



NOTAS SOBRE EPIDEMIAS, ENDEMIAS Y PANDEMIAS

NOTAS SOBRE EPIDEMIAS, ENDEMIAS E PANDEMIAS

NOTES ON EPIDEMICS, ENDEMIC AND PANDEMIC

Valeria Daniela Macía

Correo electrónico

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (UNJu)

Centro de Investigaciones sobre Cultura y Naturaleza Andinas (CICNA)

Resumen

La irrupción de la pandemia por SARS-COV-2 sin dudas significó un punto de ruptura para nuestra cotidianidad y la de nuestros sistemas. Este evento generó un escenario diferente al del último siglo y medio en términos de presencialidad educativa. El presente trabajo recupera algunas notas respecto a la evolución en el tratamiento de focos de epidemias, endemias y pandemias surgidos en el siglo XX, ahondando en el devenir del rol del Estado y dos de sus ejes institucionales centrales, vinculados al binomio salud y educación. En estas líneas se propone pensar este fenómeno desde la perspectiva de la Historia de la Educación con un enclave regional, analizando fuentes históricas que permitan profundizar en el conocimiento de las políticas implementadas entre 1937 y 1946 en términos de salud y educación en Jujuy, con el objetivo de echar luz sobre la presente coyuntura. Transversalmente se analizan los modelos en el campo de la salud, la concepción de sujeto y de enfermedad. A lo largo del trabajo, se pone en evidencia que, históricamente, el sistema de salud se apoyó en la escuela para superar enfermedades, como parte de los mecanismos de control y vigilancia inherentes a estos procesos, como así también se pone de relieve la importancia de la principalidad del rol del Estado como garante de derechos.

Palabras clave: Sistema de Salud, Escuela, Sujetos, Pandemia, Estado

Resumo

A eclosão da pandemia de SARS-COV-2 sem dúvida significou um ponto de ruptura para nosso cotidiano e nossos sistemas. Este evento gerou um cenário diferente a do último século e meio em relação a presencialidade educativa. O presente trabalho recupera algumas referências a respeito da evolução no tratamento de focos de epidemias, endemias e pandemias surgidos no século XX, investigando o futuro do papel do Estado e dois de seus eixos institucionais centrais, vinculados ao binômio saúde e educação. Nestas linhas, se propõe pensar este fenômeno desde a perspectiva da história da educação com um enfoque

Valeria Daniela Macía

NOTAS SOBRE EPIDEMIAS, ENDEMIAS Y PANDEMIAS



regional, analisando fontes históricas que permitam aprofundar no conhecimento das políticas implementadas entre 1937 e 1946 em relação a saúde e educação em Jujuy, com o objetivo de lançar luz sobre a presente conjuntura. Transversalmente se analisam os modelos no campo da saúde, a concepção de sujeito e de enfermidade. Ao largo do trabalho, se põe em evidência que, historicamente, o sistema de saúde se apoiou na escola para superar enfermidades, como parte dos mecanismos de controle e vigilância inerentes a estes processos, como assim também se coloca em relevo a importância principal do papel do Estado como garantidor de direitos.

Palavras-chave: Sistema de Saúde, Escola, Sujeitos, Pandemia, Estado

Abstract

The outbreak of the SARS-COV-2 pandemic undoubtedly meant a breaking point for our daily lives and that of our systems. This event generated a different scenario from the last century and a half in terms of educational presence. This paper recovers some notes regarding the evolution in the treatment of outbreaks of epidemics, endemics and pandemics that emerged in the 20th century, delving into the future of the role of the State and two of its central institutional axes, linked to the binomial health and education. In these lines, it is proposed to think about this phenomenon from the perspective of the History of Education with a regional enclave, analyzing historical sources that allow deepening the knowledge of the policies implemented between 1937 and 1946 in terms of health and education in Jujuy, with the objective of shedding light on the present conjuncture. The models in the field of health, the conception of the subject and the disease are analyzed cross-sectionally. Throughout the work, it is evident that, historically, the health system relied on the school to overcome diseases, as part of the control and surveillance mechanisms inherent to these processes, as well as the importance of the main role of the State as guarantor of rights.

Keywords: Health System, School, Subjects, Pandemic, State



Introducción

Con el objeto de pensar y echar luz sobre la actual coyuntura provocada por el virus SARS-CoV-2, en el siguiente escrito se propone recuperar similares experiencias del pasado, para pensar juntos el presente y proyectarnos hacia el futuro.

El contexto de Pandemia puso de manifiesto la insuficiente capacidad de los sistemas de salud y las desigualdades estructurales presentes en distintas regiones del mundo. Según datos de la OMS “*al menos la mitad de la población mundial sigue careciendo de cobertura completa de los servicios de salud esenciales, y más de 800 millones de personas destinan al menos el 10 % del presupuesto familiar a gastos sanitarios*” (OMS, 2021). Si algo resulta evidente frente a este clima de confusión y vorágine es lo importante de contar con un Estado presente.

Cabe preguntarse ¿qué aporta la perspectiva de la Historia de la Educación Regional a la Historia del Sistema de Salud en Jujuy, como así también a la lectura de la realidad actual? Y, por otra parte, ¿qué relación existió históricamente entre la Escuela y el sistema sanitario?

En el presente artículo se exhumaron circulares del Archivo Histórico de Educación de la provincia de Jujuy, del periodo abarcado entre los años 1937-1946, con el fin de intentar identificar experiencias escolares en situaciones de epidemias, endemias y pandemias. A partir de su revisión, análisis y reflexión, puede afirmarse que resulta común observar una interrelación entre escuela y sistema de salud. Existía pues, una clara retroalimentación entre estas instituciones estatales donde la escuela hacía las veces de lugar de encuentro y reunión.

En este escrito se pretende aportar un análisis basado en la historiografía, que pueda enriquecer futuras investigaciones entre cuyos objetivos se proponga analizar la relación descripta. Se sostiene que hablar de la historia educativa nacional a partir de experiencias propias, con un enclave regional, resulta una perspectiva de interés, dado que, por su particularidad contextual, permite analizar el tema propuesto ajustando el lente y develando singularidades.

En lo siguiente, se propone realizar una breve descripción de las políticas sociales y de salud previas al año 1943, entre las cuáles será posible identificar cierto grado de continuidad respecto de algunas acciones en materia de salud encaradas en el período previo.

Desarrollo

Para poner en contexto el análisis que sigue, será necesario precisar que a nivel internacional la eclosión del crack de 1929, aquel jueves negro de octubre, provoca una crisis de acumulación en el primer mundo, que trajo aparejada una recesión económica. En esta coyuntura, se producirían otros hechos que generaron profundos retrocesos en el orden político en Europa, los cuales darían lugar al surgimiento de ideologías nacionalistas y totalitarias como el Nazismo, el Fascismo, el Estalinismo y el Franquismo.



