UVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

TESIS:

HISTORIA DEL SABER MEDICO SOBRE DESNUTRICION EN MEXICO.

T
55

POR: SAUL RENAN LEON HERNANDEZ

JURADO:

EDUARDO MENEDEZ
MARIO OSORIO
GUY DUVAL
GERALDINE NOVELO
RICARDO CUELLAR

N.S
32010

ASESOR:

RICARDO CUELLAR ROMERO

124345

México,D.F. 27 de mayo de 1985.

Para los Campesinos y obreros que cotidianamente se encuentran "con un pie en el pantano del pauperismo" y la desnutrición.

A todos aquellos que me obligaron a redactar este intento de tesis.

A Hugo Mercer y Ricardo Cuellar por la conducción del módulo Saber Médico.

INDICE.

Introducción..... 1

PRIMERA PARTE

1. Objetivos de la Tesis..... 3
2. Planteamiento del Estudio..... 4
   2.1. Premisas del Enfoque Adoptado..... 11
3. Primera Aproximación al Obejto de Estudio..... 23
4. La Dinámica Internacional en el Desarrollo del Saber Médico sobre Desnutrición/nutrición..... 27
   4.1. Las Bases del SMD/N:siglos XVII-XVIII..... 27
   4.2. De la Anatomoclínica al Estudio Científico de la Desnutrición..... 46

SEGUNDA PARTE

1. La Dinámica Nacional Mexicana en el Desarrollo del Saber-Médico sobre Desnutrición/nutrición 66
   1.1. Primera relación entre la dinámica externa y la dinámica nacional..... 66
   1.2. Preindependencia: reformas borbónicas,Ilustración y-hambrunas..... 79
   1.3. Independencia: primer período de constitución del modelo médico nacional y la influencia del modelo médico Francés..... 84
   1.4. Reforma: realización de la acumulación originaria del capital y primeros reportes médicos sobre desnutri -- ción en México..... 91
   1.5. Porfiriato: desigualdad social,la hambruna prerevolucionaria y el reporte obligado sobre desnutrición.... 105
   1.6. Revolución:y pleno "descubrimiento" de la desnutrición..... 115
   1.7. Postrevolución: y coyuntural reconocimiento de lo social en salud y en desnutrición..... 118

1.8. Segundo período de constitución del modelo médico - nacional: inicio en el desconocimiento de lo social- en la salud y en la desnutrición..... 120
1.9. Estado, "Capital humano" y Desnutrición/nutrición....122
1.10. Breve Recapitulación del Estudio.....128
1.11. Industrialización Acelerada: capital internacional - y desarrollo del SMD/N nacional.....131
1.12. Consolidación del MM capitalista en México y el auge en el desarrollo del SMD/N.....134
1.13. Investigación: nutrición/desnutrición; reproducción de la fuerza de trabajo y la "industrialización" defi - nitiva de la salud.....144
1.14. Plena escisión entre lo biológico y lo social, el pa - pel del Estado y la investigación.....160
1.15. Agotamiento del Modelo de Acumulación; agotamiento del MM biologista y la búsqueda de la etiología colectiva a nivel comunal de la desnutrición.....168

TERCERA PARTE

1. El Problema de la Percepción Cotidiana de la Desnutri - ción por la Clase obrera.....182

BIBLIOGRAFIA

Primera Parte.....198
Segunda Parte.....202
Tercera Parte.....208

ANEXOS

Cuadro 3. Mortalidad General en los EUM.....210
Gráfica 1. Mortalidad General en los EUM 1922-1978.....211
Cuadros 4,5,6,7,8,9. República Mexicana, Número de Defunciones y Tasas por 1000 hab. por entidad federativa 1940-1959.212
Gráfica 2. Mortalidad por apendicitis, avitaminosis y diabetes EUM 1922-1978.....218
Cuadro 10. Investigaciones en desnutrición 1957-1960.....219
Cuadro 11. Investigaciones en desnutrición 1960-1980.....223

INTRODUCCION

Actualmente la desnutrición infantil es quizá el mayor problema de salud de los paises dependientes,subdesarrollados. Y es quizá también uno de los padecimientos más estudiados y al contrario uno de los menos resueltos satisfactoriamente. La determinación social de la desnutrición es reconocida por todos,incluso pertenece al acervo de conocimientos del sentido común. Es difícil encontrar un médico o un investigador que niege dicha determinación. Por muy biologista que desee etiquetarse a un individuo del sector salud,considerará,al interrogarlo,una obviedad la importancia de lo social en la generación y mantenimiento de la desnutrición.
Sin embargo,ahondese en el concepto de lo "social" y entonces veremos variadas interpretaciones: a lo social pertenece la pobreza,el analfabetismo,la incultura,los hábitos y costumbres,etc. Por otrolado se escucharán la lucha de clases,las relaciones sociales de producción,el capital,la ideología,etc.
Una vez delimitados los conceptos de lo social contrastémoslos con nuestras prácticas y nos veremos inmersos en un común denominador: reconocer lo social en el discurso para desconocerlo en la práctica. De forma que no extraña que la desnutrición,muy a pesar de reconocer su determinación social,siga siendo un flagelo de primera línea.
Interrogemos de inmediato ¿ habrá algo en el discurso mismo que posibilite y estimule esa esquizofrénica actitud ? Pero aún mejor ¿de qué realidad se nutre y se ha nutrido ese discurso? ¿de qué práctica?
Me pareció necesario investigar entonces el Saber Médico sobre Desnutrición(SMD en adelante) particularmente su historia,su desarrollo,bajo la idea de que este saber debía sustentar el discurso y práctica de médicos y población. Pensé que al estudiar su historia podría,al ir reconstruyendo su forma y contenido, identificar y analizar elementos del discurso-prácticas que han posibilitado aquella esquizofrénica actitud.

Al buscar estudios sobre la historia del SMD encontré en primer lugar que son escasos,en segundo que son muy escuetos,y en tercer lugar que están limitados a estudios historiográficos.
Nada,pues,indican ni explican sobre la historia de los individuos y las sociedades donde se gestó el SMD,el asunto fué peor para México y donde centré mi interés. De forma que empezé por interrogarme ¿Cúál habrá sido el desarrollo del SMD en México? Esta interrogante exigió formular otras preguntas tendientes a facilitar su contestación,por ejemplo:¿cúáles eran los vínculos internacionales? ¿ cuáles eran las relaciones del SMD con los procesos ideológicos,políticos,institucionales y científicos de nuestra sociedad? ¿ cómo ha sido el comportamiento de la desnutrición en relación con su saber ? etc.
Intento en este estudio dar respuestas a lo anterior.Para su exposición las divido en tres apartados generales: primero expongo los objetivos de la tesis,el planteamiento del estudio,su enfoque teórico-general y las preguntas e hipótesis de trabajo específicas al caso-mexicano. Enseguida sitúo el estado del objeto de estudio del cual parto y trato de analizar,criticar y reconstruir.Doy fin a esta parte abordando los antecedentes históricos del SMD/N (Saber Médico sobre Desnutrición/Nutrición) a nivel internacional. En la segunda parte expongo la dinámica nacional mexicana y sus vínculos externos.Sigo aquí una periodización histórica que contempla al mismo tiempo el desarrollo económico-social y el del SMD en México.
Finalmente, en la tercera parte concluyo con un ensayo sobre el problema de la percepción cotidiana de la desnutrición por la clase obrera.

PRIMERA PARTE.

1.-OBJETIVOS DE LA TESIS.

a)- Investigar el desarrollo histórico del SMD en México estableciendo su relación con el nivel internacional y con los procesos técnico-científicos,sociopolítico, institucional e ideológico a nivel nacional.

b)- Establecer cual ha sido el correlato entre el SMD y la desnutrición como dato biológico considerando la relación e implicaciones con los niveles expresados en el inciso anterior.

c)- Exponer la determinación histórico-social del problema de la percepción de la desnutrición por parte de la clase obrera.

2.- PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.

Los escasos estudios (1,2,3,4,5,6) que abordando alguna forma la historia del SMD, si bien, ofrecen datos sugerentes, su panorama es descriptivo y demasiado puntualizado. Tales abordajes nos acercan por vía acumulativa e historiográfica al mundo del conocimiento pseudo_concreto:

> "el mundo de los fenómenos externos, que se desarrollan en la superficie de los procesos realmente esenciales; el mundo del traficar y el manipular, es decir, de la praxis fetichizada de los hombres que no coincide con la praxis crítica y revolucionaria de la humanidad; el mundo de las representaciones comunes, que son una proyección de los fenó_menos externos de la conciencia de los hombres... y no son reconocidos como resultado de la actividad social..."(7)

Vistos así aquellos estudios, nos formulamos la exigencia de analizar críticamente los fundamentos teórico-metodológicos que constituyen su enfoque.

