰ “En lo que va del año se registraron 372 casos de cólera en Yucatán, informa el sector Salud”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 25 de septiembre de 1992.

⁵¹ “En lo que va del año se registraron 372 casos de cólera en Yucatán, informa el sector Salud”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 25 de septiembre de 1992.

⁵² “Detectan cinco casos de cólera en Quintana Roo. Piden extremar medidas sanitarias”, *Por Esto!*, Mérida, 26 de junio de 1992.

habían reportado 550 casos, siendo una de las entidades con mayor número de enfermos.⁵³ Las respuestas ante la posibilidad de contagio se enfocaron en intentos por clorar el agua y desinfectar los alimentos, evadiendo así la importancia de considerar las condiciones estructurales que exacerbaban la vulnerabilidad de la población como el acceso al agua potable y la desnutrición.

Los informes del SNS publicaron el número de diagnósticos hechos de enfermedades gastrointestinales. Además del cólera, se agruparon las siguientes enfermedades: amibiasis hepática; fiebre tifoidea; enteritis y otras infecciones intestinales; intoxicación alimentaria bacteriana; teniasis y uncinariasis. En Yucatán, de 1991 a 1994, como se aprecia en la Tabla 2 “Enfermedades gastrointestinales en Yucatán (1991-1994)”⁵⁴, se notificaron los siguientes casos:

Tabla 2.- Enfermedades gastrointestinales en Yucatán (1991-1994)

Diagnóstico	1991	1992	1993	1994⁵⁵
Cólera	202	846	31	0
Amibiasis hepática	25	16	35	51
Fiebre tifoidea	92	49	51	28
Enteritis y otras infecciones intestinales	105, 519	100, 288	104, 763	32, 084
Intoxicación alimentaria bacteriana	207	304	424	315
Teniasis	164	169	143	106
Uncinariasis	14	4	18	2
Total	106, 223	101, 676	105, 465	32, 586

Tabla de elaboración propia con información de los Boletines del Sistema Nacional de Salud, mayo 1993, 1994 y septiembre 1994.

Como se puede apreciar el total de enteritis y otras infecciones intestinales fue la clasificación más elevada a lo largo de los cuatro años. La baja de casos en 1994 se

⁵³ “Alta e inesperada incidencia de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 8 de agosto de 1992.

⁵⁴ Tabla de elaboración propia con información de los Boletines del Sistema Nacional de Salud, mayo 1993, p. 79, mayo 1994, semana 20, p. 36, septiembre 1994, semana 39, p.21.

⁵⁵ En el portal web del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica el Boletín de Morbilidad y Mortalidad correspondiente al año de 1994 sólo se encuentra digitalizado hasta la semana 39.

debió a que, de acuerdo con una aclaración del SINAVE, el IMSS no notificó la información mensual correspondiente a este diagnóstico de las personas que contaban con Seguridad Social y con Solidaridad Social.⁵⁶ Es posible que los casos de cólera fueran más numerosos de los que se clasificaron, pudiendo cubrir las cifras bajo el diagnóstico de infecciones intestinales e intoxicaciones por alimentos. En 1991, los 106, 223 casos de enfermedades gastrointestinales representaron el 7.79% de la población total en Yucatán. Los porcentajes de los años 1992, 1993 y 1994 fueron, 7.46%, 7.73% y 2.39% respectivamente.⁵⁷

En el estado la prensa también informó de la prevalencia de gastroenteritis en los meses de marzo y julio, época en la que la temperatura en el estado de Yucatán asciende. Se reportaron 7, 000 y 8, 000 casos respectivamente, y para los meses de abril, mayo, junio y agosto 6, 000. En total de enero a septiembre se acumularon 49, 559 casos de gastroenteritis. Resulta llamativo que, de estos, únicamente 559 hubieran sido reportados como cólera.⁵⁸

Como respuesta al incremento de casos, se dio mayor relevancia a las medidas de educación para la salud enfocadas al tratamiento de la diarrea en el hogar, considerada como el principal síntoma del cólera. En la prensa se informó que, en algunos municipios como Ixil, voluntarias del DIF recorrían casa por casa para hablar sobre las medidas y no alarmarse.⁵⁹ Una de las recomendaciones era verter cal sobre las heces en caso de practicar fecalismo al aire libre y utilizar cloro para desinfectar el agua. La gobernadora del estado, Dulce Sauri Riancho y el director municipal de salud, Luis Solís Alpuche, anunciaron que, en las colonias de Mérida, Umán, municipios del sur y de la costa se había clorado 10,611 pozos, tratado con cal 5,463 excusados y repartido 9,000 volantes con información de prevención del cólera. También se había instruido a

⁵⁶ Boletín de Morbilidad y Mortalidad, SINAVE, 1994, septiembre, semana 39, vol. 1, núm. 36, p.12.

⁵⁷ Los porcentajes fueron calculados tomando como referencia un total de 1,362,940 habitantes en Yucatán, de acuerdo al Censo General de Población y Vivienda de 1990.

⁵⁸ "Que se detectaron en ocho meses 559 casos de cólera", *Diario de Yucatán*, Mérida, 10 de octubre de 1992.

⁵⁹ "A pesar del brote de cólera en Ixil viven en completa calma", *Diario del Sureste*, Mérida, 27 de septiembre de 1991.

1,450 vendedores ambulantes acerca del manejo, exposición de alimentos e higiene personal.⁶⁰

Opiniones en contraste resaltaron que la Secretaría de Salud no tomaba en cuenta que no toda la población tenía los recursos económicos para adquirir cloro y cal.⁶¹ También se señaló el riesgo de propagación del cólera debido a que a nivel nacional más de 10 millones de personas no tenían acceso a agua potable.⁶² Algunas opiniones médicas sostuvieron que “la probable fuente del contagio” era la contaminación del manto freático. El Dr. Carlos Muñoz Barahona, quien fungía como director de la delegación local de la Cruz Roja, expuso “la fuente común de transmisión del cólera en Yucatán es el agua debido a la contaminación del manto freático por las heces fecales, la falta de un sistema de drenaje y de agua verdaderamente potable para el consumo humano”. En su declaración, el Dr. Muñoz opinaba que la presencia del cólera ponía de manifiesto a México como país tercermundista al no contar con una óptima infraestructura sanitaria.⁶³ La crisis económica del país, acontecida desde 1980, se relacionó con las condiciones precarias de salud y la vulnerabilidad de la población ante la enfermedad. Algunas opiniones sostuvieron que “más de la mitad del producto interno bruto de las naciones endeudadas de América Latina fue destinado al pago del endeudamiento externo, lo que les dejó con precarios recursos para apoyar los servicios a la población, entre ellos la salud”.⁶⁴

1.5.- Reflexiones contemplativas

Como vimos a lo largo de este capítulo, en México el cólera fue una noticia de interés a partir de su propagación en Perú. En un primer momento, la prensa local en Yucatán mostraba la serie de medidas de instancias nacionales, que consistieron sobre todo en

⁶⁰ “El combate al cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 7 de octubre de 1991.

⁶¹ Peniche Manzano Alfonso J. “El “cólera” en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Sección Local, Mérida, 28 de septiembre de 1991.

⁶² Vásquez Pérez Emilio, “La miseria, reguero de pólvora para el fuego del cólera; afecta a 16 estados de México”, *Unomásuno*, México, 14 de noviembre de 1991.

⁶³ “El agua, probable fuente del contagio del cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Sección local, Mérida, 27 de octubre de 1991.

⁶⁴ Vásquez Pérez Emilio, “La miseria, reguero de pólvora para el fuego del cólera; afecta a 16 estados de México”, *Unomásuno*, México, 14 de noviembre de 1991.

la vigilancia sanitaria en las terminales aéreas y marítimas, principalmente por los intercambios comerciales y turísticos.

A través de las publicaciones acerca del desplazamiento del cólera, es posible notar que en las declaraciones de los representantes de organismos internacionales y nacionales se hizo énfasis en relacionar al cólera con la pobreza e ignorancia de la higiene. En México se insistió en que los casos de cólera eran brotes aislados. Las fuentes de contagio se atribuyeron a foráneos, personas sordomudas “incapacitadas para comunicarse”, así como falta de higiene en la preparación de alimentos y bebidas, negando así la vulnerabilidad existente sobre todo en cuanto a condiciones de salud y acceso al agua potable. Al mismo tiempo, la incertidumbre ante la confirmación con pruebas de laboratorio de casos se dio en un contexto de cambios en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades, ya que los diagnósticos y elaboración de estadísticas se hacían en el centro del país. Ello ocasionó, entre otras cosas, que la prensa local cuestionara y se adelantara a los reportes emitiendo información sustentada, en algunos casos, en testimonios no oficiales.

CAPÍTULO 2.- EL BROTE DE CÓLERA EN MÉXICO Y YUCATÁN. UNA CARACTERIZACIÓN DE LA CRISIS SANITARIA DE FINALES DEL SIGLO XX

El objetivo de este capítulo es contextualizar el brote de la pandemia de cólera en México y el estado de Yucatán para conocer la manera en que las reformas neoliberales acentuaron e influyeron en las condiciones de vulnerabilidad de la población. En primer lugar, se analizarán las características y transformaciones del sector salud, de 1988 a 1994, asociadas a la influencia de organismos financieros internacionales, se puso en marcha una estrategia regida por el mercado y asistencialismo. En particular, se subrayará la ideología del enfoque selectivo del Modelo de Atención Primaria presente en los lineamientos y programas referentes a la salud. En segundo lugar, se examinarán las condiciones socio-económicas, de salud y gestión del agua potable en Yucatán para subrayar las continuidades estructurales de vulnerabilidad social imperantes en la entidad.

2.1.- Características de las reformas en México del sector salud 1988-1994

Una de las etapas en la reforma del sector salud en México corresponde al sexenio presidencial de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) cuyas principales características fueron: racionalización de recursos, descentralización, creación de paquetes de servicios básicos e incremento de los servicios médicos privados. La política social de finales de los ochenta y la década de los noventa estuvo sujeta a los ajustes macroeconómicos. Dichos ajustes limitaron el gasto público en salud y priorizaron modelos asistenciales y selectivos, los cuales se redujeron al diseño de paquetes de servicios básicos “justificados desde una perspectiva tecnocrática en términos de costo efectividad” (López-Arellano y Blanco, 2001, p. 52). Es relevante profundizar en estos cambios puesto que influyeron en las medidas de salud pública y en los recursos médicos con que se enfrentó a la pandemia de cólera de 1991.

2.1.1.- El enfoque del Modelo de Atención Primaria Selectiva

Desde 1979, poco tiempo después de la reunión de Alma Ata,⁶⁵ surgió la propuesta auspiciada por la Fundación Rockefeller, de un nuevo enfoque que significó la reformulación del concepto original de Atención Primaria de Salud.⁶⁶ Dicho enfoque proponía detectar y dar prioridad a las necesidades de salud más apremiantes y frecuentes en los países catalogados en desarrollo, con el objetivo de facilitar el alcance de la meta “Salud para Todos en el año 2000” y reducir el gasto público de los países con deudas externas.

La estrategia bajo la perspectiva del Modelo de Atención Primaria Selectiva priorizó acciones como: vigilar el crecimiento de los lactantes con el objetivo de identificar en etapa temprana a los niños con deficiencias en el crecimiento, usar métodos de rehidratación oral conocidos como soluciones preparadas para controlar las enfermedades diarreicas infantiles y promover la lactancia materna e inmunización en la primera infancia (Cueto, 2004, p. 1869).

Durante la década de 1980 muchos países “en desarrollo” afrontaron desafíos económicos, tales como inflación, recesión, políticas de ajuste económico y deudas externas que afectaron los recursos asignados para la salud pública. Según Marcos Cueto (2004), el nuevo escenario político que emanó de los regímenes neoliberales conservadores en países industrializados “significó restricciones drásticas en los fondos para la atención de salud en los países en desarrollo” (Cueto, 2004, p. 1871). Para Menéndez (2005) los planteamientos neoliberales de ajuste se desarrollaron como parte del panorama nacional e internacional en el cual se criticaba, desde diversos

⁶⁵ “La Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata, Kasajistán, reunió en 1978 a 134 países y 67 organismos internacionales (China fue el gran ausente). Esta conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud (APS), como una estrategia para alcanzar la meta de “Salud para Todos” en 2000, según indica la Declaración con la que se concluyó la conferencia”, Organización Panamericana de la Salud, https://www3.paho.org/spanish/dd/pin/alma_preguntas.htm, 09 de octubre de 2024.

⁶⁶ “Según la Declaración de Alma Ata, la atención primaria de salud, es “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación””, Organización Panamericana de la Salud, https://www3.paho.org/spanish/dd/pin/alma_preguntas.htm, 09 de octubre de 2024.

sectores políticos e ideológicos, que “cuestionaban la trayectoria y consecuencias de las políticas populistas, socialistas de estado e incluso de las socialdemócratas” (Menéndez, 2005, p. 196). En México a partir de los años ochenta y hasta finales del siglo XX fueron impulsadas las propuestas de las corrientes neoliberales a través del Partido Revolucionario Institucional. Eduardo Menéndez (2005, p. 197) señala que “las políticas y actividades propuestas iban a ser apoyadas, como nunca hasta entonces, por una serie de instituciones internacionales ya existentes y por otras que se gestarían durante estas dos décadas, entre las cuales sería decisivo –sobre todo en lo que respecta a salud– el papel del Banco Mundial (BM)”.

Desde 1980 el Banco Mundial publicó en algunos de sus informes críticas a los sistemas de salud de los países considerados “en desarrollo”, concordando con las críticas progresistas “al sostener que en los mismos dominaba una mala asignación de recursos para la salud así como la inequidad en el acceso a los servicios de salud, sobre todo en detrimento de los más pobres” (Menéndez, 2005, p. 197). Dirigentes de organizaciones financieras internacionales, como el presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), sostuvieron que, en estos países, si bien el pago de la deuda externa generaba reducción en la atención de las necesidades sociales y descontento en la población, no debían “aislarse internacionalmente”. En efecto, se propuso la renegociación de sus deudas por parte de la banca acreedora, lo que determinó que los países latinoamericanos tuvieran que “aceptar la implantación de “paquetes económicos” de ajuste exigidos por el Fondo Monetarios Internacional”.⁶⁷ En diversos países, estos procesos determinaron la implementación, en el sector salud, del enfoque selectivo de atención primaria.

En el caso de México, durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) la adopción de este enfoque selectivo se dio en el marco del proceso de reforma del sector salud, bajo un contexto de crisis económica y renegociación del pago de la deuda externa. Según Abrantes (2010), la reforma trataba de “ajustar la salud pública al contexto de presión sobre los recursos y de expansión de los intereses privados”, pero

⁶⁷ “El BID exhorta a los gobiernos de América Hispana a atender el problema de la pobreza”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 30 de marzo de 1992.

intentando responder a las demandas de los usuarios y procurando mantener la legitimidad de la SSA” (Abrantes, 2010, p. 26).

Los cambios en el sector salud en general, así como la adopción del enfoque selectivo de la atención primaria, correspondieron con los intereses de organismos internacionales que financiaban los préstamos otorgados al gobierno mexicano. El “Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud”, emitido por el Banco Mundial (BM), estableció que la buena salud incidía positivamente en la capacidad productiva individual y en la expansión económica de las naciones. Por consiguiente, dedicar recursos para mejorar la salud representaba una vía para, supuestamente, acelerar el desarrollo. Dicho informe propuso un enfoque triple para la política sanitaria de los países en desarrollo, que consistió en: 1) fomentar políticas de crecimiento económico orientadas a elevar el nivel de ingresos de los grupos de población pobres, 2) reorientar el gasto público de los servicios especializados hacia medidas de bajo costo pero eficaces, tales como las inmunizaciones y el tratamiento de enfermedades infecciosas, y 3) alentar mayor diversidad y competencia en la prestación de los servicios de salud por medio de la descentralización de los servicios estatales, el estímulo de una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y otras entidades privadas.⁶⁸

De manera más específica, una de las formas en que se concretó la aplicación del modelo selectivo de atención fue la creación de diversos programas de salud y asistencia social, enfocados en la población pobre y marginada. A continuación, se describen algunos de esos programas, elegidos por la importancia que tuvieron para el abordaje de la pandemia de cólera.

En México en febrero de 1991 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Programa Nacional de Salud (PNS) 1990-1994, una estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud (SNS). Entre otros temas, el PNS abogó en concordancia con la ideología del BM por, que la salud no se considerase simplemente como un objetivo en sí mismo, sino como un componente esencial para el progreso socioeconómico del país. En el papel, su principal preocupación radicaba en que los servicios de salud estuvieran diseñados para promover el bienestar, prevenir

⁶⁸ “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud” Banco Mundial, pp. 1-19.

enfermedades, restablecer la salud y rehabilitar a aquellos que, debido a enfermedades, accidentes o desastres, sufrieran alguna discapacidad física o mental. Se propuso emplear los recursos disponibles de manera óptima y administrarlos con austeridad y transparencia. El programa destacó el fortalecimiento de los servicios de salud a nivel local, subrayando la modernización administrativa, la descentralización, la coordinación entre diferentes sectores y la participación activa de la comunidad.⁶⁹

En concordancia con el modelo de la atención primaria que promovía el enfoque selectivo, el PNS se diseñó bajo la perspectiva de la medicina preventiva y salubrista, la cual priorizaba las acciones de inmunización, aumentando los programas de vacunación para controlar las enfermedades infecciosas, así como la distribución de suero oral. Otro rubro fue el incremento de los programas de control natal (Abrantes, 2010, p. 38).

En ese sentido, como parte del PNS se le dio continuidad al método de focalizar la atención de infantes, menores de 5 años, en las enfermedades diarreicas, mediante el Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas, que ayudaría a reducir los altos índices de mortalidad infantil que prevalecían en el país. Esto se lograría mediante la prevención de las muertes debidas a deshidratación y a la mejora del estado nutricional, que eran frecuentes en la población menor de cinco años. Nuevamente, para poner en marcha este programa, se promovieron medidas de externalización, dirigidas a trasladar a las comunidades y grupos sociales los costos de la prevención y, en general, de la mayor parte de las medidas de salud pública. Ello se conseguiría mediante la educación y promoción de la salud a través de la participación de la comunidad, que debía involucrarse en la identificación, manejo, notificación y registro de los casos de diarrea y deshidratación. También, el Programa de saneamiento básico tuvo como objetivo lograr la desinfección de las fuentes de abastecimiento de agua potable, incrementar la promoción de los servicios de dotación del líquido y establecer medidas de control de calidad del agua para consumo humano. Buscó promover la participación comprometida de las autoridades locales en el manejo y disposición sanitaria de excretas y basura.

⁶⁹ “Programa Nacional de Salud 1990-1994”, Diario Oficial de la Federación, 11 de enero de 1991, México, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991#gsc.tab=0

En algunos casos, como el Programa de Apoyo de los Servicios de Salud a la Población Abierta (PASSPA) y el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) fueron financiados, en parte, con créditos externos. Particularmente, PRONASOL fue financiado por el BM como un programa de combate a la pobreza, con el que se pretendió reducir las tensiones sociales y la inestabilidad política derivadas de la aplicación de las medidas de ajuste y cambio estructural. PRONASOL fue utilizado para presentar un discurso presidencial que lo identificara como un gobierno preocupado por el bienestar de la población, catalogada como pobre, sin renunciar a las bases de su política económica. Pero, más allá del discurso presidencial, PRONASOL permitió al gobierno “soslayar su responsabilidad en el deterioro de las principales instituciones de bienestar social y su impulso al proceso de privatización selectiva de la seguridad social, educación y salud” (Laurell, 1994, p. 168).

La puesta en marcha de estos programas reforzó la tendencia creciente de responder a las problemáticas de salud pública con financiamientos externos que “ofrecían un paquete cerrado de servicios que no se definían por la demanda de los beneficiarios potenciales, sino por grupos técnicos del gobierno y de los organismos internacionales financieros” (Abrantes, 2010, p. 40). Así, la Atención Primaria Selectiva se implementó como una estrategia a través de programas de ayuda social, como los mencionados anteriormente. Estos programas ofrecían asistencia social que incluía el componente de salud. Con ello, el Estado mexicano implementó diversas estrategias enmarcadas en la perspectiva tecnocrática de optimizar el uso de recursos.

El gasto público restringido a financiar paquetes básicos de salud, la transferencia de los costos a los usuarios y la privatización de los servicios rentables marcaron una reducción de la regulación del Estado sobre el sector sanitario. También, el debilitamiento del presupuesto público y la focalización de los recursos en programas financiados por préstamos de organismos supranacionales, lejos de fortalecer la estructuración de un sistema de salud de calidad, equitativo y universal, contribuyeron a “acelerar los procesos de fragmentación y mercantilización de las instituciones públicas de salud y a profundizar el sistema dual y polarizado” (López-Arellano y Blanco, 2001, p. 52). Las intervenciones sanitarias selectivas respondieron a una lógica de mercado que, ante todo, se planteaba la pregunta de cómo crear un mercado enfocado en la salud y cómo atender este

mercado con productos y servicios rápidos y rentables. La utilidad, aceptación y comprensión de este producto o servicio por parte de los beneficiarios quedaron como aspectos secundarios (Grodos y Béthune, 1988, p. 80). Dando como resultado una política de salud de enfoque neoliberal.