En el tercer mundo, como consecuencia, la demanda de productos primarios cesó y en concordancia, se produjo la depreciación de las materias primas que no demandaban los países centrales. La crisis en el 29, impactó fuertemente sobre la Pampa Húmeda Argentina, generando la baja en los precios internacionales de nuestras *commodities* y provocando un colapso en la economía exportadora argentina, lo que desencadenaría un gran retroceso histórico caracterizado por la miseria, el voto cantado, la reducción en los salarios y el desempleo.

La provincia de Jujuy no fue ajena al impacto de la crisis económica señalada, que, entre otras cosas, provocó el aumento de desocupados como consecuencia de las restricciones en algunas actividades industriales y comerciales que trajo aparejada la finalización anticipada de la Zafra. Cabe señalar que entre 1930-1943 las actividades económicas que primaban en la provincia eran la industria azucarera y la actividad minera. La mencionada crisis puso en jaque a los ingenios, motivo por el cual desde el gobierno nacional se pensaron mecanismos para sostenerlos.

“La variedad del clima en la región, las faltas de recursos en la mayoría de la población jujeña, el curanderismo, la escasez de agua, vivienda y la falta de una buena cobertura de salud, facilitó la existencia y transmisión de enfermedades infecto contagiosas en la provincia como el: paludismo, fiebre tifoidea, chagas maza, sífilis, tuberculosis y viruela. Estas enfermedades afectaron principalmente a mujeres y a los niños ocasionando mortalidad y parálisis infantil que en 1936 comienza a tomar gravedad en Capital y en departamentos cercanos. La provincia contaba con escasas instituciones de atención a los niños y recién nacidos para evitar las enfermedades y la mortalidad infantil. No solamente afectaba la situación socioeconómica a la población en los centros urbanos, sino también a los indígenas”.

Quiroga, 2007:5

En Jujuy, en 1930, al calor de esta crisis inicia un impulso con eje en políticas sociales y de salud, que comienzan a cobrar mayor envergadura en la década de 1940, especialmente desde 1943. Resulta importante destacar que en este periodo logran evidenciarse indicios de una incipiente preocupación estatal respecto a la salud de las madres, los bebés lactantes y los niños en edad escolar. Surgen distintas propuestas para atender a esta población, dentro de las cuales la escuela y la instrucción pública resultarán un buen aliado para su implementación.

Siguiendo a Fleitas (2010) entre 1930 hasta el año 1943 las distintas instituciones en la provincia que debían atender al campo específico de los cuidados de la salud eran insuficientes, *“aún con modalidades benéficas en sus prestaciones”* (p. 396), centradas en prácticas de caridad en algunos casos, que significaban una etapa de transición de prácticas tradicionales a otras más centradas en la atención y el cuidado del cuerpo. Sin embargo, iba tomando forma un sistema institucional de salud en el sector público, aunque aún no se terminaba de definir si el foco se ponía en la población indigente o la general, el sistema



estaba organizado “según criterios de complejidad y regidos por principios de centralización normativa” (Fleitas, 2010: 396).

Al exhumar documentos del Archivo Histórico de Educación de la provincia de Jujuy, se hallaron fuentes que dan cuenta de la existencia de comedores escolares en la provincia, sostenidos por subvenciones nacionales desde el año 1937, a partir de ello es posible afirmar la existencia de un lazo importante con el sistema de Salud.

En este sentido, se recuperó un acta del 10 de agosto del año 1937¹, en la misma se hace referencia al Expediente N° 380-P/ 937 iniciado después del envío de la suma de ocho mil doscientos cuarenta pesos m/n por la Comisión Nacional de Ayuda Escolar, para distribuir en concepto de subsidios alimenticios entre las 83 escuelas que funcionaban dependientes del Consejo General de Educación. Se especifica allí que se trataba de un ensayo, en el cual se designaba un monto por cada bimestre para cada escuela y se escribe un reglamento provisorio para su funcionamiento, a fin de llevar adelante esta prueba piloto.

Se hace mención en dicha circular al Consejo Escolar Médico a cargo del Dr. Sequeiros, como podrá apreciarse en los fragmentos seleccionados de dicho documento, la alimentación de niños en edad escolar era una preocupación y una necesidad en pos de mejorar la salud de los pequeños, todo bajo estricta supervisión de un médico. Se citan a continuación algunos fragmentos textuales, que permiten conocer de primera mano cómo se pensó este mecanismo:

“Art. 2º. - Por Inspección General se dispondrá el envío de la cantidad asignada por un bimestre a cada escuela, solicitando a Tesorería la orden de pago, que se atenderá con la suma recibida y depositada en el Banco de la Provincia en la cuenta a Subsidio Alimenticio. - Decreto Gobierno Nacional 10 de mayo de 1937, orden Presidente y Tesorero del Consejo General de Educación”.

En el artículo 4º del expediente mencionado se recomienda enfáticamente a los directores y a las sociedades cooperadoras que colaboren en la distribución alimenticia, ateniéndose al consejo del Dr. Néstor M. Sequeiros que figuraba en el informe adjunto al expediente donde decía: *"creo imposible poder suministrar ningún alimento que, como la leche, sea completo por su composición química"*.

Respecto a cómo organizar el suministro de leche recomendaba el mencionado médico que:

"En las escuelas de la zona agrícola-ganadera, dónde es posible conseguir leche fresca de vaca, se podría encargar al personal de las mismas la contratación del suministro por algún proveedor local. En la zona de la Quebrada y Puna, donde la obtención de la leche es muy difícil se podría suplir está Únicamente con la provisión de leche"

¹ Archivo Histórico de Educación de la Provincia de Jujuy- Libro de Circulares (1937-1945)



condensada, de elaboración moderna, cuyo valor nutritivo está comprobado".

En el artículo 6° se hace mención a la donación de Empresas como el Ingenio Ledesma, Sugar States y Rio Grande, algunos particulares y la confederación de Beneficencia de la República Argentina que servían a la provisión de leche y galletas que ya se distribuía a los niños. Dado que las sumas de dinero asignadas no garantizaban una alimentación completa se pensó reorientar los gastos y adquirir objetos o prendas de vestir para el abrigo de los niños.

Como puede inferirse, el sistema de salud se apoyaba en la escuela para cumplir con las campañas de vacunación, era necesaria una gestión colectiva que permita abordar diversos problemas, que iban más allá de los eventuales focos de epidemias o enfermedades que aparecían.

“Se estimaba que la instrucción escolar era un factor importante para acceder a la comprensión de ciertas indicaciones clínicas y una vía de acceso de la influencia médica en desmedro de la de los curadores populares. Con este criterio, el Sistema de Salud aportó profesionales de la salud con accionar dentro de las instituciones de enseñanza; el Consejo de Higiene incluyó dentro de su plantel profesional estable a dentistas escolares en San Pedro, San Salvador y Ledesma; a partir de 1931 se designaron médicos escolares en San Salvador y San Pedro”.