La manera de constituir el objeto SMD, particularmente en lo atinente a su reconstrucción histórica, nos llevó a ubicarlos en las corrientes positivista y estructural-funcionalista que se basan en el estudio historiográfico, esto es, un claro afán por la enumeración de hechos y anécdotas; por el análisis formal de los conceptos que definen al objeto. De modo tangencial, como mero soporte cronológico y biográfico, logran reconocer los aspectos sociales donde se desarrolla el SMD.

Por otra parte, el proceso de desnutrición como dato biológico rara vez es señalado y mucho menos establecida alguna relación con su saber, a pesar de que en otros estudios tratan profusamente el proceso de desnutrición real.

De los planteamientos que consideramos marxistas encontramos más escasos señalamientos sobre el desarrollo histórico del SMD (7). Sin embargo, estas corrientes basadas en el materialismo histórico y dialéctico, menudean en críticas al modelo de conocimiento positivista: en mostrar la ineficacia de este para explicar tanto el saber sobre desnutrición, como la desnutrición misma (excepto, claro, su explicación a nivel biologista) y su incapacidad en ofrecer alternativas de transformación efectiva.

Estas corrientes han generado en contraparte modelos de conocimiento que intentan reconstituir la dialéctica biológico-social en la explicación del proceso Salud-Enfermedad (PSE), sin embargo, concebido lo social como sistema de estructuras - (base y superestructura) en continuidad y discontinuidad histórica, etc. (FES), la mayoría de sus aportes están dirigidos a establecer relaciones entre la estructura-base con el PSE real(8). En tanto, los aspectos superestructurales e históricos son todavía reducidos en sus estudios. Aún más, por el material que hemos analizado, las corrientes positivistas y estructural-funcionalistas han abordado temas superestructurales con mayor empeño, aunque según su enfoque desligados con estudios de la estructura-base. A lo sumo, con estudios econocimistas y situados preferentemente en la lógica psicologista/culturalista (9).

Creemos que este último fenómeno es una especie de continuidad histórica pesadamente arrastrada hasta la actualidad. Marx señalaba en el siglo pasado, que el idealismo había descubierto el lado "vivo", "subjetivo", en el proceso de conocimiento. Quizás por eso no sea extraño constatar el profundo empeño de las corrientes idealistas "modernas" en el estudio de los fenómenos superestructurales. No pretendemos, por supuesto, avalar dichas corrientes. Reconocemos la orientación y sentido ideológico de tal empeño, que la sociología weberiana impulsó con su axiología y neutralidad valorativa, en beneficio del modo de - producción capitalista. Más esto no es óbice para remarcar un

un cierto desempeño de las corrientes marxistas en el estudio de los fenómenos superestructurales (por lo menos en salud, con honrosas excepciones).

Gramsci insistía reiteradamente en la necesidad de rescatar los aportes de Marx, Engels, Lenin, etc. en relación al conocimiento de la dinámica superestructural. Baste señalar como expresaban: que las creencias populares tienen "la validez de fuerzas materiales"; la necesidad de elaborar una historia del sentido común como presupuesto a "un acercamiento político-cultural (que) debe servirse de ciertos instrumentos didácticos - adecuados a la mentalidad popular confusa y atrasada..." (10).

O bien las expresiones en la correspondencia de Engels(11) donde el común denominador es destacar la importancia de la dinámica superestructural:

Engels a Mehring: "En lo que nosotros más insistiamos - y no podiamos por menos de hacerlo así- era en derivar de los hechos económicos básicos las ideas... y al proceder de ésta manera, el contenido nos hacia olvidar la forma, es decir, el proceso de génesis de estas ideas..."

Engels a Borgius: "El desarrollo político, jurídico, filosófico, religioso, literario, artístico, etc., descansa en el desarrollo económico. Pero todas ellas repercuten también los unos sobre los otros y sobre su base económica. No es que la situación económica sea la causa, lo único y activo, y todos los demás efectos puramente pasivos."

Engels a Schmidt: "...Ideas falsas acerca de la naturaleza, el hombre... los espíritus, las fuerzas mágicas, etc., se basan siempre en factores económicos... y aunque las necesidades económicas habian sido, y lo siguieron siendo cada vez más, el acicate principal del conocimiento... sería... una pedantería que por buscar a todas estas necedades primitivas una explicación económica." Pero, asienta Engels, estas ideas son complemento, condición, e incluso causa del incipiente desarrollo económico del período prehistórico.

Y podriamos citar otros tantos llamamientos de Lenin por ejemplo, al respecto. Pero quedémonos en que en todos ellos si bien se destaca la importancia de la superestructura, en ninguno se pierde de vista:

1.- La jerarquía de determinación "en última instancia de lo económico"

2.- La Categoría (implícita o explícita) de totalidad. Es decir, la necesidad de describir, analizar y explicar todo proceso, hecho, fenómeno, en una perspectiva que considere la relación de totalidad entre base-superestructura y entre fenómeno-esencia; entre sincronía-diacronía; entre sujeto-objeto, etc.

Tómese lo anterior como digresión necesaria que obligó a justificar nuestra intención de estudiar el SMD, orientados por la categoría de totalidad, considerando la ingente cantidad de estudios en salud que, obien destacan la determinación en "primera instancia de lo económico", o sobrevaloran la influencia "en última instancia de lo superestructural" (lo primero por algunas corrientes marxistas; lo segundo por las corrientes positivistas).

Con el propósito de definir y delimitar nuestros objetivos de investigación procedimos analizando bibliografía a nuestro juicio representativa, colectando señalamientos que nos sirvieron de base para establecer el estado del problema relacionado con el SMD. Entre otros señalamientos observamos, por ejemplo, la magnitud de la desnutrición, su trascendencia social y los intentos y propuestas para erradicarla; la discusión desde diversos ángulos del problema de su registro explicado por causas económicas hasta ideológicas; la discusión del "descubrimiento" de la desnutrición como problema político social, cómo se generó y el porqué de su "descubrimiento" y el intento bajo ésta perspectiva del estudio histórico de la desnutrición y el saber médico generado sobre ésta. Y -como hemos dicho- estudios en cuanto a este último señalamiento encontramos pocos y

desarticulados, con el resto de problemas abordados.

En términos generales, respecto a la magnitud de la desnutrición, no existe actualmente estudio alguno que niege su enorme prevalencia e incidencia enfáticamente en los paises dependientes, subdesarrollados, periféricos, del tercer mundo, etc.

Las repercusiones del padecimiento son detalladas a nivel biológico y sumamente nebulosas a nivel social. Apabullan por su cantidad los enfoques clásicos que relacionan la influencia -circular y tautológica- del padecimiento sobre la baja productividad económico social. Otro tanto hacen los estudios que detallan el impacto a nivel del desarrollo psicológico e intelectual del niño afectado por desnutrición.

Respecto a los intentos y propuestas para erradicar la desnutrición, existe cantidad de información sobre las estrategias seguidas y las repercusiones que han tenido, todas -excepto en paises como Cuba- en términos de sus fracasos evidentes. Se reconoce, a pesar, con claridad la sencillez técnico-biológica para erradicar el padecimiento, pero en contraparte una tremenda complejidad sociopolítica para lograrlo.

Los enfoques positivistas pretenden según su perspectiva (psicologista y culturalista) ubicar el problema de solución en el plano educativo. Educar a la población objetivo, es decir, aquella más expuesta al riesgo y daño por desnutrición. Proliferan en este enfoque estudios de hábitos alimentarios, de valores atribuidos a los alimentos, etc.. Hermanas de esta corriente son los enfoques economicistas que en sus planteamientos más avanzados ubican el problema de solución en la distribución y consumo de alimentos.

En contraste los enfoques marxistas abundan en el problema económico, con escaso acercamiento a los planos ideológico-culturales de la población objetivo. Si bien ubican la solución del problema en el nivel económico y político, en ocasiones sus planteamientos son tan generales y abstractos que re-

sulta difícil diferenciarlos de las formulaciones económico-funcionalistas.

Se sabe cabalmente que la magnitud real del problema es desconocida merced a diferencias en el registro estadístico, mediada, obviamente, por deficiencias en su diagnóstico clínico. El subregistro es achacado, como hemos dicho, principalmente a - velaciones ideológicas implícitas en la formación y práctica - del médico que tienden a percibir la desnutrición como "normal" dada su frecuencia cotidiana. De hecho entonces, la magnitud del proceso desnutrición es inferido por aproximaciones empíricas a través de encuestas nutricionales y/o estudios antropométricos regionales.