Estos fueron algunos de los principales rasgos que caracterizaban al sistema de salud mexicano cuando se reportaron los primeros casos de cólera en junio de 1991. Como se verá con mayor detenimiento en el capítulo 3, se priorizaron las intervenciones sanitarias que se consideraron más rentables, en términos de costo-beneficio, como, por ejemplo, la masificación de medios de comunicación que transmitieron contenido acerca de los “buenos hábitos higiénicos” y la distribución de sueros orales. En consecuencia, se dejaron de lado otras acciones que requerían inversiones a largo plazo, como el abastecimiento y acceso al agua potable, que, aunque siendo importantes para la salud pública y fundamentales para menguar la propagación de la enfermedad, no eran rentables desde un punto de vista económico. Ante este panorama se acentuaría la vulnerabilidad de la población a enfermar de cólera.

2.1.2.- Intervención gubernamental: enfermedades gastrointestinales, desnutrición y acceso al agua

Como se vio en el apartado anterior, la implementación de reformas neoliberales implicó cambios en el sector salud. A continuación, se ahondará en tres condiciones de vulnerabilidad que se exacerbaron con la pandemia de cólera: enfermedades gastrointestinales, desnutrición y acceso al agua. Cabe resaltar que las dos primeras condiciones fueron atendidas con la aplicación del enfoque selectivo de atención primaria. La intervención gubernamental dada a dichas condiciones es importante para identificar como influyeron en el brote y desarrollo de la pandemia de cólera en 1991.

A finales del siglo XX, antes de los primeros casos reportados de cólera, en América Latina las enfermedades gastrointestinales tenían una alta prevalencia, especialmente en infantes menores de 5 años. Lo que anticipaba las desfavorables condiciones de salud presentes en la población ante el inminente brote de cólera. De hecho, un estudio que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó en 1991, a partir de datos recolectados entre 1985-1990, advirtió sobre la elevada mortalidad

infantil por diarreas en los países del continente: “para el quinquenio 1985-1990 en esos países ocurrieron alrededor de 130, 000 muertes anuales por diarreas en menores de 5 años de edad” (OPS, 1991, p. 1-5). La OPS atribuyó la persistencia de las enfermedades infecciosas intestinales a la falta de cobertura en nutrición, inmunizaciones, agua potable, eliminación de aguas servidas y desechos. Se planteaba que la solución a este problema se encontraba en mejorar la manipulación de alimentos, el control natal, el incremento de la alfabetización, en especial en las mujeres, y la masificación de los medios de comunicación.

Siguiendo las recomendaciones de la OPS, en distintos países del continente las estrategias para tratar las diarreas se habían centrado en exhortar a la población a cuidar su higiene alimenticia, y en dotarla de sobres con sales de rehidratación oral. Éstos últimos se consideraron un medio eficaz, de bajo costo y de fácil uso para tratar la deshidratación ocasionada por diarreas. En el caso mexicano, desde 1984 el Programa Nacional de Control de las Enfermedades Diarreicas (PRONACED) tuvo como uno de sus principales objetivos la promoción de la hidratación oral; pero a partir de 1991, ante los casos de cólera, se empleó esta misma estrategia, incrementándose el número de sobres de Vida Suero Oral distribuidos en el país. Según la información del Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas la distribución pasó de 7.6 millones en 1984 a 79.7 millones en 1993.⁷⁰ Dicha estrategia permite notar una de las respuestas, al modo neoliberal, ante la pandemia de cólera que reducía la atención de la enfermedad a la ingesta de suero, puesto que representaba ventajas en costos-beneficios, debido a que podía ser preparado en casa bajo la responsabilidad, sobre todo, de las mujeres.

La declaración en la prensa de un vocero de la Secretaría de Salud (SSA) permite observar la importancia atribuida al uso de los sobres de hidratación oral; sus palabras apuntaban hacia la intención de promover la confianza y efectividad del suero oral en la población, especialmente entre las madres de familia: “la rehidratación oral es eficaz contra todo tipo de infecciones que provoca la diarrea aguda; puede llevarse a cabo de

⁷⁰ “Indicadores y Noticias de Salud. Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas Informe de actividades, 1993-1994”, Salud Pública de México, septiembre-octubre 1994, p. 557.

forma doméstica administrándole al paciente suero oral, sin suspender su alimentación normal, aunque no presente apetito”.⁷¹ En la Revista Salud Pública de México, uno de los principales medios de difusión científica de la postura salubrista del Estado mexicano, el entonces secretario de salud Jesús Kumate y otros colaboradores señalaron que se consideraba importante la capacitación de la mujer madre de familia porque:

Está a cargo de la vigilancia y crecimiento de los hijos (as), lleva el seguimiento de sus inmunizaciones, es el primer contacto con las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias de los menores, tiene la responsabilidad de la preparación correcta de los alimentos y atiende a los enfermos de la familia cuando se requiere; la economía familiar está a su cargo, así como la higiene y limpieza del hogar (José, Kumate y Barnard, 1989, p. 179-180).

En cuanto a la desnutrición, el sector médico y el sistema de salud observaban su estrecha relación con la incidencia de infecciones gastrointestinales y el saneamiento del agua; por ello, se desarrollaron programas como Agua Limpia y de combate a la desnutrición. La estrategia que se priorizó fue el sistema de paquetes de atención de tipo selectivo puesto que “dar un poco a muchos en vez de mucho a pocos, sobre todo cuando se seleccionan medidas simples y de bajo costo, permite crear una infraestructura a la salud que no tan sólo prevenga las enfermedades más comunes, sino que favorezca el desarrollo individual y colectivo” (Chávez-Villasana et.al, 1988, p. 458). Según la información de la Encuesta Nacional de Nutrición hecha en 1988, el 29 % de la población menor de 5 años presentaba algún grado de desnutrición. A través de dicha encuesta se contabilizaron 5.7 millones mujeres en edad reproductiva con bajo peso. Los estados con índices más altos de desnutrición eran Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Guanajuato, Michoacán, Querétaro y San Luis Potosí. Para mitigar las condiciones de deterioro alimentario se formuló el Programa Nacional de Alimentación (PRONALIM) (1990-1994).

El PRONALIM fue diseñado en concordancia con el enfoque selectivo de atención primaria, teniendo como grupo prioritario a las familias catalogadas como pobres. El programa estuvo dirigido, sobre todo, a los niños en edad preescolar, ancianos y mujeres

⁷¹ “Tratamiento para combatir el mal. Diarreas elevan la mortalidad infantil”, *Por Esto!*, Tabasco, 31 de marzo de 1991.

gestantes o en periodo de lactancia. Dentro de sus objetivos postuló la garantía del abasto de “alimentos estratégicos” como maíz, trigo, frijol, arroz, azúcar, semillas oleaginosas, carnes, leche y huevo, así como especies pesqueras de consumo popular. En el entendido de que la alimentación condicionaba el estado de salud y la fuerza de trabajo, el programa debía promover la “adopción de nuevas prácticas que cubran las necesidades nutricionales adecuadas”.⁷² Una de las acciones fue continuar con los programas de asistencia alimentaria, al mismo tiempo, a través de Solidaridad se buscó abastecer a las tiendas populares con productos a precios subsidiados.

De acuerdo con Barquera, Rivera y Gasca (2001) algunos ejemplos de programas nacionales selectivos de asistencia alimentaria y nutricional fueron:

- El programa Tortivales, que en 1990 fue rediseñado con injerencia del Banco Mundial y cuyo antecedente era Tortibonos. El objetivo fue dotar gratuitamente de un kilogramo de tortilla a familias de zonas urbanas, que tuvieran un ingreso igual o inferior a dos salarios mínimos. También se dio continuidad al Programa para provisión de leche Liconsa.

- Programa de suplementación con vitamina A, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La población seleccionada fueron los niños en edad preescolar ubicados en zonas caracterizadas como marginadas. La suplementación con vitamina A fue de interés debido a su efectividad en costos y a que, según la OMS, se había comprobado que reducía la mortalidad infantil causada por diarrea, sarampión y pulmonía.⁷³

- Programas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en el que estaban inscritas las despensas familiares y raciones alimentarias.

Uno de los obstáculos de la política de salud selectiva aplicada en los programas fue que su operatividad estaba dirigida únicamente por “intervenciones puntuales de impacto comprobado” y hacia grupos determinados bajo indicadores económicos (Barquera, Rivera y Gasca, 2001, p. 475); sin embargo, con recursos limitados no

⁷² “Programa Nacional de Alimentación 1990-1994”, Diario Oficial de la Federación, 23 de agosto de 1990, México, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4672706&fecha=23/08/1990#gsc.tab=0.

⁷³ “La vitamina A salvaría a millones de niños del Tercer Mundo”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 25 de enero de 1992.

siempre se consiguió abarcar las necesidades locales de cada estado. Las críticas a los programas fue que sus acciones no tomaban en cuenta las situaciones geográficas y administrativas estatales. En el semanario *Proceso*, una columna de opinión denunciaba en 1990 que “los niños mueren por la miseria en que viven, a causa de la desnutrición. Hay comunidades donde el 90% de los niños están desnutridos”.⁷⁴

El tercer elemento que orientó la aplicación del enfoque selectivo de la atención primaria, y que resulta relevante para contextualizar la pandemia de cólera, fue el Programa Nacional de Aprovechamiento del Agua 1991-1994 (PRONAGUA), en el que se planeó atender las problemáticas de insuficiencia y contaminación del agua.⁷⁵ Posiblemente este programa fue una estrategia improvisada frente al cólera, puesto que fue decretado seis meses después del inicio de la pandemia. Se calculaba que, de los 80 millones habitantes en el país, alrededor de 25 millones padecían desabasto de agua. Asimismo, los principales ríos de la República presentaban problemas de contaminación. El programa señalaba que “el esfuerzo financiero del Estado ha sido continuo y sustancial, es evidente que no ha bastado para prevenir la crisis de cantidad y calidad del agua”.⁷⁶ Se reconoció que dos tercios de la población contaban con acceso a agua potable, pero con grandes disparidades entre entidades federativas, así como entre zonas urbanas y rurales. Según el programa: “a nivel regional la zona centro del país presenta la mayor cobertura, la zona norte ocupa el segundo lugar en tanto que en el sureste se registran los niveles de cobertura más bajos”.⁷⁷

Referente a la calidad e irregularidad del suministro, la principal problemática planteada era que sólo el 10% de los sistemas de agua en el país contaban con algún tipo de potabilización. El plan estimaba que “entre los habitantes que cuentan con

⁷⁴ “Burocratismo, desorganización y programas con miras político-electorales, agravan la desnutrición”, *Proceso*, México, 27 de octubre de 1990.

⁷⁵ La Comisión Nacional del Agua se creó en 1989, mediante un decreto del entonces presidente Carlos Salinas de Gortari, como la responsable sobre la cantidad y calidad de las aguas nacionales.

⁷⁶ “Programa Nacional de Aprovechamiento del Agua 1991-1994”, Diario Oficial de la Federación, 5 de diciembre de 1991, México, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4764197&fecha=05/12/1991&print=true

⁷⁷ “Programa Nacional de Aprovechamiento del Agua 1991-1994”, Diario Oficial de la Federación, 5 de diciembre de 1991, México, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4764197&fecha=05/12/1991&print=true

abastecimiento de agua, una proporción mayor al 30% la consume sin desinfección. Con respecto al alcantarillado, existen 2,902 sistemas de los cuales aproximadamente el 10% cuenta con tratamiento de aguas residuales”. También propuso el impulso de campañas permanentes de educación para que, insistentemente la población pobre tanto urbana como rural, y abastecida con agua de insuficiente calidad, adoptara “métodos sencillos de saneamiento del líquido con el fin de prevenir enfermedades”.⁷⁸ El programa fue planteado como otro medio para el logro de los objetivos nacionales de salud y bienestar social. En el papel ostentó: “se fomentará la descentralización a través del mejor aprovechamiento regional del agua, y se procurará aumentar el apoyo del sector hidráulico a la eliminación de la pobreza, la recuperación económica y el mejoramiento del nivel de vida”.⁷⁹

A inicios de 1992, a nivel estatal, se anunciaban los supuestos logros a corto plazo del programa Agua Limpia. El secretario de Obras Públicas y Desarrollo Urbano, José Calderón Lara, informó que se implementaron medidas, tales como asegurar la calidad del agua destinada al consumo humano mediante la desinfección de aguas residuales, verificar que el líquido distribuido en forma de hielo o embotellado cumpla con los estándares bacteriológicos, fomentar el funcionamiento adecuado de las plantas de tratamiento y revocar las concesiones de aguas residuales utilizadas para el riego de productos hortícolas que se consumen crudos. Al respecto, en el Diario de Yucatán se publicó la siguiente información: “antes sólo se desinfectaba el 40% del agua en las redes de distribución, y ahora ya es el 80%...a la fecha se cloran en el país 202 metros cúbicos por segundo, equivalente al 84% del total de agua que se suministra a la población. Esto significa que en 1991 se redujo 20% la incidencia de males gastrointestinales en el país”.⁸⁰ Es posible que el brote de cólera acelerara la implementación de este tipo de programas; sin embargo, los supuestos logros fueron relativos porque hasta hoy en día

⁷⁸ “Programa Nacional de Aprovechamiento del Agua 1991-1994”, Diario Oficial de la Federación, 5 de diciembre de 1991, México, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4764197&fecha=05/12/1991&print=true

⁷⁹ “Programa Nacional de Aprovechamiento del Agua 1991-1994”, Diario Oficial de la Federación, 5 de diciembre de 1991, México, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4764197&fecha=05/12/1991&print=true

⁸⁰ “La CNA ya aprobó su aportación económica para obras de agua potable en el Estado”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 16 de enero de 1992.

el acceso al agua potable sigue siendo una problemática sin atender de manera equitativa en el país. En el 2020, según el último Censo de Población, 4 millones 585,710 de personas en todo el territorio nacional carecían de agua entubada. Se reportó que 1 millón 919,083 personas se abastecen del líquido a través de acarrear agua de pozos, 362,522 lo hacen a través de un río y 217,657 recolectan agua de lluvia.⁸¹

El cuarto y último elemento en el que puede apreciarse la influencia del enfoque selectivo de la atención primaria, en la reconfiguración del sistema de salud en el contexto de la pandemia, es la publicación de normas técnicas relativas al cólera. De estas normas, que se analizan a continuación, se destaca que también reflejan la responsabilidad adjudicada a la población de modificar ciertas conductas. En junio de 1991 se reportaron los primeros casos de cólera y al término de dicho año se contabilizaron 2,690 enfermos. En agosto de ese mismo año, el DOF publicó la Norma Técnica número 339 para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Esta Norma planteó la promoción y cuidado de la salud a través de acciones educativas y de participación social como: mejoramiento de la higiene del agua y de los alimentos en el hogar y establecimientos públicos o privados, lavado de manos con agua y jabón antes de preparar, servir y comer los alimentos, así como después del contacto con excremento y vómito, evitar el fecalismo al ras del suelo, comer los alimentos bien cocidos o fritos, lavar con agua, estropajo y jabón las frutas y verduras, y aquellas que no se pueden tallar, una vez lavadas previamente ponerlas durante 30 minutos en agua que las cubra, a la cual se haya agregado cloro o yodo previamente, mantener limpios los utensilios y trastes para preparar, servir y consumir los alimentos, así como las superficies donde se elaboran y el resto de la cocina, preferir alimentos procesados o empacados higiénicamente y consumirlos en sitios que dispongan de servicios sanitarios.⁸²

Se hizo hincapié en promover activamente la organización y la participación de la comunidad y de grupos sociales para: proteger y mantener limpia la fuente de abastecimiento de agua, construir letrinas o fosas sépticas y usarlas adecuadamente,

⁸¹ “Sin acceso a agua entubada 4.5 millones de personas”, *El Economista*, 21 de junio de 2023.

⁸² “Norma Técnica número 339 para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera”, Diario Oficial de la Federación, México, 16 de agosto de 1991, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4738559&fecha=13/08/1991#gsc.tab=0

mantener limpia la vía pública así como otros sitios de uso comunitario, gestionar ante las autoridades correspondientes la instalación, prestación y mantenimiento de servicios de agua potable, drenaje, tratamiento de aguas residuales, recolección y eliminación sanitaria de basura, así como la vigilancia y control sanitario de rastros, establecimientos donde se procesan y expenden alimentos, agua y hielo, y la eliminación de fauna nociva. También se planteó promover la desinfección del agua para consumo humano por medios químicos o físicos (cloro, yodo, ebullición y otros) y almacenarla en recipientes limpios, bien cubiertos y no corrosibles. Así como la capacitación a la población para identificar los signos y síntomas tempranos de detección del padecimiento y de su agravamiento por deshidratación.⁸³

Además, en 1992 fue publicado el Manual para la vigilancia epidemiológica del cólera en México, a cargo de representantes de la SSA, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, así como de la Dirección General de Epidemiología. Para combatir el cólera, se empleó el Programa para el Control de Enfermedades Diarreicas (CED). La preocupación se debió a que el cólera podía ocasionar brotes y muertes por deshidratación, por lo que era crucial tomar medidas específicas para “prevenirla”. En el manual se resaltó que la enfermedad afectaba principalmente a personas de “bajo nivel socioeconómico cuya higiene es deficiente, y que no disponen de servicios sanitarios adecuados” (Kumate et.al, 1992, p. 16-17).

2.2.- El contexto del estado Yucatán ante las políticas neoliberales

Mientras que a nivel nacional ocurrían importantes cambios en el sector salud, a nivel local, en el estado de Yucatán, se desarrollaban procesos cruciales en la economía y en la esfera socio-política, estrechamente conectados con la reforma del Estado en México, y que, en mayor o menor medida, incidieron en el brote de cólera.

La pandemia de cólera aconteció en un periodo de inestabilidad política tanto nacional como local. En 1988 Víctor Manzanilla Schaffer era gobernador del estado de Yucatán, quien en febrero de 1991 solicitó ante el Congreso local una licencia indefinida

⁸³ “Norma Técnica número 339 para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera”, Diario Oficial de la Federación, México, 16 de agosto de 1991, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4738559&fecha=13/08/1991#gsc.tab=0

para separarse del cargo. Ante ese hecho, Dulce María Sauri Riancho fue nombrada para ocupar el interinato. Si bien ambos eran afiliados del Partido Revolucionario Institucional, hubo diferencias en los intereses de las facciones locales. Al respecto Poot señala que, “en un lapso de 9 años los yucatecos ya habían experimentado la renuncia de dos gobernadores electos y de una gobernadora interina. Esta situación mostraba la severa crisis que atravesaba el grupo detentador del poder político en la entidad” (Poot, 2013, p. 100). A su vez, desde las elecciones de 1988 y “la caída del sistema” se acentuaron las dudas en la legitimidad del PRI.

En ese periodo, luego de un siglo de dependencia del henequén, la economía de Yucatán empezaba a diversificarse hacia otros sectores, como el turismo y la industria manufacturera, cambiando las condiciones de subsistencia de la población. En el Plan estatal de desarrollo integral (1988-1994) se reconocía el periodo de crisis por el que atravesaba el país, por lo que la administración se comprometía a mantener una política de austeridad y respeto al pacto de solidaridad económica. Con este mandato presupuestario, los gobiernos nacional y local tuvieron que enfrentarse a la pandemia de cólera.

2.2.1.- Características de la gestión gubernamental estatal y municipal

En 1991 después del nombramiento de Dulce María Sauri Riancho, el PRI buscó, como en el resto del país, legitimarse como partido. Sin embargo, en la esfera local el Partido Acción Nacional había logrado configurarse como una alternativa de gobierno para expresar el descontento de algunos sectores de la población hacia la gestión del gobierno priísta (Poot, 2013, p. 89).

El interinato permitió que los conflictos internos del priísmo yucateco redujeran, se mejorara la estructura del partido y se consolidara la unión con algunos sectores de la iniciativa privada. Con el objetivo de legitimar la administración del PRI se aumentó el uso de los recursos procedentes del Programa Nacional de Solidaridad en trabajos que mostraran el éxito del gobierno estatal. En efecto, el programa fue promovido “en aquellos sectores donde pudieran rivalizar con las autoridades municipales panistas, con el fin expreso de que los beneficiados votaran por los candidatos del PRI en las elecciones federales de 1991” (Poot, 2013, p. 100).

Al mismo tiempo, el cargo de la panista Ana Rosa Payán como alcaldesa del municipio de Mérida reforzó el ascenso de dicho partido. Paulatinamente, desde 1946 comenzó a reconocerse la competencia del PAN como el principal partido de oposición en Yucatán. Así, en 1988 y en contraste con la oposición del resto del país que apoyaba al candidato del Frente Democrático Nacional, en Mérida, durante las elecciones hubo más apoyo al candidato del PAN representado por “Manuel Clouthier, a quien se le reconocieron más votos en la ciudad de Mérida que a Carlos Salinas de Gortari” (Poot, 2013, p. 89).