Fleitas, 2005:464

En este marco, en 1938 se registra en la circular N°880 del Consejo General de Educación correspondiente a la Inspección General, la disposición que emana de Presidencia, dispone el inicio de una campaña profiláctica en los departamentos de la Quebrada y Puna, haciéndole saber que se ha dispuesto, con carácter urgente y obligatorio, la re vacunación antivariólica de todo el personal directivo como docente, de servicio y alumnos, debiendo las direcciones prestar su colaboración a las autoridades sanitarias, destacadas por el Consejo de Higiene.

Cabe señalar que, se inicia esta campaña dado que en 1936 los departamentos de la Puna y Quebrada fueron un importante foco de viruela, el Consejo de Higiene² y la Estación Sanitaria Nacional³ llegan a dominar dicha epidemia, sin embargo, era necesario reforzar las medidas.

En la Circular N° 884, del año 1938 en zona Central Sur y del Ramal, también se dispone la campaña de vacunación antivariólica en el Consultorio Médico Escolar, que estaba instalado en la Escuela Belgrano (ubicada en la ciudad capital de la provincia), donde se atendía para

² Este Consejo nace en 1892, año en que se produce un brote de cólera en Jujuy, los vecinos se movilizan con el fin de extremar los controles y medidas, así surge la iniciativa de crear un Consejo de Higiene Pública, siguiendo la experiencia de otras provincias (Salta y Córdoba), hasta ahí cubría solo a capital, en el año 1912 éste adquiere alcance provincial.

³ En 1923 se crea la Estación Sanitaria Nacional con el fin de controlar y dominar los focos epidémicos y enfermedades; paludismo, peste, tracomas y enfermedades venéreas



esta campaña de lunes a viernes, tanto a la mañana como a la tarde y los sábados por la mañana.

Para fines de junio de ese año, se dispuso clausurar por motivos sanitarios las escuelas del Departamento de Humahuaca, de Tilcara y Molulo.

El 5 de junio de 1939 se acepta la renuncia del Dr. Sequeiros y asume como médico adscripto al servicio médico escolar el Dr. Pablo V. Molouny.

Fleitas (2005) explica que en ese año justamente se refuerza la función social de la escuela, el Gobierno Nacional dispone la creación de seiscientos comedores escolares en todo el país. Como se pudo ver en los párrafos precedentes, en 1937 se habían iniciado pruebas piloto en la provincia con el fin de poner en funcionamiento comedores escolares, bajo la supervisión de un médico en las escuelas. Esta tendencia continuó, se sostuvo y profundizó creando además las Colonias de Vacaciones para niños débiles palúdicos por parte del Consejo Nacional de Educación en Tilcara.

Los médicos escolares cumplían un importante rol para controlar y dominar los focos epidémicos y endémicos. En 1940 se registran alumnos con difteria⁴ en Jujuy, por recomendación del Dr. Mariano Wainfeld, presidente del Consejo de Higiene Pública de la Provincia, el Dr. Pablo V. Molouny dispone el estricto cumplimiento de lo siguiente:

“Los alumnos enfermos de difteria no podrán concurrir a clases, sino después de 30 días de dados de alta clínicamente, al final de cuyo término, por otra parte, aquéllos deberán presentarse al Consejo de Higiene a los efectos de un análisis que permita determinar que no son portadores de gérmenes, pues en caso de que lo fueran deberán prorrogar 15 días más la asistencia a clases. Las personas que convivan con los niños enfermos- adultos y niños- tampoco deben concurrir a las escuelas durante el proceso de la enfermedad, estarán sujetos al correspondiente análisis. El término por el cual no deben concurrir a las escuelas estos últimos, en caso de resultar positivo el análisis dispuesto, será de diez días, al final del que deberán nuevamente someterse a otro análisis”.

Esto demuestra acciones conjuntas que buscaban controlar estas enfermedades, siendo la escuela un aliado importante para registrar estos brotes y vigilar el cumplimiento de las normativas nacionales y provinciales.

En consonancia con lo que se viene planteando, se halló también una solicitud en la circular N°21 de noviembre de 1943, donde se exige un informe en la memoria anual de cada escuela, además de lo específicamente pedagógico y educativo, se solicitan datos referidos a la salud escolar, consignando las condiciones de salud de los niños de cada establecimiento educativo

⁴ Archivo Provincial de Educación de la Provincia de Jujuy- Circular, 5 de agosto de 1940 (Libro circulares 1937-1945)



y detalle de número de alumnos atendidos por el médico escolar durante el curso. Debiendo especificar un registro de enfermedades habidas en la localidad o región, además de informar si la escuela disponía de botiquín de primeros auxilios.

En 1944 se observa preocupación por los casos de Viruela, cabe señalar que esta es una enfermedad que alcanzó la magnitud de Pandemia y ocasionó según Carballada (2021) 300 millones de muertes sólo en el siglo XX, una enfermedad actualmente erradicada. Para ese entonces, era menester controlarla, y desde el Estado se generaron mecanismos para garantizar el cumplimiento de las normas vigentes.

Siguiendo con la circular N° 21 de 1943, podrá observarse que ésta se ceñía a lo previsto en la Ley Provincial N°47 y la Ley Nacional N°12.317, donde se dispone la vacunación y revacunación antivariólica. En esta ocasión el inspector general Arturo Silva Martínez, comunica a los directores de escuelas que el Honorable Consejo en sesión del mes de octubre había resuelto recomendar al personal de las escuelas el estricto cumplimiento de medidas adoptadas por la intervención Federal- en el decreto N° 2778 -G-194 cuyos artículos decían lo siguiente:

“Art.1°. - las autoridades sanitarias, policiales, escolares y toda otra autoridad de la Administración provincial, deberán cumplir y hacer cumplir por todos los medios a su alcance y en forma terminante las disposiciones de la Ley N° 47, sobre la vacunación y re vacunación antivariólica obligatoria, debiendo a llevar (sic) un registro de vacunación y revacunación de los empleados y toda otra persona que esté bajo su dependencia.

Art.2°. - Están igualmente obligados a cumplir y hacer cumplir las disposiciones de la ley mencionada en el artículo anterior los directores, gerentes, administradores, patronos o encargados de instituciones, colegios, hogares, hoteles, establecimientos, empresas o campamento donde se alberguen, trabajen o tengan personas a su cargo.

Art.3°. - Todas las personas enumeradas en los artículos primero y segundo están obligadas, dentro de las veinticuatro (24 horas), a denunciar ante la autoridad policial o militar más próxima, todo caso de viruela del que hayan tenido conocimiento directo o indirectamente como lo establece la ley nacional N° 12.317, sobre declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas o transmisibles.