Por último, al indagar los origenes del estudio sistemático de la desnutrición y cómo se fue desarrollando en México, encontramos referencias delpadecimiento aún desde la conquista española. Pero que fue realmente "descubierto" como problema médico-social en el último tercio del siglo XIX y vuelto a - "descubrir" con plenitud a mediados de la segunda década del - presente siglo. A nivel internacional se menciona que la desnutrición fue "descubierta" como problema social y no simplemente médico a partir de la segunda guerra mundial. Durante este lapso, en México, el estudio del padecimiento adquirió un ritmo acelerado y poco después aparecieron los primeros escritos puntualizando la evolución del SND, destacando el papel relevante de nuestro país a nivel internacional contribuyendo originalmente a su avance. Estos escritos enfatizan la evolución del SND teniendo al tiempo sólo como punto referencial. Lo que caracteriza aquella evolución es la descripción acumulativa de paradigmas emergentes que sucesivamente fueron ampliando y ahondando el saber sobre desnutrición. De acuerdo con esta visión estariamos -como dice Entralgo-(12) aceptando que el estudio histórico de un problema sólo tiene sentido como mero ejercicio literario, puesto que, basta reconocer en el Saber actual la - síntesis positiva de todos los paradigmas anteriores que fueron mostrados como ciertos e irrefutables. Así la historia se nos presenta como progresiva y armónica de forma que el Saber actual

sólo admite críticas internas para hacerlo avanzar en el sentido que su "progreso" ha determinado, de suerte que si el "progreso" ha sido biologista, biologista tendrán que ser los nuevos paradigmas que por vía acumulativa harán progresar el SMD.

2.4.- PREMISAS DEL ENFOQUE ADOPTADO.

Partimos de que es posible estudiar el SMD bajo la premisa epistémica y metodológica de privilegiar la categoría de totalidad. Considerando objeto central en nuestro estudio la historia del SMD arrancamos del supuesto de que es correcto abordarlo tomando en cuenta el movimiento histórico social "por un lado (del) análisis de la relación entre saber y objeto y por otro lado, el análisis de la relación entre sujeto y saber"(13)

Ello considerando la existencia de un solo objeto: desnutrición real. Pero como producto de múltiples determinaciones el estudio del objeto real, concreto por la via del pensamiento, puede y debe hacerse a nivel del objeto empírico (desnutrición como dato biológico) en su determinación social e histórica; y a nivel del saber generado sobre el objeto considerando las mismas determinaciones histórico-sociales. En otras palabras, no es posible comprender el SMD por si sólo, ya que éste Saber no existe de manera independiente, ni es solamente referencia del objeto empírico. Este saber constituye una "forma transformada" del propio objeto que se relaciona en el proceso de conocimiento con el sujeto cognocente. Relación imposible fuera de la historia y la sociedad, tanto que historia y sociedad determinan constituyendo el sujeto, al objeto, a los medios de conocimiento así como a su resultado: el saber. En tanto"forma transformada" del objeto, por la via del pensamiento, el saber no se reduce a reflejar cual fotografía la estructura del objeto. Por el contrario el saber representa modelos de explicación, siempre aproximada, de las relaciones múltiples que determinan y dan existencia al objeto concretizándolo: "Lo concreto es concreto, ya que constituye la síntesis de numerosas determinaciones, o sea la unidad de lo diverso"(14)

Historia y Sociedad, por otra parte, no sólo constituyen a las relaciones anteriores, sino que estas mismas son -

constituyentes de aquellas. Especial constituyente de Historia y sociedad es el propio sujeto social, práctico y cognoscitivo. De manera que al estudiar cualquier parte de esta compleja relación, v.gr. el SMD, es menester ubicarlo en la totalidad de sus relaciones dialécticas, hasta concretizarlo de forma que en su especificidad se sintetizen la multiplicidad de determinaciones que lo constituyen. En esta intrincada red de relaciones no todas las determinaciones tienen el mismo peso. Algunas serán fundamentales y de mayor jerarquía tanto en la génesis de un proceso como en su estructura lógico dinámica. De suerte que las determinaciones histórico-sociales tendrán siempre, en última instancia, mayor peso y jerarquía en la explicación de la génesis del SMD así como en su estructura. En consecuencia sostenemos que en el estudio del SMD es posible observar la historia misma de la sociedad que lo genera. Al propio tiempo el saber generado nos revela el comportamiento del objeto mismo al que se refiere. Y a su vez el comportamiento del objeto (desnutrición como dato biológico) revela cabalmente el movimiento histórico-social. Por supuesto, aunque cada movimiento expresa necesariamente la totalidad de relaciones constituyentes/constituidas, no por eso perderán su especificidad. De manera que en ésta tupida red de relaciones no se espere encontrar mecánica identidad, ni histórica, ni social, entre objeto y saber; entre saber y sujeto, etc.. Porque como dice L. Entralgo(15) el saber generado en momento dado puede ser olvidado, deformado, perdido, etc. o bien puede ser incorporado por simple continuidad por una sociedad que poco tuvo que ver con el objeto-problema que lo generó. Y es que el saber, aún cuando versa siempre sobre el objeto real, goza de relativa autonomía. Como tal puede moverse en planos (aparentemente) separados del objeto y de la estructura social en que este se desenvuelve. Esta es la razón por la cual el positivismo ha podido fundar con un mínimo de credibilidad la eficacia de la historiografía positiva. Más si estudiamos un saber y volvemos la mirada atrás e incursionamos en la realidad histórico-social de donde deriva el saber en cuestión, veremos siempre su correspondencia con el movimiento del objeto-problema

tal como se presentaba en aquella sociedad y en aquel momento histórico. Es decir, un saber surge porque se problematiza la realidad en búsqueda de su transformación práxica, pero un problema se presenta como tal socialmente "cuando las condiciones materiales para resolverlo existen o se encuentran en estado de existir"(16). Es decir, dependiendo del momento histórico con su modo específico de producir tales condiciones materiales. Por ésta premisa es necesario que al estudiar un saber, estudiemos su génesis no sólo en el tiempo, sino dónde y en que condiciones se generó, o sea la sociedad o formación económica social concreta que le dió realidad a dicho saber. Pero al estudiar una FES debemos destacar la universalidad de su modo de producción hegemónico y sobre este encarar el problema de la relación base-superestructura, atendiendo como advierte Cardoso(17) la distinción del contenido y forma de la superestructura, su autonomía relativa, y su determinación en última instancia por la base económica. La supremacía del desarrollo económico es incuestionable para Engels pero enfatiza que ésta "se opera dentro de las condiciones impuestas por el campo concreto: en la filosofía, por ejemplo, por la acción de influencias económicas (que a su vez, en la mayoría de los casos, sólo operan bajo su disfraz político, etc.) sobre el material filosófico existente, suministrado por los predecesores. Aquí la economía no crea nada a novo, pero determina el modo cómo se modifica y desarrolla el material de ideas preexistentes, y aún esto casi siempre de un modo indirecto, ya que son los reflejos políticos, jurídicos, morales, los que en mayor grado ejercen una influencia directa sobre la filosofía".

De ésta cita desprende Cardoso la tesis de que el <u>contenido</u> superestructural "se deriva de la base económica, pero no así su <u>forma</u>, puesto que ésta depende de un largo proceso de génesis y evolución... o sea la base económica, al <u>cambiar</u> reorganiza, en función de sus propias necesidades, el material superestructural pre-existente." Pero como señala Engels casi siempre esta reorganización y/o modificación se realiza de modo

indirecto por ejemplo a través de los procesos políticos. En este sentido es imprecindible incluir el análisis del porder político y la lucha de clases para estudiar en totalidad la historia del SMD.

La categoria de totalidad creo entenderla al modo que la expone Kosik (18) donde esta no implica "todos los hechos" sino un todo estructurado y dialéctico,es decir, los hechos,los procesos necesarios para hacer inteligible "tanto en la forma de investigación como en la forma de exposición" (A.Bartra) la teoría sobre el objeto de estudio.

Retomando las premisas anotadas defino el Saber Médico sobre Desnutrición como: el conjunto de conocimientos,ideologias y representaciones que gozan de relativa autonomía y que se estructuran históricamente en función de sujetos sociales que se relacionan de múltiples formas (prácticas,políticas,colectivas,intelectuales y psicológicas) con el proceso desnutrición.

Para esta definición me he apoyado en M. Kaplan(19) Por otra parte creo conveniente hacer la siguiente acotación.Concibo el SMD como el conjunto de conocimientos (sean científicos o no) sobre desnutrición,empero,lo extiendo a varios niveles: conocimientos en cuanto al propio padecimiento como entidad nosológica; conocimientos en cuanto a como atenderlo(práctica médica); conocimientos en cuanto a su transmisión reglamentada (profesionalización) o no reglamentada; conocimientos en cuanto a como obtenerlos (investigación). Por esta acotación se observará que en este estudio procuro relacionar dichos niveles.