Como se mencionó, en este contexto de disputas políticas, el programa PRONASOL en el que se afincó parte de las estrategias contra el cólera fue, en Yucatán como en el resto del país, un instrumento de legitimación y clientelismo partidario. Posiblemente, esta relación clientelar le permitió al PRI justificar su triunfo en las elecciones presidenciales en 1994. Para Acosta (2010, p. 236), “a pesar de una extendida crisis política ocasionada por los asesinatos de Luis Donaldo Colosio -primer candidato del PRI en esas elecciones-de Francisco Ruiz Massieu -presidente del mismo partido- y de un cardenal de la iglesia católica”.

2.2.2.- Procesos de cambio socio-económico de Yucatán

En el aspecto económico, uno de los procesos de cambio regional más significativo en Yucatán fue el desplazamiento de la producción económica basada en la monoproducción exportadora de henequén. Desde 1960 comenzó a suscitarse una crisis en la economía henequenera debido, entre otras problemáticas, al auge de la fibra sintética. En la década de 1970, a raíz del quiebre de la actividad henequenera, la economía yucateca se vio inmersa en crisis. En este marco, fue necesaria la participación del gobierno federal para solventar la economía local, y al término de la década “se hallaba subsidiando a los sectores agrícola e industrial” (Mendoza en Poot, 2013, p. 47).

En 1988 y en correspondencia con el plan de desarrollo nacional los ejes del crecimiento económico de Yucatán fueron: privatización de la empresa pública, apertura al capital extranjero y reorientación de la producción local hacia el mercado exterior. En efecto, se hicieron financiamientos públicos para iniciar e industrializar el comercio de la citricultura, la pesca, la horticultura, la floricultura y la avicultura. En Yucatán, una de las

principales transformaciones económicas y sociales en 1991 fue la liquidación de los 8, 000 obreros de Cordemex y la terminación del subsidio a los campesinos henequeneros en 1992. Esto representó una alta desocupación en 58 municipios (García y Morales, 2000, p. 157-161). La crisis económica en el campo provocó un éxodo rural hacia Mérida, en busca de mejores condiciones de vida. Con la ejecución del Programa de Reordenación Henequenera, se incentivaron las bases para el establecimiento de la industria maquiladora de exportación. Según Poot (2013) “la situación económica prevaleciente en la entidad provocó una migración permanente en la población rural hacia los centros urbanos que experimentaron un mayor dinamismo económico” (Poot, 2013, p. 47).

La industria del vestido, en vinculación con las maquiladoras, se volvería una nueva opción de empleo y fuerte impulsor de la economía regional, así como la industria de materiales de construcción y la actividad constructora. Las transformaciones económicas se aceleraron con la llegada de grandes empresas de capital extrarregional y franquicias estadounidenses como Burger King, Kentucky, Mc Donalds y Subway. En la ciudad de Mérida la industria tuvo mayor diversidad y concentración en los rubros de: alimentos balanceados, plástico, química, editorial y metálica (García y Morales, 2000, p. 163-166).

Esta nueva oferta de servicios y comercios creó un nuevo mercado de trabajo, que se tradujo en que algunas personas de los municipios se movilaran hacia la ciudad con fines ocupacionales. Otras se emplearon en las maquiladoras instaladas a las afueras de los municipios, principalmente del noreste, donde antes predominó el cultivo de henequén. La principal desventaja de estas opciones de empleo fue la persistencia de los bajos salarios y la inconsistente garantía al acceso a seguridad social. En 1990, de acuerdo con el CONEVAL, el 61% de la población yucateca estaba en condiciones de pobreza patrimonial. Esta medición se define como la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud,

vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar se utilice sólo para adquirir estos bienes y servicios.⁸⁴

El creciente movimiento migratorio del campo a la ciudad tuvo como respuesta “un proceso de urbanización sobre todo de la ciudad capital; el crecimiento del sector terciario (comercio, burocracia, servicios en general) que coadyuvó a la modificación o reacomodo de la estructura social vigente” (Poot, 2013, p. 160-161). La ciudad de Mérida pasó de 170, 834 pobladores, contabilizados en el censo de 1960, a 556, 819 censados en 1990. Es posible estimar que a lo largo de 30 años el porcentaje de habitantes radicando en la capital pasó de 27.8% a 40.8%.⁸⁵

Ante el incremento poblacional las autoridades municipales se vieron rebasadas en la capacidad para garantizar servicios básicos como agua potable, electricidad y vivienda. Las personas llegaban a la ciudad condicionados por nuevos modos de ocupación, que no necesariamente les traían grandes mejoras en sus ingresos. Las viviendas precarias en la periferia de la ciudad comenzaron a considerarse una problemática. Este problema se apreciaba desde fines de los años ochenta, pues el Plan Estatal de Desarrollo 1988-1994 afirmaba que:

“El crecimiento acelerado de la población ha propiciado la formación de asentamientos irregulares, anarquía en la urbanización y obviamente problemas tanto políticos como sociales, ya que la demanda de servicios de vivienda, agua potable, electrificación, drenaje pluvial y sanitario, equipamiento urbano, sistema de comunicaciones; supera los recursos disponibles para su dotación”.⁸⁶

Lo anterior se ve reflejado en notas de la prensa donde se publicaron quejas de los vecinos por fallas en la infraestructura de las tuberías de agua potable. Las quejas tuvieron contestación por parte del entonces director de la Junta de Agua Potable y

⁸⁴ “Indicadores de pobreza por ingresos, según entidad federativa (porcentaje), 1990-2014”, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2014, https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Yucatan/Paginas/pob_ingresos.aspx

⁸⁵ “VIII Censo General de Población 1960”, “XI Censo General de Población y Vivienda 1990” Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), México, 4 de marzo de 2024, <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

⁸⁶ “Plan estatal de desarrollo integral 1988-1994”, Diario Oficial del gobierno del estado de Yucatán, México, 17 de octubre de 1988, p. 38.

Alcantarillado de Yucatán. Fue en la colonia Salvador Alvarado Sur donde ocurrieron fugas en la red de agua potable, que, al no haber sido construida a una profundidad adecuada, resultó fracturada por un camión para transporte de materiales de construcción. Según los vecinos “propició la inundación de algunas casas...es más por las tardes los niños utilizan la laguna PRONASOL para bañarse”.⁸⁷ Se mencionó que las denuncias de los vecinos eran con intereses políticos y que los sistemas de agua potable que se construyeron con fondos del programa PRONASOL no presentaban tales fallas. El Ing. Wilbert Carrillo Herrera aseguró:

[...] ya leí las declaraciones de los vecinos, pero no es cierto que la red esté mal construida. Tiene las fallas normales, hasta allá...el PRONASOL construyó unos 32 kilómetros de red lo que significa casi de Mérida a Progreso con sus diversas ramificaciones y, por tanto, es probable que haya fugas, pero en cantidades aceptables.⁸⁸

2.2.3.- *Enfermedades gastrointestinales, desnutrición y programas de salud en Yucatán 1990*

Como se vio en el apartado inicial, a nivel nacional hubo programas, dirigidos hacia grupos específicos, que intentaron reducir los índices de desnutrición y enfermedades gastrointestinales. A continuación, se caracteriza el panorama de salud local en el que se daría el brote de cólera de 1991, mediante el análisis de algunos programas que fueron aplicados en Yucatán. Con esta exposición se pretende mostrar la continuidad de tres condiciones de vulnerabilidad que son: desnutrición, enfermedades gastrointestinales y desabasto de agua potable, que se acentuaron a pesar de la vigencia de los programas de asistencia social. Yucatán, como muestra local de lo ocurrido a nivel nacional, pasaba por una etapa de inestabilidad económica y política, inmersa en el contexto de la reforma de Estado, lo que sería un factor clave que influiría en la respuesta gubernamental y social ante la pandemia de cólera.

Una de las continuidades de la década de 1990, que mantenía vulnerable a la población al cólera, sobre todo a los niños menores de 5 años, era la persistencia de las

⁸⁷ “Nueva queja por fallas en una red de agua potable”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 14 de enero de 1992.

⁸⁸ “Campaña de la JAPAY para acabar con las fugas y evitar más desperdicios de agua”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 16 de enero de 1992.

enfermedades gastrointestinales, que se acentuó con la llegada de la pandemia a México. En 1991, pocos días después del reporte del primer caso de cólera, de acuerdo con la información presentada por Felipe Mota Hernández, coordinador del Programa Nacional de Control de Padecimientos Diarreicos de la Secretaría de Salud, la primera causa de muerte en niños menores de 5 años a nivel nacional fueron las enfermedades gastrointestinales. Mota Hernández informó a la prensa que cerca de 30 mil personas morían por este padecimiento, de los cuales 20 mil eran niños. El funcionario explicó que “la incidencia de enfermedades gastrointestinales es mayor en los estados del sureste de México, y disminuye en las entidades del centro y es más baja aún en los del norte”.⁸⁹ Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, hasta diciembre de 1991 se acumularon 3 721 664 casos de enfermedades gastrointestinales en una población de 86 127 477 personas. Es decir, estos padecimientos representaron una incidencia de 4.32 %.⁹⁰

En Yucatán, a partir de 1920, con la actuación de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, la población atendida integralmente en la zona henequenera representó el 48.3%. Desde entonces, la atención hacia la población rural pudo concretarse y garantizarse, sobre todo, con la capacitación de personas de las mismas localidades, acerca de cuestiones de sanidad, un ejemplo fueron las parteras. De esta manera, la prevención sanitaria y la atención médica fueron conferidas a dichas parteras y auxiliares de salud. Según Cortés y Peniche (2023, p, 335-336), “en 1940, sólo 10% de los ejidos tenía servicios médicos permanentes, 36% tenía servicios médicos periódicos y 54% carecía de atención. Esto significa que la cobertura en el área rural era muy reducida”. El 20 de junio de 1955, de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos se “pugnó por atender en forma integral la salud de la familia campesina. La atención médica y quirúrgica fue el centro de la acción, pero se comenzaron a aplicar medidas preventivas

⁸⁹ “Males gastrointestinales causa de muerte en los niños”, *El Informador*, Guadalajara, 28 de junio de 1991.

⁹⁰ Informe anual de casos nuevos de enfermedades 1991-1992, Boletín mensual epidemiológico, Sistema Nacional de Salud, mayo 1993, p.76. La cifra incluye 2,690 casos acumulados de cólera. “Indicadores demográficos de la República Mexicana, en el año 1991”, Consejo Nacional de Población, https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/Mapa_Ind_Dem23/index_2.html.

y a impartir educación higiénica. A la vez se organizaron cursos de adiestramiento a parteras empíricas y se puso énfasis en el control de enfermedades transmisibles” (Luna, 1980, p. 25). Estos cursos y capacitaciones demuestran, entre otros aspectos, la insuficiente cantidad de médicos alópatas que trabajaban en el área rural.

Este hecho se manifiesta con que entre 1940 y 1950, se tuvo una mayor cobertura de medicamentos alopáticos en contraste con la atención médica. “Las sulfamidas, primero, y la penicilina, luego, mostraron su eficacia para combatir enfermedades gastrointestinales y respiratorias, y paludismo” (Menéndez en Cortés y Peniche, 2023, p. 336). Con el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) iniciado en 1960, se consiguió instaurar y organizar la influencia de los servicios oficiales de salud en gran parte del área rural. Según López (en Cortés y Peniche, 2023, p. 339), “gracias a las auxiliares de salud, que permitieron construir las bases de la Atención Primaria en Salud (APS) como un sistema adaptable a contextos sociales precarios y vulnerables”. Los servicios oficiales de salud en la zona rural yucateca a cargo de las auxiliares fueron de gran relevancia si se considera que hasta 1974, “en Mérida, sumaban 3 412 individuos frente a 14 751 mayas y 9 666 mulatos y miembros de las llamadas castas” (AGN, Historia, vol. 522, núm. 39 en Bracamonte y Lizama, 2003, p. 85).

Algunas acciones para hacer frente a la problemática de bajo acceso de la población yucateca a la atención de los profesionales de la salud se reflejaron en que hasta 1972 se creó la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo objetivo fue formar profesionales que trabajaran en los programas de expansión del IMSS. En 1980, según el médico y el entonces gobernador del estado de Yucatán (1976-1982) Francisco Luna Kan, en dicha institución egresaron “201 enfermeras generales que cursaron la carrera en seis semestres y un año de servicio social” (Luna, 1980, p. 43). A su vez, la Secretaría de Salubridad y Asistencia registró un total de “1, 300 médicos en la Entidad con una relación de 788 habitantes por cada uno. Laboran 1, 402 enfermeras entre graduadas y auxiliares, y existen 1, 682 camas de hospital con una relación de 609 habitantes por cada una” (Luna, 1980, p. 57). Estas cifras permiten notar la constante problemática en cuanto al insuficiente personal médico. Este hecho se intentó resarcir con la construcción de clínicas. Por ejemplo, en 1979 el programa IMSS-COPLAMAR “construyó 30 clínicas que funcionan en comunidades rurales, con una

capacidad instalada para atender 5,000 habitantes, cada una; la promoción y coordinación quedó a cargo del INI en la entidad” (Luna, 1980, p. 48).

Como médico, Francisco Luna Kan opinaba que las enfermedades que aquejaban a la población yucateca se relacionaban con condiciones ambientales. En específico subrayaba que:

[...] no todas las poblaciones cuentan con agua potable; se carece de un sistema sanitario colectivo para disponer los desechos humanos y la basura; es incorrecto el manejo de los alimentos y existen algunos hábitos antihigiénicos en la población. Paralelamente a estas deficiencias se encuentran la desnutrición, evaluada mediante encuestas de muestreo en diversas zonas, reveladoras de bajos consumos de proteínas y calorías (Luna, 1980, p. 82).

Lo anterior resulta contrastante con el hecho de que en la década de 1970 ya se estaba hablando de una transición epidemiológica, posicionamiento médico y salubrista que sostenía que se estaban superado las enfermedades infecciosas y parasitarias como principales causas de muerte. Sin embargo, es posible sostener que las enfermedades crónico-degenerativas emergentes sólo se sumarían a la problemática más antigua y continua que representaban los padecimientos infecto-contagiosos. En 1982 a través del Plan de Desarrollo Estatal se expresó que:

[...] la elevada frecuencia de gastroenteritis y neumonía no son más que el resultado de carencias elementales de vida como son el agua potable, condiciones adecuadas de vivienda y atención médica oportuna. Estos indicadores nos llevan a la conclusión que nos encontramos todavía en una de las zonas más marginadas y deprimidas del país (Alpuche, 1982, p. 33).

Otra problemática continua de salud en la entidad fue la desnutrición, en 1982, se estimaba que “el consumo promedio per cápita de proteínas es de 41.6 y de 1, 088 calorías por día; esto es 219.70 gramos de los principales alimentos (carne, huevo, verduras, maíz, frijol y azúcar) y 314.6 cc. de leche” (Alpuche, 1982, p. 19). El gobernador Graciliano Alpuche Pinzón (1982-1984) exponía que una de las principales causas era a la falta de autosuficiencia alimentaria en el estado. Por ejemplo, “en 1980 se produjeron 130, 000 toneladas de maíz y 9, 000 toneladas de frijol; por lo que fue necesario introducir 150, 000 toneladas de maíz y 19, 801 de frijol” (Alpuche, 1982, p. 36). Para el caso del

área rural, expuso que las problemáticas de salud eran exacerbantes ya que “la actividad agrícola en la zona es de subsistencia y de bajo rendimiento, existiendo un significativo atraso en las técnicas y organización del aprovechamiento de los recursos naturales, elevados índices de analfabetismo y monolingüismo superiores al 30%; el 60% de los niños fallecen en el primer año de vida, por cada mil habitantes 20 mueren por gastroenteritis, de 100 mujeres embarazadas 80 padecen anemia nutricional. Lo anterior es explicable si el 80% de la población económicamente activa percibe un ingreso mensual inferior a \$500. 00” (Alpuche, 1982, p. 33).

El gobierno estatal tendió a relacionar a estas enfermedades con la población rural más alejada de la urbe, como puede apreciarse en la siguiente afirmación del Plan Estatal 1988-1994: “La población rural dispersa en más de 2,000 localidades con menos de 100 habitantes, que además de su mala alimentación y bajo ingreso sufre la proliferación de enfermedades infecciosas transmisibles y parasitarias”.⁹¹ De acuerdo con declaraciones de un investigador del Instituto Nacional de Nutrición, desde 1978 la entidad era uno de los estados en donde se agudizaba más el problema debido a las crisis económicas. Al respecto, una nota del Diario de Yucatán señaló que “no se han canalizado recursos a los sectores salud, agrícola y alimenticio. El problema es que se carecen de elementos necesarios para el cuerpo humano como calcio, hierro y riboflavina que están contenidos en las vitaminas A, B y C”.⁹²

El cuidado y la responsabilidad de las madres hacia sus hijos también era identificado como parte de la problemática, por lo tanto, se enfatizó en la continua “capacitación” y “educación” de éstas. Por ejemplo, en Mérida, durante las Jornadas Científicas Culturales de Puericultura, organizadas por la escuela de puericultura “Dr. Manuel Acevedo Ruiz del Hoyo”, sobresalieron propuestas de proyectos encaminados a la asesoría de las mujeres para el cuidado del desarrollo de sus hijos. En una entrevista hecha por el Diario de Yucatán al Dr. Roberto Díaz Díaz se expuso que:

⁹¹ “Plan estatal de desarrollo integral 1988-1994”, Diario Oficial del gobierno del estado de Yucatán, México, 17 de octubre de 1988, p. 38.

⁹² “Yucatán, uno de los estados en donde se agudiza la desnutrición”, *Diario del Sureste*, Mérida, 30 de mayo de 1991.

[...] numerosas madres de familia manejan una información equivocada respecto a la alimentación de sus hijos y creen en determinados mitos...se debe dar importancia al destete y la ablactación, además de que las madres deben buscar orientación pediátrica para alimentar a sus bebés... cada día nos invade más la comida “chatarra” que por la enorme publicidad ha desplazado a los alimentos que de verdad nutren...la buena nutrición es fundamental para el desarrollo correcto del individuo porque tendrá repercusiones toda su vida.

En ese mismo evento, el Dr. Francisco Arrañaga Ramírez aseveró que “desde 1985 Yucatán ocupa los primeros lugares en desnutrición infantil y carencia de vitamina A en el país. También es alarmante que ocupe el quinto sitio a nivel mundial como consumidor de refresco embotellado”.⁹³

En 1991 y para hacer frente al cólera, se recurrió al uso de sueros orales, ya ampliamente conocidos por la población, para evitar deshidrataciones ocasionadas por las diarreas. Cuatro meses después de confirmarse los primeros casos de cólera y ante la urgencia de disminuir las deshidrataciones provocadas por diarreas, a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública del estado, se implementó la distribución de sobres de suero oral. Además, el Programa de educación para la salud, diseñado por el PNS, tuvo como objetivo modificar los hábitos de higiene de las personas, incluyendo vivienda, vestido y alimentos. También el Programa de prevención de la deshidratación, en coordinación con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), tuvo el objetivo de repartir sobres de suero oral en las zonas donde no hubiese unidades médicas. La planeación de su distribución contemplaba que “los encargados previamente adiestrados por los Servicios Coordinados de Salud serán los que repartan los sobrecitos”.⁹⁴

Como puede notarse, la continuidad estructural de fondo es que, en ese momento como en la actualidad, la atención e infraestructura médica no eran equitativas y suficientes, sobre todo en el área rural. Sin embargo, un cambio que se identifica y que contribuyó a agudizar la vulnerabilidad, es que se hizo cada vez más habitual el tratamiento en casa de enfermedades gastrointestinales como la diarrea, a través del

⁹³ “Deficiencias en la educación alimenticia”, “Concluyen las jornadas de puericultura. Desde 1985, Yucatán ocupa el primer lugar nacional en desnutrición infantil-afirman”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 18 y 21 de marzo de 1992.

⁹⁴ “Conasupo distribuirá suero oral por la temporada de calor. Prevén la deshidratación en infantes”, *Por Esto!*, Mérida, 23 de marzo de 1991.

uso de sueros para evitar la deshidratación. En México, para fomentar e incrementar el uso y preparación de dichos sueros, se hizo una amplia campaña de difusión por el Sistema Nacional de Salud a través de medios masivos como la televisión, la radio y los periódicos, que son referidos en el capítulo 3.

2.2.4.- Situación del agua potable en Yucatán

En 1980 la falta de agua potable y de drenaje en todo el estado seguía siendo una problemática que mostraba su continuidad. De hecho, en el Plan Estatal de Desarrollo Urbano de Yucatán publicado en 1978, se advertía que:

[...] de no tomarse las medidas preventivas en el control de los desechos industriales la región de Mérida sufrirá serias alteraciones en sus condiciones de hábitat. Con el deterioro de la calidad de vida, la contaminación de los mantos freáticos generada por la falta de drenaje para una adecuada disposición de los desechos urbanos, afectará en los centros de población las fuentes de agua para el uso de sus habitantes (Luna, 1978, p. 29-30).