Art.4°. - Sin perjuicio de las penalidades establecidas en las leyes Provincial N°47 y Nacional N° 12.317 y de las establecidas en el artículo número 202 del Código Penal, que castiga al que propagare una enfermedad peligrosa o contagiosa para las personas Será



posible de exoneración toda persona que estando al servicio de la Administración provincial no cumpliere lo establecido en los artículos 1º, Art.2º y 3º de este Decreto.

Art.5º. - La Tesorería de la Provincia no Abonará los sueldos a aquellos empleados que no han dado cumplimiento a la ley N° 47.

Art.6º. - Toda persona que realice trámites ante la administración provincial, deberá presentar previamente certificado de vacunación o re vacunación, el que será exigido en todos los casos por los empleados actuantes.

En consecuencia, se servirá tomar las providencias necesarias para que todo el personal se notifique en forma de las anteriores disposiciones y proceder inmediatamente a abrir un registro cuaderno de vacunación y re vacunación del personal directivo, como docente, como administrativo y de servicio de la escuela con las siguientes especificaciones: 1º. - Nombre y Apellido. 2º. - Año y día de la vacunación. 3º- resultado”.

Puede apreciarse que frente a la crisis sanitaria inmediatamente emerge el control de las fuerzas, resulta inevitable al leer los párrafos precedentes, no pensar en Foucault (1975) en *Vigilar y Castigar*, cuando analiza la peste del siglo XVI y la técnica de la cuarentena como dispositivo de control, junto al rol que pasan a tener en la sociedad las fuerzas de seguridad, como ser los militares, los gendarmes y la policía como garantes de un orden y disciplina, junto a la sanción y al castigo de aquéllos que no se sometían a ese orden. Emerge aquí la cuestión del disciplinamiento de los cuerpos, idea que proviene del pensamiento del inglés Bentham (2019) de fines del S. XVIII y la arquitectura del panóptico, en la que el preso interioriza y naturaliza la mirada del vigilante al punto de vigilarse, incluso a sí mismo.

Si se hace una comparación con la actual Pandemia generada por el virus SARS-CoV-2, la cuarentena, los Decretos de Necesidad y Urgencia presidenciales (DNU), las multas, los controles en rutas y caminos, el uso obligatorio del barbijo, el aislamiento, la vacunación obligatoria, etc., vemos nuevamente la presencia de esa violencia simbólica. La educación y la escuela van a ser parte de ese proceso, al igual que en otros tiempos. Esta comparación se hace salvando distancias, entendiendo que nuestra experiencia histórica presente, difiere en muchos aspectos con la que aconteció hace 200 años, sin embargo, hay elementos en común.

Aparece lo biopolítico y el poder disciplinario, si hablamos de disciplinamiento de los cuerpos ¿Cómo se disciplina el cuerpo en estos tiempos? Se sostiene que coincidentemente, es a través de un poder invisible, imperceptible para muchos y mucho más sofisticado que aquel descrito por Foucault. Otro elemento en común es que el castigo, una vez más se hace a través de las instituciones, a través de las leyes y a partir de fuertes procesos simbólicos, donde lo que se castra, lo que se manipula, lo que se disciplina ya no es el cuerpo solamente, sino también las conductas.



Al cuerpo del niño se lo sigue disciplinando en la escuela, el cuerpo del enfermo en el hospital y una vez más, vemos que otro factor común es la situación de encierro, que primó en la fase más crítica y la vigilancia a la que se suma la tecnología de estos tiempos, con aplicaciones que lanza el gobierno en las que el ciudadano registra su temperatura corporal, síntomas, datos personales, un carnet de vacunación digital que sirve, por ejemplo, para trasladarse en el país, donde además uno debe informar por qué y para qué viaja.

Un hecho actual que guarda numerosas similitudes con metodologías de control aplicadas en experiencias de pandemias del pasado reciente, es el plan de vacunación contra el COVID-19 que en nuestra provincia anunció el gobernador Gerardo Morales. Dicho documento dictamina obligatoria la inoculación para todos los agentes de la administración pública provincial, según Decreto Acuerdo N° 696:

“Asimismo, el personal que no acredite haber recibido al menos una dosis de cualquiera de las vacunas, salvo justificación por medio fehaciente e idóneo, no podrá asistir a prestar servicios a su lugar de trabajo, siendo su inasistencia injustificada, con la correspondiente pérdida de remuneración por día no trabajado”

Comité Operativo de Emergencia (COE), 2021

Este hecho guarda amplias similitudes con lo dictaminado en la Ley Provincial N°47 y la Ley Nacional N°12.317 mencionadas con anterioridad, donde se disponía la vacunación y revacunación antivariólica en el año 1944, a los fines de controlar el foco pandémico, donde, por ejemplo, se penaba con el no abono del sueldo en aquellos casos en que la persona no se vacunara.

Los anuncios del gobernador no sólo contemplaron a los empleados estatales, sino que, por ejemplo, se anunció que desde el miércoles 4 de agosto de 2021 se empezaría a exigir a los usuarios del servicio de transporte público de pasajeros que presenten certificado de vacunación contra el COVID-19. Estas medidas generaron un amplio apoyo en la sociedad, puesto que se implementan sustentadas en la idea de la preservación de la salud colectiva, luego de que por más de un año viviéramos permanentemente cautivos del alarmante cuadro de situación reinante. En Jujuy, cada noche desde marzo de 2020 y parte de 2021, el Comité Operativo de Emergencia (COE) brindaba informes en vivo sobre la situación epidemiológica. El Gobernador de la Provincia Gerardo Morales se dirigía a la población jujeña, secundado por médicos, un militar parado detrás suyo y todo un cuadro y escena que sumaba dramatismo a la ya incierta realidad, cuando se alcanzó el pico de contagios en la provincia y se generaban hasta carpas sanitarias que hacían las veces de hospitales móviles, enfermos que morían luego de una larga agonía, solos, sin visitas y familias angustiadas por no poder despedir a sus seres queridos.