Como puede desprenderse de la definición anotada tomaré en cuenta cuatro elementos fundamentales para aborradar el estudio del SMD :

1o. Su carácter histórico
2o. Su carácter social
3o. Su carácter político-ideológico
4o. Su relativa autnomía teórica

Haré hincapié en la trascendencia que economía, política e ideologia ejercen sobre el desarrollo del SMD porque de los elementos destacados son los más relevantes. Por otro lado si economía, política y conocimientos se inscriben siempre en un contexto de relaciones internacionales es entonces necesario tomar en cuenta la universalidad del SMD y sus nexos con el ámbito nacional.

Ahora bien, al estudiar bibliografía sobre el SMD se encuetra que existen referencias tan tempranas como la lucha de clases de donde es sostenible la tesis de que la desnutrición misma es inherente a la historia de la lucha de clases pero el SMD ha variado muchísimo y por tanto también la forma de atacar el padecimiento. Delimitando el caso de la FES mexicana resultaron las interrogantes siguientes:

a)- ¿ Por qué si desde 1865, y aún durante la conquista y la colonia en menor medida, ya se refería la desnutrición en México, su establecimiento como entidad nosológica hecha por los médicos se verifica con más claridad hacia 1916 y su estudio intenso y sistemático hacia la década 1940-1950 ?

b)- En esos diferentes momentos históricos ¿ cuáles fueron las condiciones de desarrollo del SMD a nivel internacional y sus relaciones con el nivel nacional ?

c)- Y ¿ Qué relaciones sostenian las condiciones sociales y políticas del país con las internacionales y cuáles serían sus nexos con el desarrollo del SMD y con el desarrollo de la desnutrición misma ?

d)- ¿ Por qué México adquirió tradición y relevancia en el estudio de la desnutrición a nivel internacional sobre todo a partir de la década de 1940 ?

Para resolver estos problemas, consecuentes con las premisas teórico-metodológicas antes enunciadas, partí de la idea de que analizando el modo de producción dominante en cada etapa histórica así como los problemas que su lógica de mantenimiento y desarrollo hace surgir, nos podían explicar porqué la desnutrición era o no percibida y a que nivel correspondía entonces su saber. Por supuesto nos interesaban aquellos problemas relacionados más directamente con desnutrición. Primero - teníamos que definir por qué se presenta el padecimiento y cómo se manifiesta. Segundo, cómo ha sido conceptualizado, es decir, cómo se ha "transformado" en saber. Tercero, cómo el saber y la estructura social general se sintetizan en el saber específico sobre desnutrición.

Respecto al primer punto la categoría reproducción de - la fuerza de trabajo constituyó el eje explicativo del por qué se presenta la desnutrición. Así cada modo de producción se reproduce en totalidad a partir de mantener dos condiciones básicas: la producción/ reproducción de sus fuerzas productivas y sus correspondientes relaciones sociales de producción. La forma como esto suceda en relación dialéctica con la superestructura política-ideológica determinarán la reproducción de lafuerza de trabajo. Ahora bien, como señala Marx(20), la fuerza de trabajo es una actitud del ser viviente, pero su mantenimiento presupone la reproducción de su soporte material-biológico: el ser humano NATURAL. Esta materialidad biológica del ser humano se produce/ reproduce directamente a través del consumo-desgaste de energía y proteínas, fundamentalmente. Si definimos a la desnutrición como "la deficiencia de energía y proteinas" esta dependerá entonces del modo como se reproduce la fuerza de trabajo en un modo de producción determinado. Aún más, esta reproducción supone un contenido "moral e histórico" de forma que en un plano más concreto dependerá de la FES donde dicha reproducción se inserte.

Decíamos por otra parte, que los procesos económicos

"fijan" el contenido de la superestructura en un modo de producción determinado, o,mejor dicho aún,en una formación económica social.- Pero la forma dependerá de un"largo proceso de evolución".Entonces debemos analizar los procesos económicos en su devenir histórico al punto de studiar sus procesos superestructurales para comprender - contenido y forma del SMD. Así estaremos en condiciones de responder como ha sido conceptualisada la desnutrición en tanto su presencia surguiése como objeto-problema en alguna sociedad. El movimiento de su concepto nos puede indicar como se manifestaba dicho objeto-problama o mejor dicho como se le percibia. El nivel de percep - ción se explicaría por el nivel de desarrollo ecónómico en tanto - este "fija" los límites del saber reorganizando el saber precedente mantenido; y como es improbable encontrar un desarrollo social unilineal entonces es igualmente improbable encontrar un desarrollo -- del SMD unívoco. Por otra parte el SMD es parte constituyente y constuida del desarrollo social-económico,no es su mero reflejo pero tampoco es totalmente independiente de suerte que el contenido del SMD es capaz de sintetizar peculiarmente las características de la estructura que lo genera.

En razón de todo lo anterior, para el caso de la FES mexicana, orientado por las interrogantes formuladas respecto al desarrollo del SMD guié la tesis con las hipótesis siguiente:

> La forma del SMD desarrollado en México presupuso una larga - evolución del saber sobredeterminado por el carácter colonial primero y luego dependiente,de la FES mexicana a partir de los paises centrales, de donde se comprende que para hacer inteligible la historia del SMD en nuestro país es menester abordarla en relación con el ámbito internacional.
>
> El contenido del SMD fué"fijado" durante la época de 1930-1950 por las necesidades del modelo de acumulación capitalista im - plantado que enfrentaba el problema de la reproducción y man - tenimiento de la fuerza de trabajo obrera y campesina. El mo -

delo de acumulación referido fue basado en la sustitución de importaciones para industrializar al país, requiriéndo de avances en el SMD y nutrición para garantizar "científicamente"la reproducción de la fuerza de trabajo fundamental,"ante las nuevas condiciones técnicas"de producción" (E. Menéndez).

Por otro lado,la trasnacionalización de la economía capitalista con aumento de inversión directa en el proceso dependiente mexicano impulsó el desarrollo del SMD/N con el propósito de "industrializar - la salud" en este campo.Al respecto discrepo con J.C. Escudero que- expresó:

> "Se trata (la desnutrición)...de una enfermedad que no interesa a las metrópolis que rigen las líneas de investigación médica en el mundo, y por tanto para su prevención o- tratamiento no se elabora ninguno de los productos de la - moderna 'industria de la salud',ni tecnología complicada - ni eqipo costoso"(21)

Pienso que,por el contrario, en esta área es factible apreciar con- claridad un proceso de "industrialización de la salud" que determinó en cierta medida el curso y orientación del SMD sucediendo incluso en este campo lo que Menndez señala para el MM (modelo médico) - capitalista: descalificación de la clínica, biologicismo,ahistori - cidad,asocialidad,mercantilismo y eficacia pragmática. Son estos los contenidos del SMD que la estructura capitalista "fijó" en México - principalmente a partir de la década 1940-1950. Es factible,por tanto,demostrar que en el desarrollo del SMD se sintetizan variados rasgos del desarrollo económico de esa década.

Ahora que,el "re-descubrimiento" de la desnutrición como problema - sociopolítico durante la segunda guerra mundial(cfr. Menéndez,op cit) desde mi punto de vista se conjugó con los factores económicos internos intensificando el desarrollo del SMD.

Las crisis económico-políticas incrementan la desnutrición induciendo a "descubrirla" como problema médicosocial. Por ejemplo, uno de sus-

primeros "descubrimientos" se verifica en el lapso de la primera - guerra mundial a nivel internacional,mientras en México discurre - el lapso de la revolución de 1910,por ello no puede ser casual que sea hasta 1916 cuando en nuestro país el establecimiento de la desnutrición como entidad nosológica sea más o menos sistematizada. Luego es hasta 1940-1950 cuando se intensifa su estudio,justo en el lapso de la segunda guerra mundial,siendo en México el período de - consolidación industrial y cuando los médicos reportaban que la desnutrición era endémica en el país a más de tener una tasa de letalidad muy eleveda (del 50 al 60%).

Por supuesto que el avance precedente del "juego teórico-práctico" de la medicina en general será obligadamente un proceso importante, sin olvidar las necesidades ideológicas y políticas del capitalismo. En fin,aquellos "descubrimientos" coinciden con sustanciales avances del SMD representando discontinuidades indicativas de una continuidad que al largo plazo histórico identifican el paralelismo e imbricaciones obligadas entre el movimiento de la desnutrición y el SMD- siguiendo ambos el eje del desarrollo económico.