Estas carencias también fueron expuestas en el Plan de Desarrollo Estatal de 1982, a cargo del gobernador Graciliano Alpuche Pinzón. Dicho plan especificó que en la entidad “en 1970, 38, 504 viviendas (29.7%) contaban con drenaje sanitario (fosas sépticas); en 1980 el 30.7% de las viviendas (59, 421) utilizaban este servicio; porcentaje bastante inferior al nacional que fue 49.2%” (Alpuche, 1982, p. 19).

Partiendo de que el agua contaminada con el *Vibrión Cholerae* es el principal vehículo de transmisión del cólera, resulta relevante abordar la problemática del acceso al agua potable en el estado. En este subapartado se toma como antecedente la negociación y gestión de los primeros intentos por implementar y expandir el sistema de agua potable en la entidad. El 10 de octubre de 1960, bajo el mandato del gobernador Agustín Franco Aguilar, se estableció un acuerdo entre el gobierno de Yucatán, la Secretaría de Recursos Hidráulicos y diez municipios: Mérida, Progreso, Ticul, Izamal, Espita, Valladolid, Motul, Maxcanú y Halachó. El propósito de este convenio era llevar a cabo las obras de implementación del sistema de agua potable en las cabeceras municipales mencionadas, así como en las comisarías de Chelem y Chicxulub, pertenecientes al municipio de Progreso. Los fondos para estas iniciativas se obtendrían

a través de contribuciones tanto federales como estatales, así como mediante un préstamo del BID (Sauri, 2016, p. 731).

Las construcciones en la ciudad de Mérida comenzaron en agosto de 1963 y finalizaron dos años más tarde. En 1966 se estableció la Junta de Agua Potable de Yucatán como un organismo descentralizado del gobierno estatal, encargado de operar los recién implementados sistemas. Este organismo asumió responsabilidades que abarcaban desde la producción y potabilización del agua hasta su distribución (Sauri, 2016, p. 731). El 1 de mayo de 1966 se firmó un acuerdo entre los gobiernos federal y estatal que establecía tarifas para el suministro de agua potable en una cantidad adecuada para cubrir los costos de administración, operación y mantenimiento del nuevo sistema, además de la amortización de las inversiones. El monto total de estas inversiones ascendía a \$123.2 millones de pesos. El gobierno estatal no podía cubrir los pagos del préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo debido a la falta de recursos generados por los nuevos sistemas, especialmente el de Mérida. Para mantener un equilibrio financiero, se estimaba que el sistema necesitaría alcanzar las 40,000 conexiones. Hacia mediados de 1967 sólo se habían instalado 22,000 tomas domiciliarias. La insatisfacción por el cobro del servicio también estuvo relacionada con el hecho de que era cotidiano que muchas familias contaran con pozos ubicados en los patios de sus viviendas. Algunos hogares aún tenían sistemas para recolectar agua de lluvia, almacenada en cisternas y extraían el agua mediante veletas o molinos de viento. El nuevo sistema de agua potable implicaba el desuso los pozos, el desmantelamiento de las herramientas para captar agua de lluvia y, además, el pago por un recurso que hasta entonces se consideraba gratuito hecho que provocó resistencia al cobro tarifario, lo que comenzó a agitar el equilibrio de poderes e intereses políticos (Sauri, 2016, p. 732-734). Posteriormente, la inversión y gestión de sistemas efectivos de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas residuales no fue priorizado.

En 1990 la inversión pública no fue suficiente para satisfacer las necesidades hídricas de la creciente población del estado. De acuerdo con el censo del INEGI, en Yucatán el 70.8% de las viviendas particulares habitadas disponían de agua entubada. Sin embargo, en dicho porcentaje no se especifica cuántas tenían acceso a agua

potable.⁹⁵ Es importante aclarar la distinción entre agua entubada, potabilizada y clorada. El agua entubada refiere al sistema interconectado compuesto por diversas fuentes, instalaciones de captación, plantas de cloración, plantas de potabilización, depósitos de almacenamiento y regulación, estaciones de bombeo, conductos y red de distribución. La potabilización es el conjunto de operaciones y procesos, físicos y/o químicos que se aplican al agua a fin de mejorar su calidad y hacerla apta para uso y consumo humano. La cloración es un proceso desinfección que consiste en la destrucción de organismos patógenos por medio de la aplicación de productos químicos.⁹⁶

El programa federal Agua Limpia tuvo como propósito en el estado disminuir los índices de contaminación e instalar sistemas de tratamiento de aguas residuales con el fin de abatir el cólera y los cuadros diarreicos. Los sistemas se adaptarían a fuentes de abastecimiento y no en cada domicilio. Como parte de las medidas de desinfección intradomiciliarias se recomendó que las personas pintaran con plata coloidal tanques y cisternas, instalarles purificadores, filtros de porcelana o sistemas sencillos de tratamiento domésticos.⁹⁷ Según información del Diario de Yucatán, en el estado la inversión en el Programa de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento en Zonas Urbanas (APAZU) fue de \$28, 500 millones. Las obras programadas fueron trabajos complementarios para las plantas de Mérida I, II, además de la ampliación de la zona de captación y redes en Progreso, Valladolid y Ticul. También se planeaba invertir en la rehabilitación y mantenimiento de equipos de cloración de 294 localidades.⁹⁸

En Yucatán a finales de 1991, después de la confirmación de los primeros casos de cólera y con el fin de detener los contagios, se difundieron campañas masivas de comunicación a través de la radio y televisión diseñadas por el Sistema Nacional de

⁹⁵ "Porcentaje de la población con servicio de agua entubada por entidad federativa, 1990, 2000, 2005, 2010 y 2015", INEGI, 08 de enero de 2024, <https://cuentame.inegi.org.mx/territorio/agua/dispon.aspx?tema=T>

⁹⁶ NORMA Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, "Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización", 18 de enero de 1996.

⁹⁷ "Debe "ablandarse" el agua de consumo humano", *Diario de Yucatán*, Mérida, 19 de marzo de 1992.

⁹⁸ "La CNA ya aprobó su aportación económica para obras de agua potable en el Estado", *Diario de Yucatán*, Mérida, 16 de enero de 1992.

Salud.⁹⁹ En el plano local el entonces director municipal de salud, Dr. Luis Solís Alpuche anunció que, en las colonias de Mérida, Umán, municipios del sur y de la costa se había clorado 10 611 pozos, tratado con cal 5 463 excusados y repartido 9 000 volantes con información de prevención de la enfermedad. También se había instruido a 1 450 vendedores ambulantes acerca de la higiene personal, el manejo y la presentación de alimentos.¹⁰⁰ También, en 1992, el BM propuso financiar el proyecto de drenaje en la ciudad. A pesar de que el proyecto no se concluyó, se admitió que en la ciudad había un problema de contaminación de las fuentes de agua potable. En esos momentos la situación resultaba preocupante porque podían ser medios para propagar el cólera.¹⁰¹

A partir de lo mencionado con anterioridad se puede sostener que los proyectos nacionales cuyos objetivos estaban relacionados con la salud de la población rural yucateca no consiguieron cambios de fondo, manteniendo inalterables las condiciones de vulnerabilidad, como por ejemplo la falta de acceso a la atención médica especializada. Al respecto, Cortés (2024, p. 333) señala que “aunque en las décadas posteriores hubo diversos esfuerzos por expandir la salud pública en el medio rural, la atención a los problemas de salud específicos de la población del campo siguió siendo una deuda pendiente del Estado mexicano en el transcurrir del siglo XX y el tramo andado del siglo XXI”. La desproporción de personal médico especializado entre la zona rural del estado y la capital es una continuidad de vulnerabilidad social que se demuestra a lo largo del presente trabajo. Como se verá en el capítulo 3, la falta de personal e infraestructura médica en los municipios fue una constante antes, durante y después de la pandemia de cólera de 1991.

2.3.- Reflexiones contemplativas

A lo largo de este capítulo se vio cómo la política neoliberal y la intervención de organismos internacionales tuvieron efectos en el sector salud en México, que incidieron en las acciones para hacer frente a la pandemia de cólera. Para el caso de Yucatán,

⁹⁹ Sauri Riancho, Dulce María, “Hechos con un nuevo trato. IV informe de gobierno”, enero de 1992, Mérida, Yucatán.

¹⁰⁰ “El combate al cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 7 de octubre de 1991.

¹⁰¹ “El Banco Mundial dispuesto a financiar todo el drenaje”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 18 de enero de 1992.

cambios como la diversificación económica bajo la política neoliberal influyeron en el crecimiento urbano de la ciudad de Mérida. Las nuevas condiciones de trabajo y vivienda acentuaron la vulnerabilidad en el estado de salud de las personas, como la desnutrición y la incidencia de diarreas, debido en gran medida a la continua falta de agua. Los programas de salud -diseñados por el PNS con influencia de la ideología de organismos internacionales- relacionaron a “la pobreza” e “ignorancia de la higiene individual” como principales causantes de las infecciones gastrointestinales. Por eso, como se vio en los apartados anteriores, en más de uno de estos programas se tuvo como objetivo “educar”, casi siempre a la población “pobre”.

A través de la caracterización antes presentada es posible plantear que, al momento del brote de cólera en Yucatán, la salud de la población se encontraba en estado vulnerable, problemática que no atacaron los distintos programas de salud puestos en marcha en el estado. Se abordaron dos aspectos que influyeron directamente en la incidencia del cólera, como también en la respuesta social y gubernamental a la epidemia. El primero es que las instituciones de salud y los gobiernos en sus diferentes niveles, bajo la influencia de ideologías de organismos internacionales, operaron bajo el supuesto de que los casos se darían de modo aislado y que el tratamiento (Vida Suero Oral), ya bien conocido y aplicado para deshidrataciones de cuadros de diarrea infantil, funcionaría. El segundo es que los males gastrointestinales son una de las continuidades de vulnerabilidad que han caracterizado a la población yucateca, los cuales se acentuaron como problemática de salud pública ante el incremento de casos de cólera.

CAPÍTULO 3.- LAS RESPUESTAS SOCIALES Y GUBERNAMENTALES EN YUCATÁN ANTE LA PANDEMIA DE CÓLERA

En los capítulos anteriores se analizaron algunos de los procesos que, en el contexto de la reforma del Estado en México, influyeron en el brote y desarrollo de la pandemia de cólera de 1991. A nivel nacional y local, se destacaron tres factores principales que contribuyeron a la propagación de la enfermedad: aspectos socioeconómicos, programas nacionales de salud con enfoque selectivo y desabasto de agua potable. Se argumentó que, durante el brote de cólera, estos factores exacerbaron la vulnerabilidad de la población.

El objetivo de este capítulo es analizar las respuestas del sistema de salud y de la población durante la pandemia de cólera en Yucatán, resaltando nuevamente el papel del contexto neoliberal imperante. Para ello, se centra el análisis en dos elementos: por una parte, las campañas diseñadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los Servicios Coordinados de Salud del estado de Yucatán y, por otra parte, los suministros, equipo e infraestructura médica que se destinó para la atención de pacientes con cólera en algunas clínicas del ISSSTE e IMSS. El análisis busca aproximarse a la percepción que la población hizo de las campañas, así como a la identificación de prácticas desvinculadas de la acción estatal.

A través del análisis de dichas respuestas es posible proponer, primero, que las campañas subrayaron la responsabilidad de cada individuo, respaldadas por la intervención de organismos internacionales, quienes sostenían la importancia de educar a los pobres en temas de higiene. Este fenómeno, entendido desde los conceptos de biopolítica y tecnologías del yo, influyó en los cambios de hábitos cotidianos de la población. Segundo, se argumenta que la falta de personal médico profesional y la precariedad de la infraestructura de las Unidades Médicas Rurales (UMR) en los municipios, influyó en las acciones de improvisación que definieron la respuesta del sistema de salud ante el cólera; entiendo esta problemática como producto de los cambios, como la descentralización, que resultaron de las reformas de Estado.

Para describir y analizar las respuestas implementadas, se utilizaron las siguientes fuentes: tesis de egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad

Autónoma de Yucatán cuyos trabajos se realizaron entre 1991 y 1992, hemerografía local, comerciales informativos emitidos en televisión a cargo del SNS, así como testimonios orales recopilados mediante entrevistas y grupos focales a distintos actores sociales que vivieron la pandemia.

A continuación, se describen las campañas del SNS en México diseñadas como respuesta ante la pandemia de cólera. Se argumenta que estas campañas dirigieron una tecnología disciplinaria, centrada en la higiene del cuerpo y el hogar, orientada a evitar el incremento de contagios de cólera en la última década del siglo XX. También se incluye como objeto de estudio el análisis de una publicación hecha por la OPS en 1997 que permite observar las ideas salubristas impulsadas con mayor fuerza después de la epidemia de cólera; ello permitirá reflexionar sobre la continuidad y reforzamiento que se hizo en la vigilancia de las prácticas relacionadas con la higiene impuestas a los países considerados de tercer mundo.

3.1.- Las campañas mediáticas del Sistema Nacional de Salud contra el cólera

En 1991, como parte del Programa Nacional de Salud, se diseñó la Campaña Nacional de información, prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas. Dentro de esta campaña se incluyó al cólera y su objetivo fue informar a la población sobre la enfermedad, sus síntomas, medidas de prevención, su posible tratamiento en casa y dónde acudir en caso de presentar indicios graves de deshidratación. Con el objetivo de aminorar los contagios, la campaña incluyó una intensa difusión de información en medios masivos: televisión, radio y periódicos. La emisión de comerciales a través de esos medios fue una acción intermitente cada vez que se notificaba el aumento de casos en el país, lo que permite caracterizar la responsabilidad individual que se le transfirió a la población.

Las características de estas campañas no fueron únicas en México y tuvieron concordancia con las aplicadas por otros países latinoamericanos. En Perú las acciones también fueron ante la emergencia de detener los contagios, un ejemplo fue la apertura de la “Comisión Nacional Multisectorial de Lucha contra el Cólera” a inicios de abril de 1991. Su fin fue “coordinar mejor las acciones de lucha contra la epidemia del cólera” (Valdivia, 2014, p. 46). Del mismo modo, el Ministerio de Salud diseñó una campaña con

el objetivo de “reforzar los mensajes de prevención del cólera y persuadir a la población hacia una modificación de hábitos de higiene, imprescindibles para evitar el contagio” (Valdivia, 2014, p. 46). De este modo, “eran los mismos individuos quienes debían hacerse cargo de su salud y educación” (Valdivia, 2014, p. 70). Según Cueto (1998) “la asociación entre suciedad individual y epidemia fue una manera de apoyar una campaña de bajo y menor costo de la que hubiera implicado la solución a los problemas estructurales que generaron la epidemia” (Cueto, 1998, p. 125).

En México, uno de los promocionales televisivos de 1988 incluyó animaciones que hablaban del suero oral para el alivio de la diarrea infantil; posteriormente, el uso de éste sería una de las recomendaciones principales para el tratamiento de cólera. En 1992, el SNS emitió el comercial “El cólera se puede curar si se atiende a tiempo”.¹⁰² A través de dicha emisión se explicaba que el cólera se transmitía por agua y alimentos contaminados por lo que la población debía tener “cuidado con la higiene”. Se mencionaba que ante casos de diarrea se debía tratar al paciente con Vida Suero Oral y, en caso de presentar deshidratación severa, llevarlo a una unidad de salud. En el periódico local el *Diario del Sureste* se publicó una infografía del SNS con el lema “Ayúdanos a protegerte” donde se incluyeron las medidas para evitar el cólera y los síntomas de la enfermedad. Como se puede notar en la Imagen 1 “Infografía Ayúdanos a protegerte”¹⁰³ se enfatizaba la responsabilidad en cuanto a cuidar que “el cólera no entrara a las casas” para lo cual, las personas debían seguir ciertas acciones como: hervir el agua de consumo; desinfectar frutas y verduras; cocer los alimentos; evitar comer en lugares con poca higiene; lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño; y depositar las excretas en inodoros o letrinas.¹⁰⁴

¹⁰² Comercial disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=EDKqnaxJYeA> consultado el 23 de octubre de 2023.

¹⁰³ Infografía publicada en el *Diario del Sureste*, Mérida, Yucatán, enero de 1992.

¹⁰⁴ Infografía publicada en el *Diario del Sureste*, Mérida, Yucatán, enero de 1992.

Imagen 1.- “Infografía Ayúdanos a protegerte”



Infografía publicada en el *Diario del Sureste*, Mérida, Yucatán, enero de 1992.

Por su parte, el IMSS difundió un anuncio animado en el que, a través de una canción, se mencionaban las acciones que las personas debían seguir para evitar enfermedades gastrointestinales.¹⁰⁵ La letra de la canción es:

“Lavarse las manos, muy muy bien
Después de ir al baño
Y antes de comer
Hervir bien el agua de beber
Las frutas y verduras, lavarás también
Carnes y pescados deberás cocer
Crudos no los debes de comer”

¹⁰⁵ Comercial disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=gKgU0m0-9Ng> consultado el 23 de octubre de 2023.

También difundió mensajes acerca de que la salud estaba en manos de la población con el lema “Por la salud, manos a la obra”. Se enfatizó en la colaboración del instituto para limpiar ríos, construir drenajes y acondicionar parques.¹⁰⁶

En 1993 la Secretaría de Salud (SSA), a través de la frase “¡Corte! corte hay que darle, pero al cólera...tú puedes darle corte al cólera” se anunciaban medidas para evitar la enfermedad a través de la imagen de actores y actrices populares como Carmen Salinas, Héctor Bonilla y el Capitán Tinieblas. Las medidas emitidas eran: no comer mariscos crudos, lavar y cocer verduras, no comer en lugares sucios, hervir el agua, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, usar baños y letrinas.¹⁰⁷ Cabe recalcar que en este año el número de casos reportados fue de 10 374 a nivel nacional.

Diez años después del brote, en 2001 cuando se reportó un sólo caso de cólera en el país, la SSA con el lema “Por un México saludable” subrayó, en voz de Chepina Peralta, que los alimentos podían ser vías de contagio del cólera. Se explicaba que era una enfermedad gastrointestinal, que las frutas o verduras “sucias” podían contener la bacteria, por lo que enjuagarlas ya no bastaba. Se menciona “aunque tengan cascara o las vayas a hervir ¡no te arriesgues! Lava y desinfecta todas las frutas y verduras, recuerda, más vale prevenir que lamentar”.¹⁰⁸ En ese mismo año, en otros comerciales se ahondaba en la importancia de lavarse las manos, antes de comer y después de ir al baño, cocer o freír pescados o mariscos. Se hacía hincapié en que “¡el limón no mata la bacteria del cólera! Desinfecta frutas y verduras, bebe agua hervida o clorada, todos contra el cólera con las 4 acciones”.¹⁰⁹

A partir de lo descrito en los párrafos anteriores se puede sostener que al responsabilizar a la población de su propio cuidado para no enfermar se acentuó el desligue del sistema de salud para curar a los enfermos. Las campañas serían usadas para disciplinar a la población, sobre todo a las mujeres en cómo tratar a los integrantes

¹⁰⁶ Comerciales disponibles en <https://www.youtube.com/watch?v=EMnLCVsFZus> y <https://www.youtube.com/watch?v=GrY1HwdDLdc> consultados el 23 de octubre de 2023.

¹⁰⁷ Comercial disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=SA6KEu63nxA> consultado el 25 de octubre de 2023.

¹⁰⁸ Comercial disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=zsZUU3czMrg> consultado el 25 de octubre de 2023.

¹⁰⁹ Comercial disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=9DtvkaDbdlU> consultado el 25 de octubre de 2023.

de su familia si presentaban cuadros de diarrea. Se resaltó la advertencia de que si las personas no cuidaban su higiene enfermarían. Así, según Tejeda (2011) “la biopolítica se vuelve omnipresente, ya que las relaciones de poder influyen e inciden en la vida de la gente común” (Tejeda, 2011, p. 89).

3.1.1.- Estudiantes de Medicina en servicio social, sujetos vigilantes de la higiene en el medio rural

Las tesis y los intereses académicos de los entonces estudiantes de Medicina, que trabajaron en las Unidades Médicas Rurales durante la pandemia, permite reflexionar respecto a la problemática continua en Yucatán de no contar suficientes profesionales de la salud disponibles para trabajar en los municipios y comisarías. Las tesis también hicieron posible describir cómo fue el papel de los médicos en torno a sus conocimientos e ideas acerca del cólera.

En la tesis “Impacto de la campaña de información sobre medidas preventivas contra el cólera en los hábitos higiénicos y de salud de la comunidad de Tixkokob, Yucatán”, el egresado Paulino Montalvo (1992, p. 6) sostenía que la transmisión de la enfermedad ocurría “por la ingestión de agua o alimentos contaminados con vómito o heces de personas infectadas y en menor grado de personas, por contacto directo, las manos sucias o vectores como las moscas”. Como parte de las medidas preventivas consideró las contenidas en la Norma técnica No. 339 para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera de la Secretaría de Asistencia Pública (SSA). Específicamente referente a las acciones de educación y participación social para la salud incluyó la importancia de “capacitar a la población para identificar los signos y síntomas tempranos de detección del padecimiento, así como de su agravamiento por deshidratación, para el uso adecuado de los Servicios de Salud” (Montalvo, 1992, p. 13-15).