En este sentido se sigue el pensamiento de Borrillo (2020) quien afirma que la epidemia constituye no sólo un problema biológico, sino también, y sobre todo una cuestión social:



“El coronavirus se puede leer como una forma de sumisión de la población a la vigilancia y el castigo. En menos de dos meses, las principales democracias liberales han suspendido las principales libertades fundamentales: libertad de circulación, control de la vida privada, creación de ficheros sanitarios, seguimiento de los celulares, reconocimiento facial, prolongación de la detención provisoria sin control judicial. El ciudadano se debe convertir en un aliado del Estado en nombre del orden público sanitario. La sospecha generalizada y la delación constituyen los nuevos ingredientes del biopoder”

Borrillo, 2020: 3

En este análisis se insiste en recuperar el carácter de excepcionalidad de la situación que atravesamos y sobre todo pretende poner en tensión la tan mentada nueva normalidad y sus implicancias, en la que hay disciplinamiento, no represión. Puede afirmarse que en estos casos no es posible hablar de un poder negativo, sí de un poder que se vale del castigo para mantener cierta disciplina, necesaria para garantizar el control de esta pandemia, pero que no debería extenderse en el tiempo, pues resulta peligroso naturalizar la vigilancia permanente y sus implicancias, en este sentido:

“El estado de excepción no puede convertirse en el paradigma normal de gobernabilidad. Es esto justamente lo que nos ha permitido ver con claridad la obra de Foucault: cómo una situación extraordinaria en la que se puede justificar una intervención puntual del poder sobre los cuerpos y la vida de los individuos se convierte en una forma permanente de control sobre la vida sobretodo en una época en donde la tecnología (biometría, videovigilancia, reconocimiento facial, radiofrecuencia, chips electrónicos, etc) ha multiplicado la capacidad de injerencia (de vigilancia y castigo) del poder en la vida privada”

Borrillo, 2020: 3

Como ya se anticipó, esta situación instaló un debate en torno a las libertades y la amenaza a la privacidad, como uno de los costes de la implementación de sistemas de control contemporáneos, que incluyen desde geolocalización a partir de cruce de datos, o a través de redes sociales, *chatbots* para citas previas, aplicaciones, webs, o auto- test. Están los discursos oficiales, el de los gobernantes, el de los anticuarentena, sin embargo, más allá de los discursos de unos y otros, habrá que evitar aceptar de manera acrítica estas posiciones y sopesar pros y contras, pues no existen bandos, ni una guerra.

Se hará un señalamiento necesario, hasta el siglo XX la investigación epidemiológica continuaba con la búsqueda de un único factor que explicara cada enfermedad. En lo que respecta al campo de la Salud Pública, se generaban intervenciones con el fin de optimizar la condición de salud de las comunidades, perseguían soluciones mágicas poniendo especial



énfasis en las vacunas, no así en lo que atañe al mejoramiento del medio ambiente. Por este motivo se describió más arriba la precaria condición de la población jujeña entre 1929-1943, como un factor múltiplemente condicionante en términos de salubridad, concepción que emerge del concepto de salud en sentido amplio.

Al respecto resulta atractivo analizar el fenómeno de la *medicalización*⁵ y la historia de los enfermos tuberculosos que protestan en la Argentina entre 1920 y 1940, Armus (2005) realiza un análisis muy rico respecto a la medicalización, en este período:

“la noción del individuo capaz de elegir está ausente. El racionalismo, la regulación burocrática y administrativa y las nuevas y más sutiles tecnologías de control habrían facilitado que el conocimiento y el poder disciplinen aún más los cuerpos y las almas...en este proceso definitivamente moderno, la medicina habría jugado un rol clave. Con sus test, sus diagnósticos y sus hospitales, con su capacidad de presentar el poder médico como una fuerza positiva, benigna y nunca opresiva, el saber médico termina creando pacientes que no son más que clientes sometidos a los protocolos de poder”.

Armus, 2005:93

Si bien a los pacientes se les reconocía su individualidad, no eran entendidos como sujetos históricos, Armus (2005) hace un análisis desde la teoría Foucaultiana, donde el médico aparece como palabra autorizada y el paciente con una imagen de enfermo ignorante. Asimismo, describe los hechos y conflictos que sucedieron en diversas instituciones de internación, tales como el Hospital Sanatorio Santa María, en Cosquín, destinado a los tuberculosos porteños y en los hospitales Tornú y Muñiz, en la ciudad de Buenos Aires. Desde las primeras décadas del siglo XX y aproximadamente hasta los años 30 se repitieron los reclamos, allí puede observarse un protagonismo de los enfermos limitado, pero real.

En Jujuy, el abordaje de la tuberculosis también tuvo su correlato, en este sentido y según Fleitas (2010):

“A finales de la década de 1930, se inició un movimiento de atención y cuidados hacia los enfermos tuberculosos, la tercera causa de muerte en 1936. Un centro ambulatorio se inauguró en San Salvador. Se acondicionó la sala especializada del San Roque, renació un proyecto de internación en la campaña y se concretó uno, promocionado en la década anterior: el Centro Antituberculoso de Ledesma”.

⁵ **Medicalización:** Refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos involucrados en dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización.



Fleitas, 2010: 387

Por otro lado, retomando a Armus (2005) quien en su escrito relata el caso de Pueyo, un investigador amateur que prometía una vacuna contra la tuberculosis que invitaba a los enfermos a ilusionarse con una cura, hecho que generó una demanda colectiva. Pueyo publicó su descubrimiento terapéutico, apareciendo así en la escena pública. Asimismo, el periodismo jugó un papel de mediador proponiéndose como la voz de los enfermos, desplegándose así una compleja trama con situaciones de control y resistencia, de complicidad en algunos casos, de socialización y diferencia, en otros.

“En el caso del affaire Pueyo el discurso médico insiste en la necesidad, incluso en la obligación, de los profesionales y el Estado de hacerse cargo de legiones de enfermos obnubilados por la desesperación, obstinados en creer en la posibilidad de curarse, presa fácil de los mercaderes de la noticia y de un pseudoacadémico inescrupuloso que promete curas supuestamente efectivas”.

Armus, 2005: 92

En general puede decirse siguiendo a Armus (2005) que “en síntesis, en períodos de incertidumbres biomédicas respecto de una enfermedad particular, las acciones individuales o colectivas de los enfermos están revelando...cuán densas son las relaciones entre quienes quieren curar y quienes necesitan curarse” (Armus, 2005: 95).

En cuanto a la relación médico- paciente hay un artículo atrayente de Testa (1993), el artículo se denomina “El Hospital visto desde la cama del paciente”, se presenta una experiencia personal de Mario Testa en el lugar de paciente y relata “su” visión del hospital, realiza una breve descripción y cuenta de modo anecdótico lo vivido, pero aclara que vivirlo no le causó tanta gracia. Describe las características del servicio de terapia intensiva y las diferentes circunstancias que se van sucediendo.

En otro apartado de dicho artículo se efectúa un análisis de esa descripción en el que se menciona la objetualización que se hace del paciente. Si bien, reconoce que esto es una necesidad en pos de la eficacia del procedimiento terapéutico, aclara que “el desconocimiento de la subjetividad y también de la socialidad del paciente disminuye la eficacia de la intervención” (Testa, 1993: 15). Retomo aquí la referencia a las muertes en soledad de pacientes con COVID-19.

Este autor plantea la necesidad de rever las características organizativas de la atención hospitalaria.

Todo esto se relaciona con el Modelo Hegemónico “*cuyos saberes, prácticas y teorías...legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado*” (Menéndez, 1988: 451) presenta los siguientes rasgos estructurales, a saber: biologicismo, ahistoricidad; asociabilidad; mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente; exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación



jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica; tendencia inductiva al consumo médico, entre otras. Este modelo es conocido como medicina científica.