> "Cuanto más alejado esté de lo económico el campo concreto que estudiamos y más se acerque a lo ideológico puramente- abstracto, más casualidades advertiremos en su desarrollo- más zigzagueos presentará su curva.Pero si traza usted el- eje medio de la curva,verá que cuanto más largo sea el período en cuestión y más extenso el campo que se estudia, - más paralelamente discurre este eje al eje del desarrollo- económico"(22)

En otro punto me preguntaba por qué México adquirió tradición e incluso hizo aportes al saber sobre desnutrición en el plano internacional. En continuidad con lo formulado anteriormente en relación - con los "descubrimientos" de la desnutrición en nuestro país pensé- que era necesario inscribir el desarrollo de México en aquel plano

particularmente en la década de intensificación de los estudios - sobre desnutrición. Por entonces las relaciones con EUA son más - estrechas que con los paises europeos. Relaciones empero marcadas- por el estigma de la dependendia sin embargo redefinida merced a - la espectacualr industrialización relativa de México. Pasada la segunda guerra mundial EUA emerge claramente como primer potencia cuya capacidad de desarrollo habría de hacerla aparecer no sobre la- lógica del más fuerte ni belicoso sino del más emprendedor y laborioso. Tuviérase entonces de ejmplo a paises como México,en pleno- auge. Lo que justificaba las tesis desarrollistas en ciernes. Aunado recordemos las plíticas macartistas y de "seguridad hemisférica" imbriquémoslas con el reconocimiento de la desnutrición como pro - blema sociopolítico y nada parecerá más lógico que suponer que México se inscribiese importantemente en las políticas de "ayuda" proporcionadas por el capitalismo norteamericano,"ayuda" en este caso- para conocer mejor la desnutrición y atacarla. Ello puesto que de - acuerdo con su reconocimiento social resultaba un padecimiento de - inicio incompatible con las tesis desarrollistas. Ya no resulta raro constatar de cierto modo que en el área de la medicina nutricional - la investigación haya sido apoyada por EUA. Pero esto no sería más - que una parte de la cuestión,pues por otro lado la necesidad de alimentos requeridos por E.U.A en el inter de la segunda guerra se en - contraba estrechamente ligada con la necesidad de avances en la medicina nutricional para ser aplicados en el ejército norteamericano. Y no es descabellado suponer que México cumpliera con el doble papel - de proveer de alimentos al vecino del norte al propio tiempo que se- conviertiera en un laboratorio anexo de medicina nutricional.

Los estudios sobre desnutrición y nutrición hechos en México fueron pues sucediéndose en el contexto de una dinámica nacional en íntima conexión con la externa y sus características y contenidos fueron - "fijados" por el interjuego de ambas.Las características del SMD que se desarrolló en la década 1940-1950 se observan decididamente bio-

logistas y muy limitados al área hospitalaria en el medio urbano. Pero a fines de la década siguiente (1950-1960) los estudios en desnutrición empezaron a desplazarse del área hospitalaria y urbana al área epidemiológica y rural y el carácter biologista de la investigación pretendió incorporar un carácter social. Lo pretendió solamente porque el tratamiento de lo social fue hecho con un enfoque positivista y estructural-funcionalista lo que a fin de cuentas constituyó una forma de biologizar lo social. Sin embargo el hecho fue que lo social apareció tratado en las investigaciones planteándose la necesidad de conocer la etiología colectiva de la desnutrición a nivel comunal. ¿Por qué sucedió?

La década de los 50s abrió un ciclo de crisis sostenida, de "claros síntomas de agotamiento de un modelo de acumulación capitalista" basado en una industrialización sustitutiva a expensas de una agricultura exportadora y de reserva de mano de obra barata. Esta situación deteriorba aún más las condiciones de vida del campesinado aumentando en ellos la incidencia y prevalencia de desnutrición. Movimientos sociales estallaron en la década incremetándose sensiblemente hacia sus finales.

A nivel internacional los movimientos populares y campesinos sucedidos en casi todos los paises de américa latina y el resonado triunfo de la revolución cubana, motivaron la emergencia de políticas regionales "para el desarrollo" global" que destacaban la importancia del sector campesino, cada vez más depauperado.

En salud son los inicios de la llamada "extensión de cobertura" como política dizque prioritaria. En realidad reflejaba muy bien lo que Saxe llama sugestivamente la extensión de una "medicina preventiva civil" aunada a una "medicina curativa militar"(23) Aunemos además que tal Eextensión de cobertura" implicaba la extensión del mercado para la "industria de la salud", necesidad, pues, de su reactivación inscrita en el lapso de la crisis.

Visto en términos generales no cuesta mucho trabajo explicar el giro de la investigación en desnutrición hacia el área rural y la incorpo-

ración de lo "social" en sus estudios epidemiológicos,que decia se empezaron a incrementar a finales de la década de los 50's sostenien dose durante los 60's.

Hasta aquí los contenidos de la tesis abarcarán las dos primeras - partes de su exposición.

La tercera parte incluye un ensayo sobre el problema de la percep - ción cotidiana de la desnutrición por la clase obrera. La tesis -- que se destaca es que esta clase percibe/despercibe la desnutrición merced a la enajenación de su trabajo por el capital.

La clase obrera se encuentra en su cotidianidad en un desconocimien- to,en una falta de conciencia de sus "poderes potenciales de trans- formación histórica", cotidianidad que la enajenación de su trabajo refuerza. Lo cotidiano -dice kosik-se opone a la historia. La falta de una conciencia histórica en la clase obrera hace que en la cotidia - nidad se le aparezcan las relaciones sociales capitalistas como e- ternas y naturales en la misma medida se le aparece,concibe y perci- be a la desnutrición como un hecho cotidiano natural,enteramente -- "normal". El desarrollo del SMD impulsado por los médicos se encar- gará de reproducir la ilusión. Ilusión,sin embargo,opresiva que tien de a ser percibida como fatalidad inexorable sin concebirla como - dice Kosik que no es más que "la proyección de detrminadas condicio- nes históricas".

3.- PRIMERA APROXIMACION AL OBJETO DE ESTUDIO

La historiografia médica nos presenta formalmente el desarrollo del SMD como una progresión lógica de conocimientos positivos relativos al campo nutrición/desnutrición principiando por un saber-empírico-descriptivo que se fue complejizando hasta llegar a un saber científico-racional.

Desde esta perspectiva el desarrollo del SMD/n es expuesto de diversas maneras. Por ejemplo,se dice,primero el concepto de alimentación era empírico y estaba regido exclusivamente por hambre y saciedad.Luego,Lavoisier demostró el origen del calor animal causado por oxidaciones en el organismo que dependian de los alimentos consumidos,el esfuerzo físico y la temperatura ambiental. Después, Magendi en 1816 demostró el valor alimenticio de las proteinas...Voit en 1857 determinó la forma de eliminación del nitrogeno.Más adelante, se mostró el valor energético de la dieta y el mínimo protéico.Enseguida Osborne y Mendel crearon la ley del mínimo al mostrar la influencia de las aminoácidos en el crecimiento.Seguidamente,se descubren las vitaminas y se originó el concepto de carencia.Seguidamente y adelante,se rebasó el concepto de mínimo indispensable y se le dió nueva dimensión al concepto de carencia y surge el concepto de equilibrio expuesto por Raindon,Simonet y Alquier.Luego,culmina Escudero con la formulación de las leyes fundamentales de la alimentación.(24

De esta manera es expuesto el desarrollo del conocimiento sobre nutrición y alimentación,mostrándolo como avances de complejidad creciente y lógica.

Paralelamente se describe el desarrollo del SMD enmarcándolo en los siguientes períodos históricos:

El primero, se caracteriza por la búsqueda o reconocimiento de una entidad nosológica. Son descripciones, reportes y observaciones que llevaron progresivamente a la entidad de la desnutrición.

El segundo período corresponde a la investigación de los mecanismos productores de la enfermedad, cuya comprensión fundamentó el tratamiento racional del padecimiento a nivel individual y concomitantemente la disminución de la letalidad.

El tercer período, se caracteriza por la investigación de la etiología a nivel comunal y las alternativas para eliminar los factores productores o sea, la prevención."(25)

El período descriptivo comprende desde finales del siglo pasado hasta la década de 1940.

El segundo período abarca desde 1945 aproximadamente hasta finales de la década de 1960.

Finalmente el tercer período comprende desde 1957 hasta la actualidad.

Otro comentario: "La desnutrición se manifiesta clínicamente por una rica sintomatología que ha sido descrita en profusión desde principios de siglo, al grado de que, antes de 1935, prevalecía gran confusión y se describian multitud de síndromes que no eran sino desnutrición proteínico-calórica"(26)

Otro más: En 1916 se presentó una epidemia de"hidropesía" en la ciudad de México, el Dr. Everardo Landa la llamó " hidrohemia por alimentación insuficiente". Por esa época el concepto de hipoproteinemia apenas estaba elaborándose. El reporte del Dr. Landa representa uno de los primeros trabajos en México sobre problemas carenciales(27)

Estos son algunos de los aportes historiográficos que ciertamente nos aproximaron a delimitar nuestro objeto de estudio: saber médico sobre desnutrición en México. Pero había que proporcionarle historicidad, en primer término, a manera de poder concretizarlo trascendiendo lo abstracto o pseudoconcreto que nos presenta la historiografía positiva.