Otro médico, recién egresado en ese año fue Lázaro Peña, su tesis titulada “Cólera: manejo integral de un brote de cólera en Muna Yucatán”, explica que “el control se basa en la educación y el mejoramiento sanitario particularmente con respecto a los alimentos y el agua” (Peña, 1992, p. 12-14). Menciona que cuando se detectan casos de cólera en una comunidad “se deberá promover intensamente y activamente la eliminación adecuada de las heces humanas, la purificación de agua y las buenas

prácticas higiénicas y alimentarias” (Peña, 1992, p. 12-14). Este argumento permite notar que no se incluyó el contexto limitado de servicios en Yucatán como el agua potable y el manejo de aguas residuales. Por su parte, en “Cólera. Complicaciones más frecuentes y manejo actual. Revisión de 30 casos clínicos” el médico José Collí sostenía que preexistían “deficiencias en el saneamiento ambiental y en las medidas higiénicas acostumbradas por la población, tanto en el área rural como en gran parte del área urbana” (Collí, 1992, p. 2). Desde esta perspectiva el saneamiento y las malas costumbres higiénicas posibilitaban los contagios de cólera.

Otra opinión fue la de Carmen Illescas, quien en su tesis “Evaluación de la quimiopprofilaxis familiar en el control del cólera en la UMR “S” No. 21 Uayalceh, del 1 de diciembre de 1991 al 11 de enero de 1992”, sostuvo que los movimientos migratorios agudos y extensos habían situado a cualquier lugar del país como un área de riesgo” (Illescas, 1992, p. 3). En su tesis advirtió, “la introducción del cólera en cualquier país no puede prevenirse, ésta causa problemas únicamente en aquella área donde las infecciones entéricas agudas son endémicas... los brotes en todo país pueden controlarse con las medidas de vigilancia adecuadas” (Illescas, 1992, p. 9).

En 1998, la Revista Biomédica publicó el artículo “Prevalencia de *Vibrio cholerae* entre los habitantes de una comunidad posterior a una epidemia de cólera en el estado de Yucatán, México”, escrito por un equipo de médicos y un investigador del Centro “Dr. Hideyo Noguchi”. Se explicó, “la aparición de los casos de cólera, es favorecida por la falta de higiene y la expansión de agua contaminada” (Leal, Lira, Martín, et al, 1998, p. 26). En dicho artículo se documentó la puesta en marcha de la realización de 75 pruebas, que correspondieron a 48 personas menores de 15 años y 27 mayores a dicha edad, en Kuchel comisaría de Samahil. A las personas seleccionadas “se les tomó una muestra rectal de heces fecales con la ayuda de un hisopo estéril se buscó la presencia de *V. cholerae* en TCBS y pruebas bioquímicas específicas” (Leal, Lira, Martín, et al, 1998, p. 23). Para llevar a cabo estas pruebas se llevó a cabo una etapa de “concientización y convencimiento” a la comunidad. Después de realizar el estudio, se concluyó que la distribución domiciliaria de doxicilina por parte del Sector Salud del gobierno del Estado había disminuido los casos de cólera (Leal, Lira, Martín, et al, 1998, p. 25).

A continuación, se ahonda en lo ocurrido en algunos municipios de Yucatán, a partir de los resultados de las tesis de médicos de la época. Su intervención en la atención a los pacientes de cólera en las UMR permite notar que, como profesionales de la salud en formación, fungieron como vigilantes que cotidianamente cuestionaban las prácticas higiénicas de la población rural; ello lo hacían desde la posición de autoridad que les confería su papel de médicos al servicio del sistema de salud en de los pueblos.

A través de la tesis “Impacto de la campaña de información sobre medidas preventivas contra el cólera en los hábitos higiénicos y de salud de la comunidad de Tixkokob” (1992), escrita por el médico Paulino Montalvo, se puede hacer una aproximación a los resultados que tuvieron las campañas a partir de septiembre de 1991 y hasta abril de 1992. El objetivo fue conocer qué cambios en los hábitos de la gente resultaron a partir de la campaña; principalmente en: presencia de agua potable o hervida, manejo adecuado de excretas, higiene en los alimentos y métodos de desinfección.

Después de la aplicación de una encuesta a 110 familias, los resultados cuantitativos mostraron que el 88% de los encuestados presentaron cambios significativos en sus hábitos higiénicos. Un 50.90% practicaba fecalismo al aire libre, 2.70% contaba con letrina y 46.40% tenía sanitario. De las personas que defecaban a cielo abierto, 26 mencionaron no cubrir con cal o tierra los excrementos, 12 sí usaban cal y 18 tierra. Ochenta y cuatro de las 110 familias mencionaron contar con agua potable o entubada pero sólo 52 la hervían, de los 21 encuestados que usaban agua de pozo; 16 hervían dicha agua. Cinco personas mencionaron consumir agua purificada. A partir de estas cifras el médico resaltó que estaba generalizada la acción de hervir el agua únicamente para el consumo de los hijos y preferentemente de los más pequeños.

El médico también encontró que era elevada la práctica de limpiar únicamente con agua las frutas y verduras ya que, un 75.46% de las encuestas así lo refirieron. Sólo dos personas señalaron no lavar frutas y verduras. Veinticinco dijeron usar agua y jabón. Ochenta y cuatro familias no usaban métodos desinfectantes. 87.2% de las familias consideraban que hervir el agua era uno de los medios más efectivos para purificar el

agua en contraste con el uso de cloro o plata coloidal.¹¹⁰ Aunque la conclusión general del médico fue que sí hubo cambios en los hábitos de las familias, es posible resaltar algunos aspectos que se vieron limitados por el contexto socio-económico y la infraestructura en servicios como el agua potable en el municipio no eran las óptimas para poder modificar los “indebidos hábitos higiénicos”.

En la tesis se menciona que 84 familias dijeron contar con agua potable o entubada, y aquí valdría la pena señalar que no toda el agua entubada es potable. En los municipios de Yucatán es común encontrar tanques elevados donde se almacena el agua de un pozo principal, desde donde se hace la distribución a las viviendas. Este hecho, lo confirma el testimonio oral de Lupita -entrevistada como parte de esta investigación-, quien trabajó como enfermera durante la pandemia de cólera en la UMR del IMSS en el municipio de Tixkokob. Ella recuerda que hasta inicios de 1990 el único municipio que contaba con agua potable era Mérida y que incluso, en las colonias alejadas del centro tampoco había cobertura del servicio.¹¹¹ Por ello, es probable que la cifra encontrada por el médico se refiriera a 84 familias con agua entubada más no potable.

Otra de las conclusiones de Montalvo fue que hervir el agua se hacía únicamente para el consumo de los hijos y preferentemente de los más pequeños. Esto pudo haber influido a que fueran más adultos los que enfermaron de cólera. En la publicación “El cólera: enfermedad de la pobreza” (1993) Valdéz, mencionaba que los más afectados en la pandemia de 1991 eran los adultos debido a que en la vida diaria tenían mayor movilidad; exponiéndose a más fuentes de contaminación, como beber agua de pozo y consumir alimentos preparados en la calle.¹¹² Esto lo reafirma el testimonio de Lupita quien dijo haber atendido principalmente a personas mayores de 35 años. También, a través de la investigación “Cólera. Características clínico-epidemiológicas en las UMR IMSS Solidaridad (Uayalceh, Sacalum, Cepeda)”, la doctora Wanda Mata, sostuvo que

¹¹⁰ Montalvo, P. (1992). *Impacto de la campaña de información sobre medidas preventivas contra el cólera en los hábitos higiénicos y de salud de la comunidad de Tixkokob, Yucatán*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].

¹¹¹ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Guadalupe el 15 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

¹¹² Valdez, R. (1993). *El cólera: enfermedad de la pobreza*. Universidad Autónoma de Sinaloa. P. 36.

en las comisarías pertenecientes a los municipios de Abalá y Halachó, así como en Sacalum el predominio del cólera en los pacientes de 65 años y más se debió en gran parte a la renuencia que estas personas presentaron contra las medidas preventivas para el cólera, ya que continuaban con “sus costumbres de ingerir agua de pozo sin hervir o clorar e inadecuada disposición de excretas entre otras”.¹¹³

En las tesis mencionadas, el interés biomédico en investigar y demostrar cambios en los hábitos higiénicos de los habitantes de los municipios rurales ejemplifica las prácticas de disciplinamiento dirigidas a los pobres.¹¹⁴ En el contexto de la pandemia de cólera, dichas ideas eran difundidas desde organismos internacionales como la OPS, desde donde las distintas naciones se apropiaban de ellas. Similar a lo ocurrido en Lima donde “había una contradicción entre la difusión de normas higiénicas y el contexto de precariedad en los servicios de agua y desagüe” (Cueto, 1998, p. 127), en Yucatán la respuesta que se dio a partir del reporte de los primeros casos de cólera no consideró como fundamental el contexto socio-económico y de infraestructura precaria que perduraba en el estado. Lo anterior se evidencia con los datos de la encuesta del médico Montalvo, donde poco más de la mitad de las familias practicaba fecalismo al aire libre y consumían agua sin ningún tratamiento de potabilización.

3.1.2.- Mandatos internacionales, problemas locales: Promoviendo la higiene y la salud como herramientas para el desarrollo

En este subapartado se hará énfasis en la continuidad de la ideología e intervención de organismos internacionales que planteaba la necesidad de educar a los pobres en temas de higiene, como la principal directriz que guio las respuestas ante la pandemia de cólera. Se toma como punto de partida el libro “A pesar de todo...sólo tiene cólera quien quiere tenerlo” publicado en 1997 por la OPS, debido a la influencia que tuvieron los organismos internacionales en la política de salud de México y porque condensa las ideas vigentes de la época. Se vinculan algunos de los principios que aparecen en ese libro

¹¹³ Mata, W. (1992). *Cólera. Características clínico-epidemiológicas en las UMR IMSS Solidaridad (Uayalceh, Sacalum, Cepeda)*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán]. P. 19.

¹¹⁴ En la práctica, los médicos no siempre son conscientes de su papel como reforzadores de las tecnologías del yo.

(principalmente, relacionados con higiene pública) con las medidas que los gobiernos municipales y estatal de Yucatán implementaron en distintas regiones del estado. Estas medidas se identificaron tanto en la prensa local, como en los testimonios orales que pudieron recopilarse.

El libro mencionado fue diseñado como parte del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) financiado por Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El objetivo de las publicaciones del programa fue contribuir a las acciones encaminadas a alcanzar la meta “Salud para todos” en el año 2000 de la OMS. Los materiales estuvieron orientados por la estrategia de atención primaria, sobre todo, al personal de salud en diversos niveles y categorías. Por ejemplo, estudiantes, profesores, técnicos y auxiliares en las comunidades.

El texto partió del postulado general, compartido por la OMS, el BID y la OPS, de entender a la salud de los habitantes como condición indispensable para alcanzar el desarrollo de los países latinoamericanos. Aunque en los postulados de la obra se advirtió que el contexto en el que vivía una persona influía en su salud, se puede notar la priorización que se dio en resaltar la necesidad de que los individuos adquirieran “conocimientos y nociones básicas de higiene, desarrollando hábitos saludables de alimentación, vivienda y recreación”.¹¹⁵ El libro planteó que la prevalencia de enfermedades como el cólera en poblaciones latinoamericanas estaba relacionada con factores socioeconómicos como la pobreza, la desnutrición y la falta de acceso a servicios básicos. No obstante, insistió en que la salud dependía de los individuos, fomentando la salud a través de medidas educativas para combatir la pandemia. Menéndez (2005) indica que organismos internacionales como el Banco Mundial señalaban que el sistema de salud en países como México “se caracterizaba por su ineficacia y que esta situación se agudizaba por la explosión de los costos de la atención a la enfermedad” (Menéndez, 2005, p. 197). Es posible leer aseveraciones como la siguiente, que enfatizan la responsabilidad de los individuos:

[...] pero a pesar de todo, tu salud depende de ti, más que de otra persona: no vale la pena quedarse esperando que llegue u ocurra la epidemia para recibir la protección y las

¹¹⁵ Roberto y Vidal, (1997). *A pesar de todo...sólo tiene cólera quien quiere tenerlo*. OPS, IX.

medidas sanitarias de las autoridades gubernamentales —esto puede llegar muy tarde o ser deficiente. Tú debes estar colérico por las condiciones precarias del saneamiento de tu país y, en lugar de ser un gran crítico, debes ser un gran artista. Puedes hacer alguna acción positiva, aunque sea solamente para ti, para tus familiares y tus amigos. ¹¹⁶

La obra describe acciones como el lavado de manos y varias más dirigidas a la higiene de los alimentos, como la cocción de carnes, desinfección de frutas, verduras, así como la cloración del agua de consumo. Advertía a la población de evitar el consumo de alimentos preparados en la calle, la ingesta de productos del mar crudos (ceviches, sushi, ostras, camarones, etc.) y bebidas como jugos y leche cuya preparación no garantizara el uso de agua hervida. Quizá una de las consecuencias más dramáticas de la medida fue la afectación a las economías ligadas a la producción y comercio de alimentos. Un ejemplo en México fue, según lo reportado por la prensa yucateca, la incautación de 900 kg de productos alimenticios que provenían del Perú debido a su probable infección con cólera. En la nota se comunicó: “fueron decomisados e incinerados en el aeropuerto internacional de la ciudad de México para evitar la propagación del mal entre la población mexicana”. ¹¹⁷

A nivel local, los Servicios Coordinados de Salud circularon un oficio a dependencias como la Secretaria de Protección y Vialidad con el objetivo de vigilar que los vendedores de alimentos y bebidas ambulantes cumplieran con reglas como las siguientes: no vender aguas refrescantes como horchatas, limonadas o naranjadas, no vender granizados, las frutas y verduras verdes deberán ser vendidas con cascara y sin cortes ni aderezos, quienes expendan cochinita deberán tener personal asignado únicamente para la preparación de tortas y tacos, los vendedores de panuchos, salbutes o empanadas no podrán usar ingredientes como cebolla, lechuga y cilantro. ¹¹⁸

En el municipio de Ixil, en el estado de Yucatán, después de confirmarse el caso de un enfermo de cólera, el ayuntamiento municipal en coordinación con el gobierno estatal, dispusieron clorar el agua de los pozos ubicados en las zonas hortícolas y

¹¹⁶ Roberto y Vidal, (1997). *A pesar de todo...sólo tiene cólera quien quiere tenerlo*. OPS, X.

¹¹⁷ “Incautan productos alimenticios peruanos”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 12 de febrero de 1991.

¹¹⁸ “Panuchos sin cebolla...aplicarán 10 medidas en la prevención del cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 2 de octubre de 1991.

entregar folletos a la gente con las acciones que debían seguir.¹¹⁹ El caso del municipio de Ixil resulta de ejemplo para mostrar los efectos de las medidas sanitarias sobre el comercio local, puesto que es un municipio que tiene como una de sus principales actividades económicas la horticultura, siendo uno de sus productos emblemáticos las afamadas “cebollitas de Ixil” (una variedad de cebolla cambray). En el contexto de la pandemia y la advertencia de no ingerir productos de la calle, los comerciantes se vieron afectados ante la prohibición de la venta de hortalizas en los mercados y tianguis de Mérida.

En respuesta, grupos de campesinos hicieron una manifestación en la Plaza Grande de Mérida. La prensa informó que el presidente de los horticultores aseguraba que más de 200 campesinos habían sido afectados económicamente, debido al temor de los consumidores de que los productos estuvieran infectados de cólera. Se aseveró que la difusión sobre el cólera que proporcionaron las autoridades sanitarias había resultado negativa para el comercio y externaron la necesidad de “evitar que en los medios de comunicación no se invite a consumir hortalizas”.¹²⁰

En un reportaje del Diario de Yucatán, los periodistas, dijeron haber constatado que, además del problema en la baja de las ventas de las hortalizas en el mercado Lucas de Gálvez, se había interrumpido el suministro de agua potable en el lugar. Se informó haber observado que “varias vendedoras lavan sus productos en cubetas que ellas mismas llevan, acarreando agua desde tomas cercanas...los vendedores envuelven las hortalizas en bolsas de nailon en un intento por dar impresión de limpieza y buena conservación”.¹²¹ El reportaje señaló que algunos consumidores preguntaban por la procedencia de los tomates, rábanos y cilantros ante la preocupación de que fueran cultivados en municipios con casos de cólera como Ixil, Umán o Xcanatún. También se hizo hincapié en la demanda de los grupos de horticultores, respecto a aclararle a la

¹¹⁹ “A pesar del brote de cólera en Ixil viven en completa calma”, *Diario del Sureste*, Mérida, 27 de septiembre de 1991.

¹²⁰ “Salubridad lo niega, pero horticultores dicen que por escrito les prohibió vender”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 8 de octubre de 1991.

¹²¹ “La higiene también responsabilidad del comprador. La venta de hortalizas en el Mercado Grande cayó a “los niveles más bajos de la historia””, *Diario de Yucatán*, Mérida, 8 de octubre de 1991.

población que no había riesgo en el consumo de las hortalizas, siempre y cuando se desinfectaran previamente con agua hirviendo.

Como parte de la higiene de los alimentos, el texto “A pesar de todo...sólo tiene cólera quien quiere tenerlo”, también resaltó el cuidado que las personas debían tener en cuanto a la limpieza de utensilios de cocina con el fin de evitar su contaminación por animales como moscas, ratas y cucarachas. Se recomendó tapar depósitos de basura y desagües, a pesar de que el cólera no es una enfermedad que se contagie por el aire. En la obra se incluyeron instrucciones del uso de cloro para desinfectar frutas y verduras, así como el uso del vinagre casero en caso de no contar con hipoclorito de sodio.

La responsabilidad individualizante es el hilo conductor de sus dos apartados. En el primero, denominado “El cólera y tú: Edúcate” se resalta la información acerca de la transmisión, el tratamiento y la prevención de la enfermedad. En el segundo “El cólera y la Salud Pública: Infórmate”, se enfatiza el caso de América y las enfermedades importadas, la historia del cólera, su relación con la ecología y el papel de los médicos.

La información encontrada en la publicación acerca de las acciones que las personas debían seguir en cuanto a su higiene, demuestran que, el diseño de las campañas difundidas por los ministerios de salud de los países afectados obedeció, además del objetivo urgente de mitigar la pandemia, a la imperativa de influir en enfatizar que el cólera era una enfermedad única de los que no cuidaban su higiene. La respuesta ante este imaginario social es relevante puesto que conllevó cambios en las conductas de la vida cotidiana de las personas.

A nivel local, los siguientes testimonios orales apuntan cambios en los hábitos individuales que, en la actualidad, las personas identifican como un “después del cólera”. Se muestra una aparente negación y/o vergüenza en admitir haber enfermado, porque el cólera es sinónimo de persona “cochina” o “sucio”. Los testimonios, dejan en claro que el control dirigido a la modificación de los hábitos cotidianos es interiorizado, sin que necesariamente lleguen a ser identificados explícitamente por los individuos. José Rodolfo y Yadhira, quienes son natos de la comisaría de Kopté, del municipio de Motul, recuerdan que cuando eran niños sus madres les decían que no olvidaran lavarse las manos después de ir al baño y antes de comer. Yadhira, quien en la época de la pandemia tenía 8 años, recuerda que en su casa el agua que usaban venía del pozo

central de la comisaría, por lo que era común que se almacenara en tambores para usarla a lo largo del día ¹²². José, que en 1991 tenía 10 años, escuchó en la radio comerciales que decían que la gente debía hervir el agua antes de tomarla porque el agua tenía bichos. En sus palabras: “Me regañaban que ¡cuidadito vaya a tomar agua del pozo! Sí hacía caso porque era un niño y obedecía a lo que dice la gente mayor”. Él considera que a partir de entonces en el pueblo se cuestionó la ingesta de agua de pozo. Este hecho, pudo haber influido en que actualmente José y Yadhira, piensen que el agua que se suministra a sus viviendas está contaminada. Ambos afirmaron: “la que según es potable ¡tampoco es buena para tomar!”. ¹²³

Los testimonios orales de José y Yadhira afirman que desde aquellas campañas para evitar el cólera la gente empezó a tener miedo de tomar agua del pozo. Dulce Sauri Riancho, quien durante la pandemia era gobernadora interina en el estado, atestiguó que, debido a que la gente estaba acostumbrada a beber agua de pozo, sentían un sabor diferente al agua clorada. En su testimonio recordó: “en una ocasión se me plantó la gente de un municipio, me decían “sabe feo el chocolate, el café, con el agua clorada” y es que era verdad, pero ¡no quedaba otra opción!... Eso del sabor del agua fue algo que costó mucho para que la gente se fuera acostumbrando”. ¹²⁴

En efecto, a lo largo de la pandemia el uso y consumo del agua extraída de los pozos, que era un hábito cotidiano en Yucatán, fue reprobado por las autoridades sanitarias. A través de las campañas se insistió en no consumir el agua sin antes hervirla o clorarla, denotando así la responsabilidad, sobre todo de las madres de familia, de cuidar a sus hijos. La insistencia de las autoridades en que las familias fueran responsables de clorar el agua de consumo resulta paradójica a lo que informó el Plan de desarrollo integral de 1988 en el que solamente el 74% de la población en la entidad tenía acceso a agua. De dicho porcentaje, sólo el agua suministrada en Mérida se

¹²² Testimonio oral recopilado a través de un grupo focal llevado a cabo el 29 de noviembre de 2023 en Kopté, Yucatán.