Pero el asunto es que el fenómeno de la salud-enfermedad es más complejo, requiere de un abordaje más amplio, de allí que surge y se desarrolla el paradigma etiológico con sus tres componentes: agente, huésped y medio ambiente, elementos que ayudan a la comprensión de la complejidad del fenómeno salud- enfermedad. A mediados del siglo XX aparece el modelo multicausal en el que:

“el sujeto como parte de una sociedad con determinadas características sociales, económicas y culturales se encuentra expuesto a determinados riesgos de enfermedad, aparece así la noción de riesgo. Entonces el individuo emerge como parte de una comunidad con determinadas características socioeconómicas y culturales y expuesto a determinados riesgos de enfermedad”

Carballeda, 2012

Continuando con la aproximación histórica puede señalarse que en este periodo empiezan a emerger modelos que asumen que los factores que tienen que ver con la aparición de una enfermedad no pueden ser los mismos para cualquier población sin tener en cuenta las diferencias y distinciones, tanto en lo que refiere a lo cultural, histórico, geográfico o ambiental, por ejemplo. De este modo, surge la Epidemiología social desarrollada en Latinoamérica junto a la Epidemiología cualitativa. Antecedentes de estos modelos pueden ser la medicina social de Virchow en Alemania (1840) que indaga sobre las condiciones de vida y salud.

En la provincia de Jujuy hasta 1943 funcionó el Consejo de Higiene y en consonancia con las políticas nacionales se transformó luego en Dirección Provincial de Sanidad, que dependía directamente del Ministerio de Gobierno. En ese año, a nivel nacional se crea la Dirección Nacional de Sanidad, desde donde empieza a pensarse la salud como un derecho y no como una dádiva. Éstas políticas respondían a un contexto a nivel internacional, en 1948 la Constitución de la OMS sienta las bases para el concepto de cobertura sanitaria universal que declara que la salud es un derecho humano fundamental.

Entre 1946-1954 la salud en la Argentina se empieza a pensar también en términos de vivienda, de seguro social, alimentación y educación. En Argentina específicamente en 1949 se crea el Ministerio de Salud y Asistencia Social.

Dentro de este proceso de cambios, en el plano educativo emerge un nuevo momento histórico, entre cuyos objetivos se propone implementar un nuevo modelo escolar, cuya premisa radica en afianzar la infancia y sus condiciones de existencia. La concepción de sujeto de la educación consideraba al individuo en su integralidad, contemplando los múltiples planos que lo constituían. Lisa y llanamente, no se puede aprender con el estómago



vacío. Emerge entonces una escuela que podría llamarse contenedora en el sentido amplio del término.

A los fines de contribuir al análisis de este periodo, se recupera el concepto de pedagogía de síntesis planteado por Cirigliano (1963), que consta de dos elementos básicos, primero plantea que en el peronismo el discurso escolanovista y las pedagogías activas se transforman en políticas de Estado, fusionándose con el normalismo, con los principios duros de la enseñanza escolarizada (que incluía además la tradición positivista-cientificista del conocimiento elaborado de las pedagogías tradicionales).

La fusión entre lo que fueron las políticas de Estado destinadas a favorecer a los grupos más desposeídos, se tradujo en lo que Cirigliano (1963) llamó (respetando la construcción de su categoría científica), pedagogías de síntesis. La discusión que por ese entonces se sostenía en los círculos y debates en torno a lo educativo, la existencia de microexperiencias como la de la escuela de la Señorita Olga o la de las hermanas Cosentini o Vergara, puede afirmarse que no impactaron en el sistema educativo, por el contrario, será con el peronismo que lograrán convertirse en políticas de Estado.

Era común encontrar posturas a favor de la pedagogía tradicional y otras a favor de la pedagogía escolanovista, las mismas no prosperaron, sino que, analizado hoy a la distancia, se hizo una especie de mezcla o conjunción de estas. Junto con el nivel primario y secundario aparecieron, en primer lugar, los hogares de día, se pensó un sistema en donde lo social y lo educativo y las formas de educación formal y no formal, junto a las formas de educación comunitarias y las formas de educación sistematizada y escolar interactuaron. Aparecen también los hogares escuela, las escuelas de jornada completa, asociadas a la idea de escuelas con internado que ya existían, pero que en este periodo se sistematizan, se organizan e institucionalizan de un modo formal.

Esta pedagogía de síntesis, coadyuva al análisis de la educación integral propia de la pedagogía popular peronista, la cual planteaba una trilogía que incluía lo intelectual, lo corporal y lo moral, prestando atención a la relación mente, cuerpo y espíritu. Al hablar de cuerpo, entra en juego la dimensión de la salud, no bastaba con educar al sujeto, no bastaba con lo cultural, también había que atender otros aspectos, que provoquen una transformación efectiva, con la escuela sola no era suficiente, fue necesaria una amalgama institucional que permitiera contener y sostener a esos sujetos a través del sistema educativo.

Es posible identificar allí el concepto de comunidad organizada planteada por Perón en el Primer Congreso Nacional de Filosofía del año 1949, y que involucra el concepto de comunidad alrededor de las escuelas, en este caso, sirve pensar la escuela como núcleo, en el que interactúan varias instituciones, era posible ver por ejemplo en Palpalá (Jujuy) en torno a la escuela la sala de primeros auxilios, la cancha, el club social, la iglesia que como institución en el caso de la Escuela Nacional 34 funcionaba dentro de la escuela, no contaba aún con edificio, se corrobora así que la escuela era un lugar de encuentro y reunión.

Asimismo, el trabajo y la educación aparecen como derecho, además de existir un estado de bienestar garante de salud y educación que por fin rompía la barrera de la educación



secundaria. *“Lentamente el Estado argentino comienza a tener un papel novedoso, su orientación es hacia los derechos sociales, categoría si se quiere nueva, puesta en escena mundial a partir del impacto de la 2° Guerra Mundial”* (Carballeda, 2006: 60).

A continuación, se destacan dos instituciones, una es la Fundación Eva Perón y otra es el Ministerio de Salud a cargo de Carrillo, por supuesto que hubo muchas más, pero para este breve análisis se hará referencia a estas dos.

La Fundación Eva Perón y el Ministerio de Salud tenían como eje la dignidad y la justicia social. Cabe resaltar una cuestión respecto a la Fundación, que pasó a tener un lugar que hasta ese momento era ocupado por la Sociedad de Beneficencia; pero con una clara convicción crítica hacia ésta. La misma Eva Perón decía que la Fundación servía para *“(...) llegar a los lugares donde la justicia social no ha llegado”* (Perón, 1951), buscaba que ésta alcanzara a todo el pueblo. Por lo tanto, querían cambiar la idea de caridad o filantropía por la de dignidad, con una ayuda específica y con respeto por los derechos sociales. *“El peronismo irrumpe en la vida política argentina como una práctica novedosa que ponía gran énfasis en sus ejes doctrinarios: la justicia social, la soberanía política y la independencia económica”* (Carballeda, 2006: 61).