Para tal fin consideré necesario exponer con cierto detalle el SMD tal y como lo podemos encontrar en la mayoría de los textos médicos actuales. Por economía en la exposición y como un recurso didáctico resumí en un esquema los elementos principales que conforman el SMD actual (ver esquema 1)(+) además relacioné cda elemento con las ramas de estudio y a las ciencias "extramédicas" a que pertenecen ya que sólo abordando éstas es posible comprender el SMD. Hecho el esquema el objetivo fue hacer su reconstrucción histórica tomando en cuenta la categoria de totalidad al modo-como decia en la exposición del enfoque adoptado- como la entiendo de Kosik, es decir, considerando no todos los hechos sino aquellos necesarios y suficientes para hacer inteligible la historia del SMD en la multiplicidad de sus determinaciones. Por otra parte, de acuerdo con el método marxista debemos empezar por describir y analizar el saber actual y sobre su base tratar de dar cuenta de los elementos históricos que en el subyacen. La anatomía del hombre proporciona la clave para entender la anatomía del mono- diría Marx.

Ahora bien, el saber-considerado como objeto de estudio-al contemplarlo en sus múltiples determinaciones se deben destacar aquellas esenciales armando el "esqueleto" del objeto y revistiéndolo con sus manifestaciones a manera de darle sentido al objeto estudiado, estructurándolo y reproduciendo el movimiento que este tiene en su devenir histórico-real.

Recuerdo entonces la tesis de Engels de que la estructura económica es el eje sobre el cual giran y se acomodan los procesos superestructurales. En este caso el desarrollo del SMD sería ininteligible sin el estudio del eje económico que lo ha estrucutrado históricamente, y ello aceptando que lo económico actúa y se expresa a través de mediaciones políticas e ideológicas, jurídicas, institucionales, etc., que a su vez actuarán sobre la base económica.

Regreso al planteamiento de describier y analizar el SMD/N actual y tratar de reconstruirlo en su desarrollo histórico relevando el caso de su historia en México.

(+) LOS ELEMENTOS DEL SMD SON TOMADOS DE H. BOURGUÉS (28)

SMD/N	RAMAS DE ESTUDIO	PROCESOS QUE ESTUDIAN	CIENCIAS QUE LO ESTUDIAN
DEFINICION:			
Insuficiencia			
Energías ----------	Termodinámica ----------	Inorgánicos: ----------	Naturales:
Proteínas ----------	Bioquímica	calor, reacciones químicas	física Química
CLASIFICACION			
Secundaria			
Etiología lo., 2o. y 3o. grados ----	Estadística ----------	Probabilidad ----------	Matemáticas.
Enfermedad de base: interferencia en ciclo digestivo ----------	Fisiología ----------	Orgánicos: ---------- Metabolismo Digestión	Biológicas
Primaria:			
Etiología			
Menor disponibilidad y uso ineficiente de alimentos ----------	Economía política -------- antropología	Sociales: ---------- Acción social Fuerzas productivas relaciones sociales de producción	Sociales
Insuficiente poder adquisitivo ignorancia	genética evolución	adaptación ecología ----------	Naturales biológicas
FISIOPATOLOGIA:			
Balance negativo nutrientes ----------	Fisiopatología ----------	orgánicos: ---------- metabolismo	Naturales: Biológicas
Lesiones funcionales ----------	Anatomo-fisiología -------	Reproducción y crecimiento desarrollo	
Correlación Anatomo-Funcional:			
-Homeostasis	BALance Negativo		
-Homeorresis	Correlación P/T-Antropometría	Adaptación	
	Desadaptación y retraso en el desarrollo psíquico -Psicología	Sociales adaptación ----------	Sociales Psicología
CUADRO CLINICO:			
Datos clínicos Universales	atrofia ------- dilución y difunción	Anatomopatología -------- Fisiopatología	Orgánicos ---------- Reproducción Crecimiento Desarrollo	Naturales Física Química
Agregados	Infecciones --- DHE -------	Microbiología Bioquímica	Mov. Celular Mov. Molecular	
Circunstanciales	Edema -------	Fisiopatología Anatomoclínica.		

Nos guiaremos entonces con el anterior cuadro para ir rastreando la emergencia y desarrollo de los elementos del SMD/N

4.-LA DINAMICA INTERNACIONAL EN EL DESARROLLO DEL SMD-N.

[redacted].

4.1.LAS BASES DEL SMD/N: SIGLOS XVII/XVIII

Entre los siglos XVII al XVIII se puede rastrear las incipientes bases del saber médico relativo a la constitución nosológica de la desnutrición tal como en el cuadro anterior hemos desglosado en sus elementos. Intentamos hacer una correlación entre dichos elementos con las ramas de estudio y a la ciencia que pertenecen, ya que coincidimos con Entralgo cuando dice: "cumpliendo una ley general de la historia de la cultura que la novedad en el curso del saber médico suele ser consecutiva a la que se conquista en otros campos de la actividad humana" (29). Por esta coincidencia expondremos las conquistas del saber en los diferentes campos de la física, química, biología y ciencias sociales, para luego analizar cómo el saber médico tomó de aquella sus fundamentos. Empero, también veremos, como después, algunas de aquellas ramas tomarán de la medicina algunas conquistas del saber médico para fundamentar su desarrollo.

Durante los siglos XVII al XVIII a partir de diversas corrientes, diversos saberes digamos, se irán señalando los caminos del desarrollo científico de la medicina moderna, y en ellos los que a nosotros concierne mayormente el desarrollo del SMD.

La diversidad de saberes se encontrarán en un contínuo de desarrollo pero nunca como líneas unívocas "puras", ni como verdades plantadas cual semillas que se irán desplegando automáticamente en tiempo y espacio evolutivos. Por el contrario siempre se manifestará una continuidad histórica sustentada en multiplicidad de líneas de desarrollo (todas las que potencialmente puedan formular las sociedades europeas de los siglos XVII-XVIII), y que analizándolas explican el desenvolvimiento tan diverso del saber médico. Siempre también se encontrarán diversas líneas entreveradas e influyéndose unas sobre otras, pero con suficientes rasgos de especificidad para poder captar la línea dominante en tal o cual pensador corriente o escuela. Por último se encontrarán

verdades relativas que evolucionarán a través de discontinuidades o rupturas pero nunca como brotes espontáneos, sino inclusive sobre la base de demostrar la falsedad de un saber pretendidamente verdadero en etapas anteriores.

Entrando en materia, el desarrollo de la física y la química serán sustanciales para edificar las bases de la moderna fisiología que a la postre estudiaría la fisiología digestiva y de los procesos energético-materiales del cuerpo humano. El proceso será lento y determinado por las estructuras sociales, más adelante abordaremos su explicación.

En física durante el siglo XVIII emergerá la concepción del calor y el concepto de temperatura (30); en química la introducción del concepto de elemento químico por Boyle que luego sistematizaría Lavoisier (31) sustentaron al desarrollo de la fisiología-química.

En el siglo XVII Santorio (32) introdujo la pesada en la investigación "estudiando las variaciones de su propio peso en diversas condiciones tomando en cuenta la cantidad de alimentos ingeridos y las excresiones eliminadas" al tiempo la pesada será de uso habitual en la investigación fisiológica.

En biología, por una resuelta actitud anticientífica de negarle validez objetiva (33) los aportes de esta rama serán escasos para lo que a nosotros interesa.

Maine de Biran en Psicología y Casmann en antropología (34) abrirán la brecha en sus respectivos campos con aportes también mínimos que se desarrollarán hasta el siglo XIX. Sin embargo, los fundamentos filosóficos serán, como para todas las ramas del saber vigentes en la época, el materialismo mecanicista, empirismo y racionalismo.

En cuanto al desarrollo de las ciencias sociales, incluida la economía, es preferible abordarla hasta el siglo XIX donde surgen con claridad dos tendencias fundamentales que inclusive mueven a desarrollar este estudio; economía y sociología burguesa y economía y sociología marxista.

Huelga señalar que durante los siglos XVII y XVIII las ciencias naturales habrían de impulsarse desahogadamente en contraparte con un escaso desarrollo de las sociales.

Veamos ahora como fueron adoptándose las conquistas del saber en estos campos externos a la medicina y como se sintetizan en el SMD actual.

Los conceptos de calor y temperatura generados por las ciencias físicas resultaron pilares de la termodinámica que como vemos en el esquema del SMD actual es fundamental para comprender la definición de desnutrición en tanto deficiencia de energías o calorías. El hilo conductor de esta síntesis se encuentra en la visión médica vitalista del siglo XVIII que conceptualizaba el proceso digestivo de los alimentos como un proceso "alquímico-energético".