¹²³ Testimonio oral recopilado a través de un grupo focal llevado a cabo el 29 de noviembre de 2023 en Kopté, Yucatán.

¹²⁴ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Dulce María Sauri Riancho el 18 de diciembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

sometía a procesos químicos de potabilización, quedando fuera de dicho proceso el agua proporcionada y extraída de los pozos en los municipios y comisarías.¹²⁵

Ante esta problemática, la respuesta fue intentar clorar los pozos cada que se notificaban casos de cólera. Esta actividad fue encargada a los promotores de salud, cuyas acciones fueron descritas en la prensa local: “los visitantes llevan una bolsa de nailon con cloro granulado, cuya apariencia es similar a la del detergente para lavar. En cada domicilio hacen un preparado de tres cucharadas del químico que diluyen en agua y luego lo arrojan a los pozos. Unos 15 gramos vendría a representar una botella de litro “cloralex” y mata todo lo que haya en los pozos, incluso a los peces”.¹²⁶ La injerencia del Estado en advertir y vigilar que la población dejara de tomar agua de pozo desplazó su responsabilidad de garantizar que dicho líquido fuera tratado y distribuido con equidad a toda la entidad.

La participación de algunos estudiantes del Colegio de Bachilleres en Umán para ayudar a la gente a clorar el agua, aplicar cal a los excrementos y procurar que se tomen medidas higiénicas en el mercado local¹²⁷ permite notar que, ante la falta de personal especializado y de una planeación para atender la pandemia, se involucró a miembros de la sociedad civil. En el mes de octubre de 1991, se informó que en todo el estado se habían clorado 10, 611 pozos, tratado 5, 463 excusados con cal y repartido 9, 000 volantes sobre información de prevención de la enfermedad.¹²⁸

3.2.- El sistema de salud y la atención de enfermos de cólera en Yucatán

En el apartado anterior se expuso que una de las respuestas ante la pandemia fueron las campañas difundidas en televisión, radio y periódicos. Otra medida fue la disposición de diversos recursos de salud dirigidos a actividades de atención, y en menor medida, de prevención, todas ellas encabezadas por personal de salud profesional y no profesional (auxiliares y promotores de salud). Como se verá a continuación, el poco

¹²⁵ “Plan estatal de desarrollo integral 1988-1994” (17 de octubre de 1988). Diario Oficial del gobierno del estado de Yucatán, México. P. 75.

¹²⁶ “Medidas aisladas y presunta falta de coordinación, las características del “cordón sanitario” en Ixil”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 26 de septiembre de 1991.

¹²⁷ “No hay epidemia de cólera en Yucatán. Combatidos casos diarreicos que fueron detectados en este Estado”, *Diario del Sureste*, Mérida, 29 de septiembre de 1991.

¹²⁸ “El combate al cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 7 de octubre de 1991.

presupuesto y el escaso personal médico destinados a estas medidas fueron características de las UMR en Yucatán para atender a los pacientes de cólera. Se muestran las problemáticas identificadas en las tesis de los médicos de la época y las que fueron descritas en los testimonios relatados por dos enfermeras que trabajaron en las UMR del IMSS.

Una primera práctica fue la quimioprofilaxis, cuya realización se describe en la tesis “Cólera: manejo integral de un brote de cólera en Muna Yucatán” (1992), del médico Lázaro Peña. En ella se señala que, en el municipio de Muna, se determinó que la mitad de los casos tuvo contacto con el *Vibrio cholerae* al ingerir la bebida *pozol*,¹²⁹ que un portador asintomático oriundo del municipio de Opichén diariamente vendía. En este municipio, a partir de la confirmación de casos se procedió, bajo el protocolo de la SSA, a dividir en cuatro sectores al pueblo. El personal de salud organizó brigadas para pasar de casa en casa, siguiendo la indicación de que a toda persona con diarrea se le tomara la muestra de heces fecales (isopo rectal) y aplicación profiláctica a base de antibióticos como doxiciclina, trimetoprim y sulfametoxazol. La aplicación y dosis de la profilaxis puede verse en la Tabla 3 “Dosis y aplicación profiláctica”:¹³⁰

Tabla 3 “Dosis y aplicación profiláctica”

Edad	Dosis
Mayores de 15 años	única doxiciclina 300 mg
De 10 a 15 años	única doxiciclina 200 mg
De 5 a 10 años	única doxiciclina 100 mg
Menores de 5 años	trimetoprim 5 mg/kg/24 y sulfametoxazol, 25 mg/kg/24 hrs. por 3 días.

Tabla de elaboración propia con información obtenida de, Peña, L. (1992). *Cólera: manejo integral de un brote de cólera en Muna Yucatán*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].

Según la OMS, la quimioprofilaxis para el cólera consistía en la administración de antibióticos a personas expuestas a la posibilidad de enfermar, por haber tenido contacto

¹²⁹ Bebida refrescante preparada con masa de maíz fermentada y agua.

¹³⁰ Peña, L. (1992). *Cólera: manejo integral de un brote de cólera en Muna Yucatán*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].

con algún caso confirmado, con el propósito de prevenir la enfermedad y reducir las fuentes de infección.¹³¹ En el caso de Muna se pretendió evitar los posibles contagios de cólera medicando sin distinción a toda persona que tuviera diarrea. Es decir, la quimioprofilaxis fue una práctica simultánea con la medicina clínica, ésta última entendida como aquella que busca la rehabilitación biológica del individuo enfermo (Navarro, 1998, p.53).

La quimioprofilaxis llevada a la práctica era poco viable, algunos médicos señalaron como principales desventajas la alta inversión en antibióticos e insuficiente personal de salud para su aplicación. También influyó la dificultad en convencer a la población de medicarse y realizarse pruebas de excretas sin presentar síntomas. Esta respuesta, responsabilizó una vez más, a las familias en cuanto a que si enfermaban era porque no habían aceptado el tratamiento. En la tesis “Evaluación de la quimioprofilaxis familiar en el control del cólera en la UMR “S” No. 21 Uayalceh, del 1 de diciembre de 1991 al 11 de enero de 1992” (1992), la doctora Carmen Illescas determinó que la aplicación de la quimioprofilaxis de manera indistinta obedecía a que los resultados de las pruebas para la detección del cólera de los laboratorios tardaban en reportarse en un mínimo de 7 días. En ese lapso de tiempo los portadores asintomáticos podían ser fuente de contagio, ya que la incubación del vibrión dura de 12 hrs. a 5 días y la expulsión en heces sucede desde la primera evacuación postinfección hasta 3 días después de instalada la antibiótico-terapia.

Illescas concluyó que, en la comisaría de Uayalceh influyó en la decisión de aplicar la quimioprofilaxis el hecho de que municipios cercanos como Umán y sus comisarías ya estaban considerados como zona epidémica. La recomendación hecha por la doctora ante esta problemática fue instalar, en las localidades donde existían brotes o en lugares cercanos, personal y equipo necesario de laboratorio para la identificación del *Vibrio cholerae*, con la intención de que las muestras se examinaran con rapidez y obtener

¹³¹ Zoysa, I., Feachem, R. (1986). Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años: Quimioprofilaxis, OPS, p. 47.

resultados inmediatos.¹³² Sin embargo, carezco de datos que me permitan asegurar la implementación de la recomendación.

Además de la quimioprofilaxis, otra medida fue el reacondicionamiento de las UMR ubicadas en las cabeceras municipales. Ello presentó limitaciones debido a la escasez de personal médico y a la precaria infraestructura en que estas unidades se encontraban; debido en parte a la falta de inversión que implicó la reducción del gasto público en salud en el marco de las reformas del Estado.

En el Plan estatal de desarrollo integral de Yucatán de 1988 se reconocía que las instalaciones de las UMR tenían desigual distribución en cuanto a recursos humanos, ya que sólo la quinta parte del personal médico del IMSS se encontraba laborando en el interior del estado. Según el Plan, “esta situación afecta, sobre todo, a la población rural dispersa en más de 2,000 localidades con menos de 100 habitantes... de los 2, 526 doctores sólo el 20% se encuentra ubicado en el interior del estado y el 80% restante se concentra en la ciudad de Mérida”.¹³³ De acuerdo con los datos del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, el total de habitantes en los municipios de Yucatán fue de 806, 121; exceptuando al municipio de Mérida.¹³⁴ Es decir, aproximadamente, sólo 505 médicos estaban a cargo de las UMR que atendían a 806, 121 personas. Aunado a esto, es importante recalcar que estas unidades médicas estaban destinadas generalmente a población solidariorhabiente. Así, la mayor cobertura de servicios médicos estuvo destinada a este grupo. Dicha problemática fue el escenario en los municipios a lo largo de la pandemia: el personal de salud no era suficiente en proporción con el número de enfermos. El personal tampoco fue capacitado previamente para tratar a los pacientes de cólera.

Pese a este panorama, como parte de la respuesta estatal se reacondicionaron las UMR para disponer de áreas de atención conforme se alertaba de los brotes y se multiplicaban los casos. Las tesis de medicina y algunos testimonios orales informan

¹³² Illescas, C. (1992). *Evaluación de la quimioprofilaxis familiar en el control del cólera en la UMR “S” No. 21 Uayalceh, del 1 de diciembre de 1991 al 11 de enero de 1992*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].

¹³³ “Plan estatal de desarrollo integral 1988-1994” (17 de octubre de 1988). Diario Oficial del gobierno del estado de Yucatán, México. P. 39 y 90.

¹³⁴ “XI Censo General de Población y Vivienda 1990”, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

sobre la problemática que implicó este reacondicionamiento, que como se verá fue bastante improvisado.

María ilustra lo ocurrido en el municipio de Tahmek ubicado al centro del estado y muestra que algunas adecuaciones fueron meramente arreglos improvisados en algunos espacios, de dudosa utilidad, incluso ubicándonos en la época. En 1991, ella tenía 17 años de edad y recuerda que la unidad de salud del pueblo se mantuvo en cuarentena causando temor e incertidumbre entre la gente por lo contagioso que podía ser el cólera. En la improvisación del espacio, la clínica fue rodeada con sacos de manera que simulaban cortinas. En sus palabras: “sólo los médicos podían pasar, decían que era para separar a los enfermos, que porque podían contagiar a los demás”.¹³⁵

Lupita, quien trabajó en el municipio de Tixkokob, también recuerda el acondicionamiento, bastante precario, del área para pacientes de cólera que se hizo en la UMR. Dicha área se habilitó debido a la saturación en la clínica T1 del IMSS ubicada en Mérida. La UMR funcionó como clínica de apoyo, lo que muestra que, a pesar de que el grueso del personal médico se ubicaba en Mérida, tampoco fue suficiente.¹³⁶ Ante la falta de planeación y capacitación Lupita recuerda haber ayudado a acomodar catres y cubetas para atender a más de 20 personas simultáneamente; según su testimonio: “cuando nos dijeron llegar los primeros casos fue de 20 a 25 personas, ¡de un jalón! ¡puros traslados!”.¹³⁷ En otros lugares como Maxcanú el área de cólera se habilitó en la UMR ante la urgencia de atender la multiplicación de casos.¹³⁸

Es importante señalar que, a pesar de que algunos municipios contaban con una UMR, éstas se ubicaban en las cabeceras municipales, por lo que la gran mayoría de las comisarías carecían de acceso a ese servicio médico. Las dificultades que implicaba esta situación durante la pandemia del cólera, y en particular, los problemas de la falta de

¹³⁵ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a María el 5 de mayo de 2023 en Tahmek, Yucatán.

¹³⁶ Retomando el Plan estatal de desarrollo integral, en 1988 sólo habían 2, 020 médicos en Mérida en gran desproporción con los 556, 819 habitantes de la ciudad (contabilizados en 1990 por el INEGI).

¹³⁷ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Guadalupe el 15 de noviembre de 2023.

¹³⁸ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Mercedes el 18 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

ambulancias, las relata el testimonio de Juventino, quien se dedica al campo y actualmente tiene 64 años de edad. Él es nato de la comisaría de Kopté del municipio de Motul, ubicado al noreste de Yucatán. Cuando él tenía 31 años, escuchó que la gente se debía cuidar para no enfermar de cólera. Recuerda que la gente se notó preocupada porque en la comisaría no contaban con servicios médicos. Fue testigo de que en esas fechas (1991), si una persona enfermaba de gravedad, como lo fueron los “shoks” por la deshidratación a causa de las diarreas que provocaba el cólera, algún familiar tenía que encontrar la manera de trasladar al enfermo. Lo más usual era transportarse en motocicleta, carro particular y, en casos desesperados, triciclo. Juventino señaló que “era ver alguien que les echara la mano, porque así del servicio médico, doctores, ¡no había! Y pasaba que, llegando a Motul ¡tampoco te atienden! Porque decían que no había médicos en el IMSS, ¡Te mandan hasta Mérida!”.¹³⁹

Como se mencionó con anterioridad, la cobertura del servicio médico para derechohabientes del IMSS e ISSSTE en la ciudad de Mérida, garantizó contar con personal de salud e infraestructura hospitalaria en mejores condiciones. A continuación, a partir de una tesis de medicina, se describe lo ocurrido en la clínica ISSSTE. En “Cólera. (Estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal). Experiencia clínica y estudio epidemiológico de los primeros casos de cólera en el hospital regional ISSSTE de Mérida” (1993), la doctora Carmen Guillén hizo el seguimiento, en un lapso de 11 meses, de 277 pacientes que llegaron al hospital por diagnóstico de gastroenteritis. Después de las pruebas de laboratorio, 31 casos fueron clasificados como cólera. Dichos pacientes eran procedentes de colonias como Mulsay y Azcorra ubicadas al poniente y sur de la ciudad respectivamente. Tres casos fueron del puerto de Celestún situado al oeste del estado. Todos estos pacientes fueron sometidos a las pruebas después de haber presentado alguno de los siguientes síntomas: cinco o más evacuaciones, vómito, deshidratación, calambres musculares, dolor abdominal y cefalea. Doce de las personas fueron adultos mayores de 65 años de edad. En su tesis la doctora argumentó que dicha cifra se debió probablemente a “deficiencias en sus medidas higiénicas y a la renuencia

¹³⁹ Testimonio oral recopilado a través de un grupo focal realizado el 29 de noviembre de 2023 en Kopté, Yucatán.

a seguir las medidas preventivas”.¹⁴⁰ La Dra. Guillén argumentó esta afirmación explicando que 28 de los pacientes (90%) no hervían ni cloraban el agua de consumo, 11 (35%) practicaban defecación al aire libre y 12 (39%) acudieron a algún sitio o área donde existían casos de cólera.

El testimonio de Mercedes, quien fue enfermera en la UMR del municipio de Maxcanú, indica que las pruebas de laboratorio y la participación de los epidemiólogos en la unidad fueron posteriores a la temporada alta de casos de cólera. Ella recuerda que el equipo de trabajo estaba conformado por un médico, una enfermera y un intendente por turno. Ante el incremento de casos, un epidemiólogo, fue enviado a la UMR y estuvo a cargo de registrar, a través de cuestionarios, información de los pacientes. En los momentos críticos de emergencia y siendo insuficiente el personal “hasta el de intendencia nos ayudó, en más de una ocasión, a acomodar a los pacientes en las camas”, según sus propios términos.¹⁴¹

En el testimonio de Mercedes resaltó la insuficiencia de personal médico y, al mismo tiempo, la inexperiencia y falta de capacitación del mismo. Ella señaló que en la UMR de Maxcanú el médico encargado era un joven de 29 años recién egresado. El conocimiento teórico que Mercedes tenía acerca del cólera era muy poco. Sin embargo, su experiencia como enfermera en el tratamiento de cuadros diarreicos era amplio y bien conocido. Así, basándose en que la diarrea era el principal síntoma del cólera y ante la urgencia “actuamos como si se tratara de un cuadro agudo de diarrea, por lo que el tratamiento consistió básicamente en rehidratar”.¹⁴² Semejante es el testimonio oral de Lupita, quien dijo no haber recibido capacitaciones acerca del tratamiento en específico del cólera y que dicha enfermedad podía llegar a ser mortal. Lupita señaló lo siguiente: “se podría decir que ni el médico encargado de la clínica sabía muy bien, lo que sí

¹⁴⁰ Guillén, C. (1993). *Cólera. (Estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal). Experiencia clínica y estudio epidemiológico de los primeros casos de cólera en el hospital regional ISSSTE de Mérida.* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán] p. 36.

¹⁴¹ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Mercedes el 18 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

¹⁴² Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Mercedes el 18 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

sabíamos muy bien era como reconocer grados de deshidratación relacionados con diarreas, entonces de allá partimos para atender a la gente”.¹⁴³

Ambas enfermeras recuerdan que también fueron complicados los horarios de trabajo debido a la falta de personal. En el caso de Mercedes las jornadas llegaron a ser de hasta 16 horas y con breves descansos para ir a comer. Aunado a ello, era común que no llegaran los relevos del siguiente turno, por lo que debían cubrir más de una jornada. “Así pasamos los días, los meses, hasta que los contagios disminuyeron poco a poco”.¹⁴⁴

Las limitaciones del personal de salud profesional las señala Lupita, quien trabajó en la UMR de Tixkokob; ella coincide con que el personal médico no fue suficiente en proporción con el número de pacientes. Al inicio de la pandemia, los pacientes eran atendidos por un médico y una enfermera por turno. Posteriormente, un epidemiólogo también fue parte del equipo, pero como sus labores no implicaban atender directamente a los pacientes, sólo el médico y la enfermera debían tratar a las personas. “Por el exceso de trabajo pues te sientes muy cansada y estresada, pero creo que la adrenalina misma del día a día de ver que hay que atender a la gente urgentemente, te hace ser fuerte”. Semejante fue el caso de la UMR donde trabajó Mercedes, en Tixkokob, donde también figuró el personal de intendencia debido a que se le asignaron trabajos adicionales, como la vigilancia de la cantidad de fluidos evacuados, por los pacientes, en las cubetas.¹⁴⁵

Aunado a la falta de personal, el instrumental médico con el que contaban las UMR tampoco fueron suficientes. Por ejemplo, Mercedes atestiguó que, debido al bajo número de camas y al escaso personal para turnar la limpieza, la manta de los camastros usados para acostar a los pacientes se desgastó por el constante uso de cloro. En la entrevista, Mercedes señaló que: “no se lavaban o tallaban con profundidad, ¡no había tiempo!, sólo se les echaba cloro alrededor del círculo que tenían en la parte donde se colocaban los glúteos del paciente”. El desgaste de las camas provocó, en más de una

¹⁴³ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Guadalupe el 15 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

¹⁴⁴ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Mercedes el 18 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

¹⁴⁵ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Guadalupe el 15 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

ocasión, que se rompiera la tela y se cayeran los pacientes. “Era muy difícil porque hasta el de intendencia nos tenía que ayudar para levantarlos”. En otras ocasiones, la cubeta que iba debajo de la cama, que tenía como fin vigilar las evacuaciones, rebosaba.¹⁴⁶ Estas situaciones, como otras tantas, debían sortear las tres personas encargadas de cada turno en las UMR.

3.3.- Reflexiones contemplativas

En este capítulo se abordaron las campañas para el combate de la propagación del cólera, diseñadas por el SNS en México, con el objetivo de argumentar que fueron un instrumento para responsabilizar a la población acerca del cuidado que debían tener en cuanto a su higiene. Se demostró como este fenómeno influyó en los cambios de hábitos cotidianos de la población. La asociación enfermedad-suciedad legitimada en el discurso oficial en torno al cólera tuvo como efecto la asimilación generalizada de que cada individuo era responsable de cuidar su higiene, involucrando sentimientos como culpa, incertidumbre y miedo si no seguía las medidas (Loyola, 2007, p. 11).