En ese contexto, Carrillo en una de sus más célebres frases decía: *“Frente a las enfermedades que genera la miseria, la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son pobres causas”*. Con estas pocas palabras nos decía que no es el microbio o la bacteria el responsable de la enfermedad, sino que la misma tenía que ver con las carencias asociadas a la vivienda, el trabajo, el agua, la alimentación, etc.

“Consideraba que mientras no hubiera una buena organización social en el país, los enfermos pobres estaban más expuestos a la enfermedad. Desde su perspectiva, ciertas enfermedades se desencadenaban en las poblaciones de clases sociales no pudientes. Estos factores eran: la alimentación deficiente e insuficiente, la vivienda insalubre, la ignorancia sanitaria, el trabajo en lugares o ambientes malos, los deportes no controlados, y finalmente el pauperismo y los bajos salarios eran factores generadores de enfermedad que podían producir tanta muerte como los microbios mismos”

Flores, 2007: 3

Si hacemos una especie de parangón con la situación de Pandemia actual, las poblaciones vulnerables siguen siendo las más expuestas a enfermedades. Desde el momento en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la Pandemia debido al brote de Coronavirus (Covid-19), un 11 de marzo de 2020, si miramos para atrás en términos de políticas sanitarias hay bastante hecho, pero es indudable que queda mucho por hacer para contener a los ciudadanos que aún hoy padecen múltiples carencias. En muchos países en los que en el marco de políticas neoliberales la retirada del Estado fue progresiva, ante esta situación de Pandemia se replantearon la principalidad o no del Estado en materia de salud, aparecieron



situaciones de mucha incertidumbre. En este marco, cabe entonces preguntarse: ¿Cómo garantizar los derechos humanos en este nuevo contexto mundial?

En Argentina el Poder Ejecutivo Nacional debió tomar una serie de medidas excepcionales. El 19 de marzo de 2020, se dictó el DNU N° 297/2020 que dispuso:

“El aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) para todas las personas que habitan en el país o se encontraran en él en forma temporaria al momento de su dictado, con el objetivo de proteger la salud pública, obligación inalienable del Estado nacional. Esta disposición previó que durante la vigencia del ASPO, las personas deberían permanecer en sus residencias habituales, abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y que no podrían desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, con el fin de prevenir la circulación y el contagio del virus Covid-19 y la consiguiente afectación a la salud pública y los demás derechos subjetivos derivados, tales como la vida y la integridad física de las personas. Se establecieron además controles permanentes en rutas, vías y espacios públicos, accesos y demás lugares estratégicos, a fin de garantizar el cumplimiento de las normas dispuestas en el marco de la emergencia sanitaria”. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina, 2020, pág. 6)

Esta medida provocó un impacto social en aquellas poblaciones consideradas vulnerables, donde el hacinamiento, la pobreza y el trabajo no registrado les jugaron en contra.

Hecha esta digresión y volviendo a 1946 puede observarse que éste era un contexto en el que el Estado tenía mayor presencia en lo que atañe al diseño y ejecución de políticas sociales. Siguiendo con el análisis puede decirse que ese Estado genera un nuevo impacto simbólico que se arraiga en el imaginario social. Las instituciones que se fueron creando en esa época *“nos marcan de alguna manera la relación política social- subjetividad. Porque es desde estos detalles, digamos más ligados a la cotidianidad, que se construyó una acción social que impactó en forma relevante en la subjetividad”*(Carballeda, 2006: 68).

La Medicina Social jugó un papel importante al hablar de los términos de salud y enfermedad como procesos. Ésta medicina surge aproximadamente en el año 1960 en el marco de un contexto de crisis de la Salud Pública Desarrollista, que defendía la tesis de que el crecimiento económico implicaría el mejoramiento de las condiciones de salud.

En términos de Laurell (1986) la Medicina Social Latinoamericana es una corriente de pensamiento que estudia la salud- enfermedad como una expresión de los procesos sociales. Ésta autora explica que surge entonces la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en su contexto, teniendo en cuenta el acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos.

El contexto evidenciaba un deterioro de la salud colectiva, hubo un aumento de la mortalidad infantil, comenzaron a aparecer problemas que hasta ese momento no habían sido



considerados, tales como los accidentes de trabajo y las patologías crónico-degenerativas, además del crecimiento desigual del gasto en salud. Esto demostraba que el paradigma científico de la medicina dominante como modelo explicativo de la salud- enfermedad colectiva, era insuficiente para transformar las condiciones de salud de la población. De este modo:

“Las ciencias sociales cumplen un papel muy importante al definir al proceso de salud-enfermedad como proceso social. Se necesita disponer de una teoría de lo social que proporcione los elementos teóricos y metodológicos necesarios para la exploración que se propone”

Laurell, 1986:2

Puede observarse en éstos planteamientos el carácter social del binomio en cuestión, se constituye de esta manera un nuevo objeto de estudio que será el denominado como proceso de salud-enfermedad colectiva. Cabe destacar que este nuevo planteo no significa que exista una yuxtaposición entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, sino que el problema debe pensarse en conjunto.

Diferentes movimientos sociales comienzan a demandar una visión más compleja que tenga en cuenta tanto las patologías denominadas como patologías de la pobreza y las otras denominadas patologías de la riqueza. Desde esta perspectiva se entiende que la problemática de la salud no es ajena al carácter de clase:

“la creciente estratificación del Sistema de Salud que expresaba nítidamente su carácter clasista, con la creciente sofisticación de la medicina privada, la expansión de los sistemas de seguridad social y la precariedad de los servicios estatales se dibujaba claramente una estructuración del sistema de salud con servicios diferenciales para cada una de las clases sociales... en el mismo concepto de proceso está implícita la comprensión de la realidad como devenir y no como algo dado de una vez y para siempre”.

Laurell, 1986:1

En contraposición al modelo de bienestar, la entrada del neoliberalismo en la Argentina, generó un contexto en el que apareció un Estado debilitado e inexperto, con una sociedad civil demandante que le efectuó diversos reclamos. Esto generó la aparición de nuevos sujetos y la necesidad de nuevos abordajes de intervención en lo social. Aparece con fuerza el concepto de *problema social*, que en términos de Carballada (2012) dependerá del reconocimiento y la constitución de situaciones concretas entendidas como problemáticas, que demandarán acciones compatibles con la definición adoptada.



Se va gestando así un *sujeto inesperado*⁶, un sujeto en crisis, con incertidumbre y falta de convicciones. Un buen ejemplo para graficar esto es el siguiente: una persona que hoy tiene 30 años, a los 6 años ¿Qué país tenía? ¿Qué perspectiva de futuro tenía? ¿Qué barrio tenía? Y tal como lo decíamos en oportunidad de cursar un taller brindado por Carballada, lo que vamos a encontrar es un marcado desgaste.