El desarrollo del concepto de elemento químico se incorporó a la fisiología química propiciando el desarrollo de las bases físico-químicas para comprender el concepto actual de desequilibrio hidroelectrolítico sustancial al concepto de desnutrición con sus signos agregados. En este caso el hilo conductor deriva de las concepciones "alquimistas" de Paracelso que entendía la composición del cuerpo humano a partir de elementos químicos como el azufre, la sal y el mercurio.

La introducción de la pesada por Santorio, experimentando las variaciones de su propio peso, constituyó, como es fácil de colegir, el preludio de la antropometría moderna base utilísima para la clasificación y diagnóstico de la desnutrición.

De las concepciones filosóficas en boga por estos siglos y a través de sus expresiones en las ciencias naturales la medicina tomará multitud de conceptos para desarrollar la anatomía y la fisiología.

Por ejemplo, la fisiología del aparato digestivo fue explicada desde una concepción vitalista como de una mecanicista. Según esta última, la digestión fue interpretada como "una finísima

trituración del alimento; hasta calcular matemáticamente la función trituradora del estómago llegó el consecuente Borelli"(35).

El francés de Reaumur en el siglo XVIII "creerá poder establecer dos tipos cardinales en el proceso de la digestión: uno mecánico en los animales herbívoros y otro químico en los carnívoros"(36

Estas concepciones eran consecuentes con la anatomía mecanicista del siglo que consideraba el cuerpo humano como una estructura arquitectónica la imagen de la visión estructural-mecánica del universo. De acuerdo también con el maquinismo predominante en el plano productivo de las pujantes sociedades capitalistas.

Zerbi, Vesalio, Bauhin, Hunter, Morgagni-dice Entralgo- embutidos de la filosofía cartesiana describirían, corrigiéndose unos a otros la anatomía arquitectural del aparato digestivo, con no pocos aportes de avance real en su conocimiento.

Spallanzani, por su parte, demostró la digestión química "in vitro" sin intervención mecánica., así mismo relacionó la formación de jugo gástrico con la existencia de glándulas en la pared del estómago.

Según el vitalismo la fisiología digestiva sería "alquimico-energético" explicada fundamentalmente por el concepto de fermentación (Paracelso, Van Helmont), esto era "una sustancia se convierte en otra"o se asimila" a ella, aumentando su masa (digestión de los alimentos, nutrición, presunta conversión del agua en substancia vegetal, formación y crecimiento de los filones metálicos, etc.); de donde la concepción Helmontiana de los procesos digestivos como fermentatio"(37)

Silvio sostendrá además que la digestión "es una actividad fisiológica preponderantemente química, fermentativa, de la cual son agentes principales la saliva, la bilis, y el jugo pancreático (al cual Silvio, erróneamente atribuye un carácter ácido); ellos constituyen el "triunvirato de los "humores" (38).

La concepción humoral, como otros aspectos, serán en Silvio herencia del galenismo, empero son claros sus aportes respecto a la secreción hormonal interna.

El saber anatómico para los vitalistas no fue cuestión de atención especial, según Paracelso la anatomía descuartizando hombres "es cosa de niños" lo importante es conocer la anatomía a través del comportamiento del azufre, el mercurio y la sal; elementos que según Paracelso componen el cuerpo humano (39).

Con herencias humoralistas ambas corrientes sin embargo aportaron un buen cúmulo de conocimientos anatómicos y fisiológicos de los procesos digestivos.

Consecuentes con estos planteamientos, la enfermedad será conceptualizada según cada visión respectiva.

Para los mecanicistas la enfermedad será "una disposición anómala de las fibras del organismo y de las relaciones mecánicas de éstas con los fluidos orgánicos, Por obra de la cual padecen morbosamente las funciones que de la actividad de unas y otras resultan" (40)

Para los vitalistas "la enfermedad será... una alteración morbosa de las fuerzas en cuya virtud se producen la vida del organismo y los distintos procesos que la integran".(41)

La concepción de "las fuerzas" ofreció demasiadas concesiones al idealismo filosófico que frenó a su vez la consecuencia positiva del pensamiento vitalista en medicina. "Las fuerzas" fueron identificadas como seres inmateriales, divinos, de acuerdo con la filosofía más reaccionaria de la época.

La etiología de las enfermedades se establecerá según aquellas concepciones y con rescoldos de galenismo en ambas. Será clasificada como causas internas o externas actuando por desordenes mecánicos, anatomofuncionales, o bien para los vitalistas la causa sería por ejemplo, el desorden fermentativo donde comoportadores del trastorno actuarían la saliva, la bilis y el jugo pancreático y la linfa principalmente.

La manera de conocer clínicamente las patologías tuvieron un giro espectacular a partir de Sydenham y Albertini (42). La necesidad de describir "secundum arten" las especies morbosas en base a signos y síntomas característicos a cada una de éllas-

Llevó por ejemplo a Syndenham a diferenciar sistemáticamente entre signos constantes, accidentales y adventicios.(+) No cuesta mucho trabajo, observar que los mismos constituyen la raíz de la clasificación actual de los datos clínicos en el diagnóstico de la desnutrición, es decir, los ahora denominados signos universales (atrofia, dilución, disfunción); los agregados (infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico); y los llamados circunstanciales (edema, dermatosis, etc.) tal como aparecen en el esquema con que iniciamos el apartado anterior.

La clínica Syndemhamniana sólamente tendrá avances más significativos cuando a ella se aune el estudio necrológico y la lesión anatómica sea considerada el fundamento del saber clínico; más tardiamente el dato de laboratorio adquirirá valor clínico y el leguaje mismo del saber médico se transformará casi por completo. De aquí y, durante el siglo XVIII, en adelante, visiblemente seguirá operando la posibilidad de instrumentalizar la actividad médica, expecialmente basada en el desarrollo de la física y la química. Ellos supondrían un espectacular avance en la experimentación concebida como manipulación intencionada de los procesos estudiados.

En lo que a nosotros nos interesa, la clínica de los siglos XVII y XVIII rendirá sus frutos y durante la época serán descritas con cierta rigurosidad clínica la pelagra (Casal 1680-1759); el escorbuto (Boot 1649); el raquitismo (Glisson 1666). Por otra parte apoyado en la física y en la química, Cotugno (1736-1822) ayudará a distinguir mejor las "hidropesías" merced al descubrimiento de la albuminuria. Como después veremos, en México, Ocaranza y -- Landa (1916) discutirán una "hidropesía" sin albuminuria que los llevó a considerar la necesidad de detallarla hasta integrar una entidad nosológica "nueva" y bien delimitada.

Volviendo a los antecedentes europeos del siglo XVIII, respecto a la terapeútica dietética -a pesar del avance clínico, fisiológico y anatómico-seguirán siendo galénica y además deformada tremendamente por el escolasticismo arrastrado con auge sin par en el barroco: "...Los terapeutas del período que ahora estudiamos solieron pecar por defecto en la alimentación de los enfermos, --

(+) En México los retomó R. Ramos Galván para clasificar los signos y síntomas de desnutrición.

especialmente de los agudos. Dieta escasa, sangrías, purgantes; muy grande había de ser la vis medicatrix de la individual naturaleza para salir victoriosa del trance". (43)

Por otra parte, la paulatina confianza de la ciencia natural que iniciaba por descalificar el saber popular (pese a que Paracelso admitirá abiertamente como fuentes de su saber a brujas y comadronas)(44) acabó posponiendo la certeza empírica del saber dietético consecuente con la intuición popular de la etiología - real de las enfermedades carenciales que fueron frecuentísimas durante los siglos XVII y XVIII. "En un principio se consideró correctamente como una enfermedad (el escorbuto) debido a deficiencias alimenticias; así, en el siglo XVIII, el capitán Cook la evitó entre su tripulación con una provisión permanente de fruta fresca. Pero este conocimiento no era científico y acabó por ser olvidado, sobre todo por la propagación que tuvo en el siglo XIX la - teoría de que las enfermedades son producidas por gérmenes" (45)

En cuanto a la dieta, el crecimiento urbano, la extensión del comercio marítimo entre las naciones europeas y de estas con América y oriente, orilló a diversificarla, pero claro, en beneficio de las clases dominantes.