En Yucatán, algunos ejemplos fueron: 1) el descenso en la compra de hortalizas, sobre todo de aquellas cosechadas en municipios donde se habían reportado casos como Ixil, Xcanatún y Umán, por miedo a que estuvieran contaminadas. 2) La injerencia del Estado en advertir y vigilar que la población dejara de tomar agua de pozo, desplazando su responsabilidad de garantizar que dicho líquido fuera potabilizado y distribuido con equidad en toda la entidad. Al mismo tiempo, en el área rural, es posible intuir que quienes no accedieron a clorar sus pozos con pastillas o cloro granulado, probablemente fueron culpados de los brotes. 3) La quimioprofilaxis practicada en municipios como Muna, más que tener un carácter preventivo, estuvo dirigida a toda persona enferma de diarrea. Este hecho además de que seguramente implicó miedo y preocupación entre la población, también insistió en la responsabilidad de tener que aceptar o no el tratamiento. La posible negación, llevaría a culpar al individuo de su enfermedad. 4) La argumentación médica de que los pacientes de 65 años o más enfermaban debido a deficiencias en sus hábitos higiénicos y a la renuencia de seguir

¹⁴⁶ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Mercedes el 18 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

las medidas como: dejar de beber agua de pozo, atenderse en las unidades médicas “a tiempo”, defecar al aire libre e, incluso, visitar municipios donde se habían reportado casos.

En este capítulo también se mostró que para la atención de enfermos de cólera en Yucatán la falta de personal médico profesional y la precariedad de la infraestructura de las UMR, fueron parte de la improvisación que definió la respuesta del sistema de salud ante el cólera. La disparidad en la coordinación de las UMR, las gestiones de los gobiernos municipales y estatales influyeron en que no hubiera un protocolo viable para el tratamiento de los brotes de cólera. Dichas respuestas pueden ser entendidas como resultado de los cambios, como la descentralización del sector salud, que resultaron de las reformas de Estado. A nivel local se abordaron ejemplos de cómo el sistema de salud, ante la falta de personal médico profesional en los municipios, recurrió a la sociedad civil para reforzar la vigilancia de las prácticas higiénicas. Mostrando así que “las medidas de corte neoliberal, permitieron minimizar los costos del control epidémico acentuando la responsabilidad individual en torno al contagio” (Loyola, 2007, p. 1).

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se demostró que la pandemia de cólera de 1991 fue una problemática, que, en la coyuntura de fines del siglo XX, influenciada y condicionada por la ideología hegemónica del neoliberalismo. Según Pazos (2002), después de la guerra fría, la disipación del campo socialista europeo y lo que se puede entender como la consolidación del mundo unipolar, la ideología neoliberal se extendió a amplios niveles. Un cambio coyuntural en el que “inmerso el mundo en una economía globalizada y sustentada por un pensamiento único, absoluto, irrefutable e incuestionable “el mercado es el que gobierna y el Gobierno quien administra lo que dicta el mercado”” (Estefanía en Pazos, 2002, p. 27).

Dicha ideología tecnócrata, con matices propios del Estado mexicano, dirigió las respuestas ante la pandemia. En México, y en Yucatán como la muestra local, la crisis sanitaria fue el contexto que influyó decisivamente en el brote de la enfermedad. A lo largo del trabajo se describieron tres condiciones de vulnerabilidad: las enfermedades gastrointestinales, la desnutrición y la falta de agua potable. Dicha caracterización permite exponer y documentar el riesgo al que se vio la población a enfermar de cólera. Es importante recalcar que, al focalizar la vigilancia y control de las conductas de los “pobres” se desplazó la importancia en interferir con medidas que redujeran el riesgo de que las aguas se contaminaran con *Vibrión Cholerae*, como el diseño de un sistema de drenaje y el manejo de aguas residuales.

En Yucatán esta problemática no se ha quedado en el pasado, como tampoco se han quedado en el pasado las enfermedades gastrointestinales. De hecho, según Hernández, Aguilera y Castro (2011, p. 138), “en 2001, la Secretaría de Salud (SSA) informó que las enfermedades gastrointestinales, ocasionadas por bacterias o parásitos, ocupaban la decimocuarta causa de fallecimientos en el nivel nacional”. Según cifras del IMSS en 2008 se reportaron 2 millones 188 consultas por enfermedades de este tipo (Hernández, Aguilera y Castro, 2011, p. 138). Lo que permite cuestionar las medidas gubernamentales y de política sanitaria para atender esta problemática.

El contexto local en el que se dio la pandemia explica las respuestas improvisadas dada la emergencia de disminuir los casos. En la prensa fue posible consultar los temas

que fueron de mayor atención y que desplazaron las noticias acerca de los casos de cólera. Resulta pertinente mencionar la reforma al artículo 130 constitucional que modificó las relaciones entre la Iglesia y el Estado, en ésta se reconoció una nueva figura jurídica, la “asociación religiosa”, sujeta al registro en la Secretaría de Gobernación. También se otorgaron derechos políticos y civiles más amplios a los ministros de los diversos cultos, como el derecho al voto, pero no a ser votado, que sólo los representantes de las asociaciones religiosas debían ser mexicanos, y no todos los ministros.

En la prensa local yucateca esta reforma captó la atención de la opinión pública por sobre la pandemia. La ex gobernadora Dulce Sauri recuerda que, en agosto de 1993, la visita a Yucatán del papa Juan Pablo II, representó la importancia de la reforma constitucional y una muestra de que las relaciones de México con el Vaticano se habían reestablecido. Dada la pandemia de cólera, la visita resultó ser un gran reto en cuanto a la gran movilidad de personas que implicó el evento. Con la llegada del Papa, se invirtió en trabajos de infraestructura, posiblemente para mostrar la imagen de una ciudad “libre de cólera”. La visita papal se tradujo en la inversión de la construcción de un nuevo fraccionamiento en la ciudad. Para evitar exponer las problemáticas en el estado; no fue casualidad que se procurara la conexión y abastecimiento de agua potable en la zona. La ex gobernadora recuerda que posterior a la visita del Papa, no se registraron casos de cólera, lo que se tomó como un buen augurio. “Conseguimos evitar el vibrión, y en muchos quedó en la memoria la relación de la visita del Papa con la contención del cólera”.¹⁴⁷

En el presente trabajo también se resaltó que, ante el panorama del alto índice de las enfermedades gastrointestinales en la población, sobre todo en niños pequeños, posiblemente las madres de familia reconocieron empíricamente los síntomas del cólera (diarrea, fiebre, vómitos y deshidratación) como algo “familiar”. Este hecho pudo ser una ventaja para los planes de organismos como la OPS porque, siendo “entrenadas” y “capacitadas” desde la óptica e intervención de estos organismos, ellas podían hacer

¹⁴⁷ Testimonio oral recopilado a través de una entrevista realizada a Dulce María Sauri Riancho el 18 de diciembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

frente a los problemas de salud de sus familias reduciendo los costos de atención médica especializada. Dar por hecho que el cólera era una enfermedad más, una diarrea como cualquier otra y que podía ser atendida en casa dejó, como otro recurso de autoatención, el conocimiento en la preparación y uso de sueros. Los cuales, como se mostró en el capítulo 2 fueron ampliamente recomendados y proporcionados por el sistema de salud.

Como se explicó en el capítulo 3 el tratamiento de enfermedades gastrointestinales era difundido a través de anuncios televisivos y publicaciones en la prensa por parte del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de que la población supiera qué hacer en caso de presentar dichos padecimientos. Un ejemplo, fue la opinión del médico Ignacio Villaseñor Urrea jefe de Medicina Preventiva del ISSSTE en Guadalajara quien sostenía que: “existen tres reglas en el tratamiento del niño, con enfermedad diarreica en el hogar, siempre y cuando no presente deshidratación, las cuales son: aumentar la ingesta de líquidos y ofrecer vida-suero-oral para prevenir la deshidratación y otros de alarma para evitar complicaciones graves que pongan en peligro la vida del niño. Los signos de deshidratación son ojos hundidos, poca cantidad de orina y color oscuro, boca y lengua secas, saliva espesa, respiración rápida e irritabilidad”. La responsabilidad que se les transfirió a las mujeres para velar por la vida de los más pequeños en el núcleo familiar es un hecho que deja en claro la idea de “hacer más con menos”.

Al mismo tiempo que la responsabilidad para “cuidarse y evitar el cólera” fue transferida a los individuos, el panorama en temas, como el manejo del agua potable y fuentes de abastecimiento, fundamentales para disminuir el riesgo de que el *Vibrión Cholerae* se propagara, seguían siendo pendientes en México y Yucatán. De acuerdo con una investigación acerca de los conflictos por el agua que tuvo como temporalidad de estudio de 1990 a 2002 ¹⁴⁸ se encontró que, en diversas regiones del país, los incrementos en el precio del agua fueron una de las medidas más solicitadas y, al mismo tiempo, una fuente de conflictos durante esa década. Esos cambios en el precio abarcaron desde la reducción de subsidios hasta el aumento de tarifas, e incluso la

¹⁴⁸ La investigación fue realizada en la Dirección General de Investigación en Política y Economía Ambiental (DGIPEA).

introducción de nuevos cobros por el recurso. Ese fenómeno ha generado tensiones significativas y ha sido objeto de controversia en diferentes comunidades y momentos. La gestión de la tarificación del agua se presentó como un desafío crucial que impactó directamente en la equidad y accesibilidad a este recurso vital (Sainz y Becerra, 2003, p. 65).

Actualmente, en Yucatán, el sistema de potabilización del agua sigue siendo desigual y no es garantizado para todos. Por ejemplo, el abastecimiento de agua potable de los municipios y comisarías son gestiones independientes a cargo de diversas comisiones. En algunos casos, el servicio es o llegó a ser gratuito, en otros lleva un costo, dicho servicio varía no sólo en precio sino también en la distribución, siendo común que las personas de algunos pueblos tengan que almacenar agua en botes o tambos cada que las bombas son activadas cada cierto horario. De acuerdo con Sainz y Becerra (2003, p. 66), “cuando la escasez de agua persiste se recurre a mecanismos de racionamiento como medida de mitigación. Este enfoque destaca la preferencia por soluciones basadas en la oferta, a pesar de las implicaciones ambientales y la necesidad de considerar medidas más equitativas para gestionar la demanda de agua”. Un testimonio que ejemplifica la problemática a nivel local es el testimonio de don Reyes, quien fungió como encargado del agua potable en la comisaría de Kopté ubicada en Motul, Yucatán. Él explicó “por esas fechas de los 90s que dices y desde antes, lo que había era un tanque elevado, nutrido por el pozo del centro, que hasta la fecha se puede ver, entonces ese tanque que se llenaba con una bomba, pues realmente ¡casi no se limpiaba! Porque, aunque se supone que también se cloraba el agua, pues una vez que subía se mezclaba con la suciedad y residuos que tuviera el tanque, en ocasiones pues hasta pájaros muertos, todo eso, lo que se hacía es abrir la llave dos veces al día, la gente tenía que estar pendiente para llenar sus cubos o tambores, cada quien tenía que acumular su agua”.¹⁴⁹

En Mérida la JAPAY tiene plantas potabilizadoras en varios sectores, sin embargo y ya como parte de un día a día actual, es común que el agua no sea suficiente para todos los habitantes. Cuando se habla del agua como un “bien” vital debe recordarse la

¹⁴⁹ Testimonio oral recopilado a través de un grupo focal llevado a cabo el 29 de noviembre de 2023 en Kopté, Yucatán.

historia y explotación del manejo desde la óptica mercantil que ha tenido este recurso. Así queda expuesta la falta de planeación para la ejecución de acciones que permitiesen reducir el riesgo de contagiarse de cólera.

Es importante insistir en los efectos de los procesos sociales como desencadenantes y agravantes de las pandemias. Es decir, que no se puede responsabilizar a la mutación y resistencia de virus y bacterias, en términos biológicos, como únicos causantes de las pandemias. Por ejemplo, en Perú, una gran posibilidad, resumida por Pazos (2002, p. 35), que pudo desencadenar la enfermedad, fue cuando un carguero procedente de China derramó agua de lastre probablemente con *Vibrio cholerae* en las costas peruanas. La bacteria pudo adaptarse en un medio de algas enriquecido con fósforo y nitrógeno, la gravedad fue que éstas eran procedentes de excrementos y de aguas residuales. Posteriormente, esas algas fueron extraídas e ingeridas por peces, moluscos y crustáceos, los cuales finalmente fueron consumidos por la población. Como refiere Pazos (2002, p. 35), “cada día se reconoce más, la incidencia de la actividad humana social, económica y ambiental, en los cambios de los elementos patógenos que propician sus acciones oportunistas en el desarrollo de diferentes procesos patológicos”.

Como se vio en los capítulos 2 y 3, los recursos no se destinaron para atender los problemas de los sistemas de desagüe ni de tratamiento de aguas y se optó por difundir campañas verticales y homogéneas de educación higiénica. En la ciudad de Mérida fue en 1981 cuando se intentó llevar a cabo por primera vez la construcción del drenaje, sin embargo, después de avanzar en la construcción del emisor y colectores en el centro, oriente y poniente, el proyecto se suspendió. Once años después, se tenían 8 sistemas de alcantarillado que operaban con deficiencias, contaban con 2985 conexiones domiciliarias que sólo daban servicio al 2% de la población.¹⁵⁰

A través de la prensa de inicios de 1992, es posible encontrar notas acerca del debate en torno al tentativo proyecto de la construcción del drenaje en la ciudad. En el Diario de Yucatán fue posible encontrar información acerca de algunas opiniones referentes al proyecto. Por ejemplo, el Dr. Heberto Méndez Cetina, quien fungía como

¹⁵⁰ “Primer paso del nuevo intento para el drenaje”, *Diario de Yucatán*, Yucatán, 16 de enero de 1992.

presidente del Colegio de Médicos de Yucatán, consideraba que, si bien el drenaje constituía un reto de ingeniería, ayudaría a reducir la mortalidad por males gastrointestinales. Bien enterado de que se trataba de una problemática de muchos años atrás este médico explicó: “El uso de los pozos como fosas sépticas propició elevados índices de contaminación, igual que el fecalismo al aire libre... la lluvia filtra la materia fecal y eso propicia la contaminación del agua, que mucha gente extrae del subsuelo al no contar con agua potable”.¹⁵¹ En el Diario de Yucatán se mencionó que el Banco Mundial estaba “dispuesto a financiar todo el drenaje”. Representantes en México de dicha institución admitían que se trataba de un proyecto complejo, en parte porque “en la ciudad hay un problema de contaminación de las fuentes de agua potable, que en estos momentos están en condiciones de propagar enfermedades como el cólera”.¹⁵²

Como se describió en el capítulo 3, las campañas evadieron la responsabilidad en admitir la vulnerabilidad que implicaba no contar con suficiente infraestructura y servicio médico especializado en las comisarías y municipios de Yucatán. Como se vio, hicieron hincapié en la importancia de reconocer los síntomas para poder “tratarlos a tiempo”, “evitar deshidrataciones tomando suero” y “recuperarse en casa”. Este hecho, de trasladar la responsabilidad a los individuos, resulta bastante familiar en tiempos actuales, con la recién pandemia de COVID-19. A grandes rasgos, cuando llegó la pandemia de COVID hubo un apogeo, bastante desesperado, por el uso de gel antibacterial y otros productos “sanitizantes” en espacios privados y públicos. Estas respuestas siguen mostrando la continuidad de la vulnerabilidad en aspectos bastante básicos, como el acceso al agua potable, que podrían reducir el riesgo de padecer enfermedades infectocontagiosas. También evidencian cómo se da por hecho que cada persona es responsable de no enfermarse y la idea construida históricamente de que la higiene es sinónimo de “saludable”.

Este hecho se evidencia con que, a través de la prensa, fue posible notar el interés de organismos internacionales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en el impulso de propuestas comunitarias bajo el enfoque de educar a la

¹⁵¹ “El drenaje, una obra que también reducirá la mortalidad por males gastrointestinales”, *Diario de Yucatán*, Yucatán, 20 de enero de 1992.

¹⁵² “El Banco Mundial dispuesto a financiar todo el drenaje”, *Diario de Yucatán*, Yucatán, 18 de enero de 1992.

población en cuestiones sanitarias. Por ejemplo, Emma Robson, una de las entonces voceras del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en algunas publicaciones sostuvo: “los habitantes de las áreas rurales deben aprender a utilizar los grifos, los retretes, el jabón y el agua. Los promotores deben conocer lo que impresiona a la gente y adaptar los mensajes educativos a las condiciones locales”. Argumentaba que:

[...] el sondeo de la cultura y de las creencias locales, antes de planear un proyecto de aguas y sanidad y la consiguiente campaña higiénica, toma tiempo, pero vale la pena. Hay muchos ejemplos de fracasos derivados de la imposición de tecnologías a la gente, sin una educación que la adapte a ellas: retretes utilizados como cuartos de herramientas u obstruidos con piedras y tierra y, desde luego, la quintaesencia de los símbolos, la bomba de agua estropeada. Millones de personas en los países en vías de desarrollo contraen estas enfermedades debilitantes, sencillamente porque no se les enseña a utilizar los instrumentos sanitarios, proporcionados por los donantes y los gobiernos.¹⁵³

Las campañas del SNS tampoco consideraron las características geográficas de cada municipio, las cuales eran importantes para medir qué tanto riesgo había de contraer cólera; ya que no fue el mismo riesgo en la costa que en la capital. Por ejemplo, el riesgo en una zona dedicada a la horticultura como Ixil, por sus cebollitas, cilantro, rábano, etc. debió haber implicado mayor atención a las fuentes hídricas que se destinaban al riego de las plantaciones.

Tomar agua de la llave, sin hervir, incluida la extraída de los pozos, era una práctica común en Yucatán y no única de la “gente pobre”. Sin embargo, se atribuyó dicha conducta como inadecuada y única del área rural. El conocimiento maya acerca de las diarreas y su tratamiento, llamado *Sac Tá* (excremento blanco) aparentemente usual y común que a los niños les diera, por ingerir, sobre todo bebidas frías de modo abrupto, después de los alimentos calientes. Tiene que ver con la dualidad de lo frío y caliente en el entendimiento maya. El tratamiento de las diarreas infantiles era con base en plantas.

Esto forma parte del conocimiento previo a nivel local que se tenía para tratar diarreas. Se puede distinguir que, en esta lógica las causas no son el agua contaminada

¹⁵³ “La educación sanitaria por Emma Robson”, *El Informador*, Jalisco, 9 de mayo de 1991.

ni los alimentos preparados con poca higiene. Es a partir de la pandemia de cólera, como lo refirieron los testimonios de las personas de Kopté y las enfermeras, que hubo miedo en cuanto a ingerir agua de pozo sin hervir. Y es, en este punto donde cobran relevancia las campañas de supuesta prevención donde se mencionaba al agua contaminada como vía de contagio y los alimentos preparados en la calle. Vale la pena reflexionar en si más que preventivas fueron las campañas del miedo.

El presente trabajo también permitió reflexionar acerca de la importancia de profundizar en temas de la historia reciente. Así, investigar acerca de una pandemia en particular como el cólera, llevó a la comprensión de cómo se construyó el papel individual y la responsabilidad para tener “buenas conductas higiénicas”. Así mismo, se pudo aportar un trabajo que documenta una pandemia poco profundizada desde las ciencias sociales.

Algunas preguntas y temas que quedan pendientes después de la discusión antes presentada son: ¿Por qué, en años recientes, no existen muchas investigaciones en México de corte histórico de la pandemia de cólera de 1991? Acaso esta pandemia, al estar empalmada contextualmente con la de SIDA ¿no ha sido de interés particular? ¿Cuáles son los cambios habidos en el estado de Yucatán para reducir el riesgo ante un nuevo brote en la actualidad? ¿Cuál es el papel de la historia reciente en la construcción de la memoria sanitaria? ¿Cómo confluyen en la práctica la historia y la antropología social en el estudio de las pandemias?

Bibliografía

- Abrantes, R. (2010). *Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado: grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000*. El Colegio de Michoacán.
- Abella, G. (1992). La política exterior de México en el gobierno de Carlos Salinas de Gortari: ¿una nueva concepción?. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 37 (148), 63-76.
- Acosta, F. (2010). De Pronasol a Oportunidades: política social y persistencia de la pobreza en México. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*, (11), 231-246.
- Alpuche Pinzón, G. (1982). *Plan de Desarrollo Estatal 1982-1988*. Gobierno del Estado de Yucatán.
- Angelotti Pasteur, G. (2018). La fiebre Chikungunya en Yucatán: testimonios, indicios y prolegómenos de una campaña mosquito céntrica. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Barua, D. y Cvjetanovic´, B. (1971). El cólera en el periodo 1961-1970, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 71(1), julio. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10985>
- Barquera, S., Rivera-Dommarco, J., Gasca-García, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Publica de México*, 43 (5), 464-477.
- Bechis, M. (2009). Conferencia en el Instituto Superior de Enseñanza “Dr. Joaquín V. González”, Auditorio, *Revista TEFROS*, 7 (1-2), 1-13.
- Bracamonte, P., Lizama J. (2003). Marginalidad indígena: una perspectiva histórica de Yucatán. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 13, 83-98.
- Cortés, I. (2024). Las Juntas Auxiliares de Sanidad y la salud pública en el Yucatán rural de la posrevolución. *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 10 (19), 319-338.
- Cortés, I., Peniche, P. (2023). Políticas de salud para la atención a pueblos indígenas. El caso de las auxiliares de salud mayas en la región oriente del estado de Yucatán, México. *Estudios de Cultura Maya*, 62, 327-358.
- Cueto, M. (2004). The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care.