Es posible encontramos aún con jóvenes que tienen una historia de vida marcada por la vulneración de derechos, con problemas de adicciones. Dicho contexto produjo nuevas formas de relaciones sociales y problemas sociales con las siguientes características: Son contruidos socialmente; se naturalizan y deshistorizan (aparecen como evidentes por sí mismos); construyen una serie de representaciones y modelos como arquetipos; cada sociedad elabora un cuerpo de problemas sociales legitimados.

“Las nuevas cimentaciones de lo social, ligadas a la lógica del costo beneficio generan; una sociedad signada por las relaciones violentas, donde el otro deja de ser un constructor de identidad y confianza para transformarse en un objeto que puede ser un impedimento para el desarrollo personal o un competidor (enemigo), en la lógica de la sobrevivencia”.

Carballada, 2012:4

Para efectuar estudios que permitan indagar sobre estas cuestiones, será necesario hacer evidente la necesidad de una concepción de sujeto, como sujeto histórico y social, las formas de investigación e indagación se deben orientar hacia lo cualitativo, no basta solo con porcentajes, con datos cuantitativos, interesa también lo relacional, las trayectorias personales.

Resultará interesante analizar qué va pasando con las personas ante la retirada progresiva del Estado, aparecen situaciones tales como la incertidumbre, el maltrato laboral que se constituyen como situaciones de inseguridad y de violencia, por lo tanto, es necesario pensar la investigación en salud, desde una mirada compleja para poder comprender esas realidades. En situaciones de crisis se necesitan formas de intervención que reconstruyan identidades, en esa sociedad fragmentada donde hay una especie de ausencia del otro.

“La relación política sanitaria-sujeto no es una relación matemática y mecánica, sino que en el intersticio de esa relación está justamente la intervención y ahí está la gran posibilidad de hacer y redefinir cuestiones... plantearía la necesidad de orientar la intervención como estrategia de recuperación de capacidades y habilidades, y como formas constitutivas de la identidad... debemos salir a buscar dónde

⁶ Ese sujeto inesperado, constituido en el padecimiento de no pertenecer a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de opresión que se expresa en biografías donde sobresalen los derechos vulnerados. Para más datos respecto al término consultar a Carballada, (2006) La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social.



están las capacidades, dónde están las habilidades en esta población que ha sido fuertemente castigada, primero por la dictadura militar y luego por un modelo neoliberal”.

Carballeda, 2006:27

En el marco del actual contexto de Pandemia resultaría interesante contar con estudios que trabajen con una concepción de sujeto histórico y social, que incluya una perspectiva de corte etnográfico, con entrevistas en profundidad, análisis de narrativas biográficas, que den cuenta del sujeto atravesado por el COVID-19, sin perder de vista la experiencia que incluya una construcción social e histórica compleja, que implique múltiples dimensiones (la económica, política, cultural, la biológica, etc).

Por último y a modo de reflexión, se necesita abrir una discusión en torno a la institución médica y a las instituciones de salud, que involucre la mirada de esos otros y a partir de ello darles voz a los que no tienen voz, rescatando la riqueza de conocimientos atesorada en estos sujetos que son actores sociales involucrados en un universo cultural y simbólico sumamente rico y complejo.

Bibliografía

Armus, D. (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Lugar Editorial.

Bentham, J. (2019). *O panóptico*. Autêntica.

Borrillo, D. (2020). Foucault y la pandemia. Obtenido de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02564321v2>

Carballeda, J. M. (2006). *El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad*. Espacio editorial.

Carballeda, J. M. (2012). Concepciones de salud y enfermedad. *Filmina presentada en el marco del Doctorado en Trabajo Social UNR*. Universidad Nacional de Rosario.

Carballeda, J. M. (2021). *Fiebre: Breve colección de epidemias*. El Gato y La Caja.

Cirigliano, G. F. (1963). *Temas nuevos de Educación*. Imprenta de la Universidad Nacional del Litoral.

Comité Operativo de Emergencia (COE). (1 de agosto de 2021). *Gobierno de Jujuy. Juntos Unidos y Responsables*. Obtenido de <https://prensa.jujuy.gob.ar/jujuy/en-jujuy-es-obligatoria-la-vacunacion-contr-el-covid-19-n102967>



Perón, Eva. (1951). *La Razón de mi vida*. Peuser.

Fleitas, M. (2005). La limosna disimulada que se acepta: La salud materno infantil bajo los gobiernos conservadores de Jujuy en la década de 1930. *Anuario del Centro de Estudios Históricos "Profesor Carlos SA Sagreti"*, 449-475. Obtenido de https://cehsegreti.org.ar/archivos/FILE_00000319_1316803598.pdf

Fleitas, M. (2010). La atención pública de la salud durante el siglo XX. En A. Teruel, & M. (. Lagos, *Jujuy en la Historia. De la Colonia al siglo XX* (págs. 491-516). EdiUnju.

Flores, M. E. (2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. *VII Jornadas de Sociología*. (págs. 1-15). Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <https://cdsa.academica.org/000-106/77.pdf>

Laurell, C. (1986). El estudio social del proceso salud- enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales N°37*.

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segunda Jornada de Atención primaria de la Salud*, (págs. 451-464).

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina. (2020). *Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/SP/COVID/States/Argentina1.pdf>

OMS. (abril de 2021). Cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Quiroga, M. A. (2007). El Consejo de Higiene Pública en Jujuy, en el periodo 1930-1943. *XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán.

Rodríguez, L. (2010). *Argentina.Gob.Ar*. Obtenido de Mapa Educativo Nacional: <http://mapa.educacion.gob.ar/>

Testa, M. (1993). El hospital visto desde la cama del paciente. *Salud, problema y debate*.



Valeria Daniela Macía

Profesora en Ciencias de la Educación (FHyCS/UNJu), con énfasis en Estudios de Historia de la Educación Regional. Profesora adjunta en 2 cátedras: Historia de la Educación Argentina y Latinoamericana y en la Materia de Práctica y Residencia del profesorado de Historia, de la Universidad Nacional de Jujuy (UNJu / Argentina), donde imparte cursos de graduación. Doctoranda en Ciencias Sociales (UNJu / Argentina) y Especializanda en Investigación Educativa en la misma Universidad. Ex Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Tiene experiencia como docente e investigadora en proyectos y acciones tanto en Argentina como en Brasil. Publicó artículos en libros y revistas en su país y en el exterior, es miembro del nuevo Equipo Brasil-Argentina de Altos Estudios en Ciencias Sociales (Ebaes). Es Vocal titular de la Sociedad Argentina de Investigación y Enseñanza en Historia de la Educación (SAIEHE) E-mail: valefhycs@gmail.com.