- American Journal of Public Health*, 94 (11), 1864-1874.
- Cueto, M. (1998). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Chávez-Villasana, A., González-Richmond, A., Cífontes, E., Bautroni, L., Madrigal, H., Martínez, E., y Mata, A. (1988). Alcances del sistema de paquetes selectivos en 105 programas de atención primaria. *Salud Pública México*, 30 (3), 447-462.
- Concepción Montiel, L. (2006). *El discurso presidencial en México. El sexenio de Carlos Salinas de Gortari*. Universidad Autónoma de Baja California, Miguel Ángel Porrúa, Introducción, pp. 17-52.
- Cuevas, A. (2014). *Vulnerabilidad social vs. resiliencia: un acercamiento a partir de las ciencias sociales para el estudio de procesos de riesgo de desastres en Reflexiones y expresiones de la vulnerabilidad social en el sureste de México* coordinado por Denise Soares, Gemma Millán e Isabel Gutiérrez. Instituto Mexicano de Tecnología del Agua. 16-30.
- Diario Oficial del gobierno del estado de Yucatán, "Plan estatal de desarrollo integral 1988-1994" (17 de octubre de 1988). México.
- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo*. Buenos Aires, Paidós.
- Gangarosa, E y Mosley, W. (1972). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 72(2), febrero. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10906>
- García, A., y Morales, J. (2000). Dinámica regional de Yucatán 1980-2000. *Boletín del Instituto de Geografía de la Universidad Autónoma de México*, (42), 157-172.
- García Acosta, V. (2005). El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos. *Desacatos*, (19), 11-24.
- Guillén, C. (1993). *Cólera. (Estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal). Experiencia clínica y estudio epidemiológico de los primeros casos de cólera en el hospital regional ISSSTE de Mérida*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].
- Grodos, D., y Béthune, X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. *Cuadernos médico sociales*, 26 (9), 71-85.
- Hernández, C., Aguilera, G. y Castro, G. Situación de las enfermedades

- gastrointestinales en México. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 31 (4), 137-151.
- Illescas, C. (1992). *Evaluación de la quimioprofilaxis familiar en el control del cólera en la UMR "S" No. 21 Uayalceh, del 1 de diciembre de 1991 al 11 de enero de 1992*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, "XI Censo General de Población y Vivienda 1990", México. https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv90_pt
- "VIII Censo General de Población 1960", <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1960/#tabulados>
- José, M., Kumate, J., y Barnard, A. (1989). La atención primaria de salud como instrumento de desarrollo en México. *Salud Pública México*, 31 (2), 177-184.
- Juárez-Ramírez C, Théodore FL, Gómez-Dantés H. (2021). La vulnerabilidad y el riesgo: reflexiones a propósito de la pandemia del covid-19. *Rev Esc Enferm USP*. 1-9.
- Kumate, J., Sepúlveda, J., Wolpert, E., Juan, M., Fonseca, G., y Tapia, R. (1992). *Manual para la vigilancia epidemiológica del cólera en México*. Secretaría de Salud, México.
- Laurell, A. (1994). Pronasol o la pobreza de los programas contra la pobreza. *Nueva Sociedad*, (131), 156-170.
- Lavell, Allan. (s/a). Sobre la Gestión del Riesgo: Apuntes hacia una Definición. 1-22, <https://desastres.unanleon.edu.ni/pdf/2004/mayo/PDF/SPA/DOC15036/doc15036-contenido.pdf>
- Leal-Rodríguez, R., Lira-Zumbardo, R., Martín-Montero, C., Mañé-Rendón, M., Morales-Maldonado, M., Novelo-Lara, J., Vázquez, C., Puerto, F. (1998). Prevalencia de *Vibrio cholerae* entre los habitantes de una comunidad posterior a una epidemia de cólera en el estado de Yucatán, México. *Rev Biomed*, 9, 23-25.
- Lonappan, S., Golecha, R., Nair, B. (2020). Contrasts, contradictions and control of cholera. *Vaccine*, 38 (1), A4-A6.
- López-Arellano, O., y Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en

- México. *Cad. Saúde Pública*, 17 (1), 43-54, <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>
- Llopis A. y Halbrohr J. (1991). Antecedentes históricos del cólera en las Américas. *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*; 12(1). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38953>
- Loyola, S. (2007). Epidemias de Fin de Siglo: Cólera y Sida. El imaginario social en el control epidémico. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población, 1-12.
- Luna Kan, F. (1980). *Yucatán cuarenta años de servicios de salud pública 1940-1980*. Gobierno del Estado de Yucatán.
- Luna Kan, F. (1978). Plan estatal de desarrollo urbano: Yucatán, versión abreviada. Gobierno del Estado.
- Malvido, Elsa y Cuenya Miguel Ángel. (1991). El cólera en Puebla en el siglo XIX, *Revista Ciencias*, (24), 51-56.
- Mariezkurrena, D. (2008). La historia oral como método de investigación histórica. *Gerónimo de Uztariz*, 23 (24), 227-233.
- Mata, W. (1992). *Cólera. Características clínico-epidemiológicas en las UMR IMSS Solidaridad (Uayalceh, Sacalum, Cepeda)*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].
- Menéndez, Eduardo (2005). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales, *Salud Colectiva*, 1(2), 195-223.
- Molina del Villar, América (2018). Fuentes y abordajes metodológicos en el estudio de las epidemias: el caso mexicano, *Revista Electrónica de Fuentes y Archivos*, 9 (9), 78-95.
- Montalvo, P. (1992). *Impacto de la campaña de información sobre medidas preventivas contra el cólera en los hábitos higiénicos y de salud de la comunidad de Tixkokob, Yucatán*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de salud pública. *Salud Pública*, 49 (54), 49-54.
- Pazos Beceiro, C. (2002). La globalización económica neoliberal y su incidencia en la salud. *Rev. Cubana Salud Pública*, 28(1), 22-37.
- Peniche, Paola. (2016). *El cólera morbus en Yucatán: medicina y salud pública, 1833-*

- 1853, CIESAS, MAPorrúa, Librero-Editor.
- Peña, L. (1992). *Cólera: manejo integral de un brote de cólera en Muna Yucatán*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].
- Poot, E. (2013). *De partido opositor a opción de gobierno. Orígenes y consolidación del Partido Acción Nacional como alternativa electoral en la ciudad de Mérida: 1960-1995*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Raska, K. (1971). Vigilancia y medidas de lucha contra el cólera. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 71(2), agosto. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10977>
- Roberto, D., y Vidal, C. (1997). *A pesar de todo...sólo tiene cólera quien quiere tenerlo*. Organización Panamericana de la Salud.
- Sainz, J. y Becerra, M. (2003). Los conflictos por el agua en México. *Gaceta Ecológica*, (67), 61-68.
- Sauri, D. (2016). *Élites y desigualdad regional. Los casos de Yucatán y Nuevo León*. [Tesis de doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social] <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/627/1/TE%20S.R.%20206%20%20Dulce%20Ma%20Sauri%20Riancho.pdf>
- Sánchez, R., y Pérez, I. (2014). Cólera: historia de un gran flagelo de la humanidad. *Humanidades Médicas*, 14 (2), 547-569.
- Stevenson, Edward G J, Buffavand Lucie y Keestra Sarai M. (2021). Pensar a contracorriente: análisis crítico de un brote de cólera en Etiopía. *Revista migraciones forzadas*, 15-18.
- Tejeda, J. (2011). Biopolítica, control y dominación. La biopolítica y las nuevas áreas de indagación. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 18 (52), 77-107.
- Valdés Gázquez, M. (2021). Vulnerabilidad social, genealogía del concepto. *Gazeta de Antropología*, 37 (1), 1-12.
- Valdez, R. (1993). *El cólera: enfermedad de la pobreza*. Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Valdivia Rey, M. (2014). *Sensacionalismo, prejuicios y estereotipos en los diarios limeños durante la epidemia de cólera de 1991*. [Tesis de licenciatura, Pontificia

Universidad Católica del Perú] <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5591>

Velázquez, G. (2016). Voces ausentes y presentes: testimonio y representación en la historia oral. *Historia y Grafía*, 23 (46), 211-232.

Velázquez Hernández, E. (2023). ¿Cómo se construye el pasado? Reflexiones desde una etnografía histórica en el istmo veracruzano. *Alteridades*, 33 (65), 21-33.

Zoysa, I., Feachem, R. (1986). Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años: Quimioprofilaxis, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 100 (1), 47-76.

Boletines, informes, programas y normas

Boletín Mensual Epidemiología, Sistema Nacional de Salud:

“Situación del cólera en México 1991”, vol. 7, núm. 1, enero 1992, 7-9.

“Informe anual de casos nuevos de enfermedades 1991-1992”, vol. 8, núm. 5, mayo 1993, 76-79.

Boletín de Morbilidad y Mortalidad, Epidemiología, SINAVE:

“Información mensual de casos nuevos de enfermedades seleccionadas”, mayo 1994, semana 20, vol. IX, núm. 17, 27-36.

Boletín de Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica:

“Casos nuevos por entidad federativa de enfermedades diarreicas agudas hasta la semana 52 de 1995”, núm. 27, vol. 12, semana 52, del 24 al 30 de diciembre de 1995, 7.

“Casos nuevos por entidad federativa de enfermedades diarreicas agudas hasta la semana 52 de 1996”, núm. 52, vol. 13, semana 52, del 22 al 28 de diciembre de 1996, 7.

“Casos nuevos por entidad federativa de enfermedades diarreicas agudas hasta la semana 53 de 1997”, núm. 53, vol. 14, semana 53, del 28 de diciembre de 1997 al 3 de enero de 1998, 8.

“Casos nuevos por entidad federativa de enfermedades diarreicas agudas hasta la semana 52 de 1998”, núm. 52, vol. 15, semana 52, del 27 de diciembre de 1998 al 2 de enero de 1999, 8.

- “Casos nuevos por entidad federativa de enfermedades diarreicas agudas hasta la semana 52 de 1999”, núm. 52, vol. 16, semana 52, del 26 de diciembre de 1999 al 1 de enero del 2000, 8.
- “Casos nuevos por entidad federativa de enfermedades diarreicas agudas hasta la semana 52 del 2000”, núm. 52, vol. 17 semana 52, del 24 al 30 de diciembre del 2000, 8.
- “Casos por entidad federativa de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias del Aparato Digestivo hasta la semana epidemiológica 52 del 2001”, núm. 52, vol. 18, semana 52, del 23 al 29 de diciembre del 2001, 8.
- “Condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. Volumen I” (1986). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52887>
- “Indicadores demográficos de la República Mexicana, en el año 1991”, Consejo Nacional de Población, https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/Mapa_Ind_Dem23/index_2.html.
- “Indicadores y Noticias de Salud. Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas Informe de actividades, 1993-1994” (1994). *Salud Pública de México*, 36 (5), 552-561.
- “Indicadores de pobreza por ingresos, según entidad federativa (porcentaje), 1990-2014” (2014). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
- “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud”, Banco Mundial, Washington, 1-19.
- “Informe del director: Cuadrienal 1982-1985; anual 1985” (1986). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/37409>
- “La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en América Latina y el Caribe en el período 1965-1990” (1991). Organización Panamericana de la Salud, 12 (3), 1-5.
- “La situación del cólera en las Américas” (1994). Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico, 15 (1), 13-16. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/37322>

“Norma Técnica número 339 para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera” (16 de agosto de 1991). Diario Oficial de la Federación, México.

Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, “Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización”, (18 de enero de 1996).

“Programa Nacional de Salud 1990-1994” (11 de enero de 1991). Diario Oficial de la Federación, México.

“Programa Nacional de Aprovechamiento del Agua 1991-1994” (5 de diciembre de 1991). Diario Oficial de la Federación, México.

“Programa Nacional de Alimentación 1990-1994” (23 de agosto de 1990). Diario Oficial de la Federación, México.

“Porcentaje de la población con servicio de agua entubada por entidad federativa, 1990, 2000, 2005, 2010 y 2015”. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), México.

Sauri Riancho, Dulce María, “Hechos con un nuevo trato. IV informe de gobierno” (enero de 1992). Mérida, Yucatán.

Hemerografía

“El BID exhorta a los gobiernos de América Hispana a atender el problema de la pobreza”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 30 de marzo de 1992.

“Tratamiento para combatir el mal. Diarreas elevan la mortalidad infantil”, *Por Esto!*, Tabasco, 31 de marzo de 1991.

“La vitamina A salvaría a millones de niños del Tercer Mundo”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 25 de enero de 1992.

“Burocratismo, desorganización y programas con miras político-electorales, agravan la desnutrición”, *Proceso*, México, 27 de octubre de 1990.

“Sin acceso a agua entubada 4.5 millones de personas”, *El Economista*, 21 de junio de 2023, <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Sin-acceso-a-agua-entubada-4.5-millones-de-personas-20230621-0011.html>

“La CNA ya aprobó su aportación económica para obras de agua potable en el Estado”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 16 de enero de 1992.

“Nueva queja por fallas en una red de agua potable”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 14 de enero de 1992.

“Campaña de la JAPAY para acabar con las fugas y evitar más desperdicios de agua”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 16 de enero de 1992.

“Males gastrointestinales causa de muerte en los niños”, *El Informador*, Guadalajara, 28 de junio de 1991.

“Conasupo distribuirá suero oral por la temporada de calor. Prevén la deshidratación en infantes”, *Por Esto!*, Mérida, 23 de marzo de 1991.

“Yucatán, uno de los estados en donde se agudiza la desnutrición”, *Diario del Sureste*, Mérida, 30 de mayo de 1991.

“Deficiencias en la educación alimenticia”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 18 de marzo de 1992.

“Concluyen las jornadas de puericultura. Desde 1985, Yucatán ocupa el primer lugar nacional en desnutrición infantil-afirman”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 21 de marzo de 1992.

“Debe “ablandarse” el agua de consumo humano”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 19 de marzo de 1992.

“El combate al cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 7 de octubre de 1991.

“El Banco Mundial dispuesto a financiar todo el drenaje”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 18 de enero de 1992.

“Medidas a nivel mundial de la OMS contra el cólera”, *El Informador*, Guadalajara, 26 de abril de 1991.

“86 muertos y 12000 afectados en Perú. Se multiplican las medidas contra el cólera”, *Diario de Yucatán*, El mundo al día, Mérida, 14 de febrero de 1991.

“La OMS advierte que el cólera se aproxima a Centroamérica”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 28 de febrero de 1991.

“Alerta en Guatemala, Colombia y Ecuador por el mal colerino”, *Por Esto!*, Internacional, Mérida, 28 de marzo de 1991.

“Descartan que en México se presente epidemia de cólera”, *El Informador*, Guadalajara, 19 de febrero de 1991.

“¿México estará preparado para enfrentar al cólera?”, *El Informador*, Guadalajara 26 de abril de 1991.

“México adopta medidas especiales contra la epidemia de cólera que afecta a Perú”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 12 de febrero de 1991.

“Vigilan los aeropuertos. Medidas para impedir que el cólera entre a Quintana Roo”, *Diario de Yucatán*, Sección Peninsular, Mérida, 12 de febrero de 1991.

“Tres, los muertos por el cólera en México: Ssa”, *La Jornada*, México, 9 de agosto de 1991.

“Detectan brote de cólera en el Estado de México”, *El informador*, Guadalajara, 25 de junio de 1991.

“Extremen medidas sanitarias en SLP ante probable brote de cólera”, *El informador*, Guadalajara, 20 de julio de 1991.

“Podrían presentarse casos de cólera en Tlaxcala”, *El informador*, Guadalajara, 22 de julio de 1991.

“Temen que el cólera haya entrado a Veracruz”, *El informador*, Guadalajara, 21 de julio de 1991.

“Detectan 21 casos de cólera en el D.F.”, *El informador*, Guadalajara, 11 de septiembre de 1991.

“Aumentaron a tres los casos de cólera”, *El informador*, Guadalajara, 30 de octubre de 1991.

“Inconsistentes datos sanitarios”, *Por Esto!*, Mérida, 1 de diciembre de 1992.

“La miseria, reguero de pólvora para el fuego del cólera; afecta a 16 estados de México”, *Unomásuno*, México, 14 de noviembre de 1991.

“Una persona originaria de Puebla, primer caso de cólera en Yucatán”, *Diario del Sureste*, Mérida, 25 de septiembre de 1991.

“Confirmado el segundo caso de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 29 de septiembre de 1991.

“Oficial: ya suman 27 los casos de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Sección Local, Mérida, 9 de octubre de 1991.

“Se detectaron 13 casos de cólera en Yucatán los pasados 7 días”, *Excelsior*, Sección Estados, México, 16 de octubre de 1991.

“En el asilo de Hunucmá hospitalizan a 3 ancianos que contrajeron el cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 4 de enero de 1992.

“El 5to caso de cólera en 1992, en Chuburná Puerto”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 17 de enero de 1992.

“Extremaman medidas contra el cólera en Chuburná Puerto”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 18 de enero de 1992.

“Reportan 13 casos más. Aseguran que en Muna el cólera ya cobró una víctima”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 29 de enero de 1992.

“Que ya detectaron 25 casos más de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 23 de febrero de 1992.

“Informa Servicios Coordinados de Salud. De los 12 casos de cólera detectados en febrero uno corresponde al norte de Mérida”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 5 de marzo de 1992.

“En lo que va del año se registraron 372 casos de cólera en Yucatán, informa el sector Salud”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 25 de septiembre de 1992.

“Detectan cinco casos de cólera en Quintana Roo. Piden extremar medidas sanitarias”, *Por Esto!*, Mérida, 26 de junio de 1992.

“Alta e inesperada incidencia de cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 8 de agosto de 1992.

“Que se detectaron en ocho meses 559 casos de cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 10 de octubre de 1992.

“A pesar del brote de cólera en Ixil viven en completa calma”, *Diario del Sureste*, Mérida, 27 de septiembre de 1991.

“El “cólera” en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Sección Local, Mérida, 28 de septiembre de 1991.

“El agua, probable fuente del contagio del cólera en Yucatán”, *Diario de Yucatán*, Sección local, Mérida, 27 de octubre de 1991.

“Incautan productos alimenticios peruanos”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 12 de febrero de 1991.

“Panuchos sin cebolla...aplicarán 10 medidas en la prevención del cólera”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 2 de octubre de 1991.

“Salubridad lo niega, pero horticultores dicen que por escrito les prohibió vender”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 8 de octubre de 1991.

“La higiene también responsabilidad del comprador. La venta de hortalizas en el Mercado Grande cayó a “los niveles más bajos de la historia””, *Diario de Yucatán*, Mérida, 8 de octubre de 1991.

“Medidas aisladas y presunta falta de coordinación, las características del “cordón sanitario” en Ixil”, *Diario de Yucatán*, Mérida, 26 de septiembre de 1991.

“No hay epidemia de cólera en Yucatán. Combatidos casos diarreicos que fueron detectados en este Estado”, *Diario del Sureste*, Mérida, 29 de septiembre de 1991.

Comerciales de campañas disponibles en línea

“El cólera se puede curar si se atiende a tiempo”, Sistema Nacional de Salud, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=EDKqnaxJYeA> consultado el 23 de octubre de 2023.

“Ayúdanos a protegerte”, infografía publicada en el Diario del Sureste, Mérida, Yucatán, enero de 1992.

“¡Aguas con las enfermedades gastrointestinales!, Instituto Mexicano del Seguro Social, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=gKgU0m0-9Ng> consultado el 23 de octubre de 2023.

“Por la salud, manos a la obra”, Instituto Mexicano del Seguro Social, disponibles en <https://www.youtube.com/watch?v=EMnLCVsFZus> y <https://www.youtube.com/watch?v=GrY1HwdDLdc> consultados el 23 de octubre de 2023.

“¡Corte! corte hay que darle, pero al cólera...tú puedes darle corte al cólera”, Secretaría de Salud, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=SA6KEu63nxA> consultado el 25 de octubre de 2023.

“Por un México saludable”, Secretaría de Salud, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=zsZUU3czMrg> consultado el 25 de octubre de 2023.

“Todos contra el cólera con las 4 acciones”, Secretaría de Salud, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=9DtvkaDbdiU> consultado el 25 de octubre de

2023.

Testimonios orales

Entrevista realizada a María el 5 de mayo de 2023 en Tahmek, Yucatán.

Entrevista realizada a Guadalupe el 15 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

Entrevista realizada a Mercedes el 18 de noviembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

Grupo focal llevado a cabo el 29 de noviembre de 2023 en Kopté, Yucatán cuyos participantes fueron: Yadhira, José y Juventino.

Entrevista realizada a Dulce María Sauri Riancho el 18 de diciembre de 2023 en Mérida, Yucatán.

Aquí, aunque aparentemente no caben, escribí mis pensamientos
Aquí fue, aunque no sale el arcoíris, donde imaginé tener un gran día
Intenté mirar el amanecer
Pero me quedé dormida hasta tarde
Me excusé en que el atardecer es similar al amanecer