El poderío holandes, con gran dominio, influyó en las costumbres - alimenticias de los paises europeos con lo que mantenía comercialización de hortalizas, frutas y tubérculos (46). La introducción de alimentos americanos también enfluyó en Europa sobre todo a - través de la patata que se convirtió en alimento básico de los - obreros ingleses hacia fines del siglo XVIII. En Irlanda fué alimento básico desde el siglo XVII y después pasó a Francia y más tardiamente a Alemania en el siglo XIX.(47)

La introducción de nuevos alimentos y formas de prepararlos no sólo influyó en la estructura del consumo sino directamente en la producción. Según Derry en el siglo XVI se implantó el uso de la cuchara; en el siglo XVII el tenedor de tres y cuatro - púas, y "...Los recipientes individuales para la comida y bebida llegaron también a ser de uso común, con el consiguiente incremento de las industrias del peltre, la alfarería y el vidrio; el beber en vaso llegó a ser común entre las clases acomodadas hacia 1650." (48)

Las técnicas de producción agricola empezaron a mejorar principalmente en Holanda e Inglaterra. Italia y Alemania mejoraron la explotación ganadera al reemplazar la cria de ovejas por cerdos y al producir forrajes de invierno lo que le permitió mantener una mayor cantidad de ganado a lo largo del ivierno (49)

Con todo,empero, las enfermedades carenciales tuvieron una gran magnitud durante esos siglos. Lo cual explica perfectamente el hecho de que empezaran a ser descritas con cierto entusiasmo por los médicos de la época.

Más hemos de tomar en cuenta -usando una expresión de Menéndez- que el juego teórico-práctico de la medicina v.gr. el desarrollo de la clínica influyó notoriamente para lograr una descripción más correcta de las patologías carenciales que el saber popular europeo del siglo XVIII ya identificaba intuyendo,incluso,correctamente su etiología .

Sin embargo,entonces como ahora la gran magnitud de esos padecimientos los integraba a la "normalidad" cotidiana, quizá por esa paradoja que hoy entendemos mejor,gracias a Kosik,de que"a lo cotidiano también pertenece lo excepcional"(50)

Sobre el raquitismo dice Dubos "era tan común en Inglaterra durante el siglo XVII que llegó a ser considerado estado natural" (51)

Hemos visto,en términos muy generales,algunos de los elementos principales del SMD/N que fueron generándose durante los siglos XVII-XVI en Europa: termodinámica,química,anatomía digestiva,fisiología,etc., así como las concepciones vitalistas y mecanicistas sobre la etiolo de las enfermedades.Enseguida señalamos los avances de la clínica,la dieta y la dietoterapia de aquellos siglos.

Otro punto que es importante traer a colación es el relativo a los conceptos de reproducción, crecimiento y desarrollo - con los cuales se identificará la Pediatría y que son actualmente pilares del SMD. A reserva de abordarlos expecíficamente en el - siguiente capítulo, aquí discutiremos las bases del nacimiento de la Pediatría.

Durante el siglo XVIII se inician en Europa las primeras especialidades médica. Nuestro historiador de cabecera sustenta el hecho de ésta forma:

"Surge históricamente una especialidad cuando se aunan y cooperan cuatro momentos determinantes: un saber técnico capaz de deslindar con precisión suficiente los cuadros morbosos a la enfermedad en cuestión (hasta el siglo XX, tan sólo exploración directa del enfermo); acumulaciones urbanas de magnitud suficiente; un nivel económico que permita la existencia del Médico sólo dedicado a los pacientes de que se trate; la existencia social de una sensibilidad bien acusada frente a ese modo de enfermar. Todo esto comenzó a acontecer a lo largo del siglo XVIII... Incipiente - durante los siglos XVI y XVII, la Pediatría fue cobrando cuerpo por obra conjunta de dos instancias principales, la perspicacia de los clínicos y la gran importancia que el espíritu ilustrado y preromántico (piensese en Rousseau y en Pestalozzi) concedió a la realidad del niño", (52)

Valga lo extenso de la cita por la importancia que le concedemos.

Parecen inobjetables los momentos señalados para determinar el surgimiento de una especialidad, pero cuando al ejemplo - concreto llega Entralgo, se manifiesta la objeción. El problema consiste en considerar la estructura socio-económica como mero soporte de las mentalidades y las prácticas, y no como su real constituyente dialéctico donde a su vez éstas contribuyen a la constitución de aquella estructura.

En el caso de la Pediatría en Europa, si esta llegó a

consolidarse como una especialidad sólo hasta el siglo XIX y XX, cuando el capitalismo no sólo se encuentra ya consolidado, sino ejerce su expansión imperialista, es seguro que el "espíritu" - burgués ilustrado del siglo XVIII haya contribuido a darle importancia a la realidad del niño. Pero contrastémoslo con una aberrante paradoja del espíritu burgués de la segunda década del siglo XIX, que Entralgo debería de oponer al delicado literalismo de Rousseau, y a la instruida pedagogía de Pestalozzi para observar objetivamente de donde y como dimanan aquellas concepciones sobre la realidad del niño.

Al respecto auxiliemos con la siguiente cita:

"El public healthreport anteriormente citado por mi, en el que, a propósito de la mortalidad infantil se examina de pasada el sistema de cuadrillas, permaneció ignorado de la prensa y, por tanto del público Inglés. En cambio, el último informe de la Child Empl. Comn. brindaba a la prensa un pasto "sensacional" acogida por ella de buen grado mientras la prensa liberal se preguntaba como los elegantes caballeros y las distinguidas damas y los dignatarios de la iglesia, ...personajes que enviaban alas antípodas "misioneros especiales para la corrección de las costumbres de los salvajes del Oceano Pacífico", toleraban en sus fincas, ante sus mismos ojos semejante sistema, la prensa distinguida se limitaba a hacerse consideraciones acerca de la torpe corrupción de la gente del campo capaces de entregar a sus hijos por dinero a semejante esclavitud!."

A semejante concepción, Marx agrega sarcásticamente:

"Bajo las condiciones malditas en que los"espíritus dedicados" condenaban a vivir al campesino, sería explicable que este se comiese a sus propios hijos" (63).

Resulta evidente que la discusión entre "distinguidos" y liberales sobre la realidad del niño era reflejo directo de la estructura social productiva. Lo que a fin de cuentas se discutía por estos paladines de la niñez: no era en verdad la realidad del niño explotado, sino la mejor y más "moderna" manera de

explotar la fuerza de trabajo en general, incluida la infantil.

Convengamos que Rousseau en el siglo XVIII estaba más cerca, en este caso, de los"distinguidos" del siglo XIX que achacaban la mísera realidad del niño a la "torpe corrupción de las gentes del campo", pero por otro lado, estaba cercano a los liberales al proponer en su "Contrato Social" una sociedad de tipo democrático burgués. En fin, en el siglo XVIII, esta ambiguedad Rousseauniana era la propia de la época considerada en su conjunto.

Era el preludio de las revoluciones burguesas triunfantes ya para el siglo XIX y que expedirían leyes sobre el trabajo infantil. Racionalización, finalmente, de la explotación y reproducción de la fuerza de trabajo, y con ello un auge insospechado de la Pediatría como especialidad basada en la"realidad del niño", un tanto diferente a como Entralgo considera neopositivamente.

En otro contexto pero bajo la misma racionalidad veremos después como en México se impulsó la Pediatría y el SMD.

Queremos concluir este capítulo analizando la estructura social de la FES europeas nacientemente capitalistas y su relación con la filosofía y la medicina en general.

Los siglos XVII-XVIII abarcan el período de las revoluciones burguesas triunfantes en Europa. Primero en los paises bajos principiando por Holanda. Después Inglaterra, Francia y Alemania.

En el plano social la creciente disolución de la relaciones feudales y el correspondiente avance en las fuerzas productivas capitalistas, transformaron la composición demográfica, la estructura de clases, la movilidad social, etc., así como la mentalidad de los individuos.

Las revoluciones burguesas de estos siglos destacan una sórdida lucha política entre aristocracia-iglesia contra burguesía. Con no pocas alianzas de los últimos con fracciones aristocráticas de la nuevanobleza que a la manera del "gatopardo" - aceptaban "el cambio para que todo siguiera igual".

Siendo estas clases las fundamentales en la transformación gestada se apoyabansin embargo en campesinos, artesanos y "clases medias" que sufrian invariablemente los dolores del cambio social.

En el plano económico la producción alcanzaba grados ingentes de diversificación imponiéndose poco a poco la producción industrial, manufacturera. Los procesos de trabajo feudales fueron paulatinamente subsumidos al proceso de acumulación capitalista. Se separa al productor directo de sus medios de producción-campesinos y artesanos- liberándose fuerza de trabajo que arrojada del campo encuentra acomodo en la producción urbana, o bien pasan a constituir un enorme ejército de desocupados. El concepto de "libertad"individual se identifica simultáneamente con la liberación de fuerza de trabajo, con el libre cambio comercial, y por supuesto con el lema revolucionario burgués de "libertad, orden y progreso".

El comercio pugnaba por liberarse de las trabas feudales haciendose más fluido e internacional. El descubrimiento de América y de nuevas rutas marítimas a oriente impulsaba la necesidad de perfeccionar las técnicas de navegación al propio tiempo que las técnicas productivas.

Todo ello requería de incrementar las fuerzas productivas y de avances e invenciones técnicas. La ciencia ocupaba, de esta manera, primordial importancia para las nuevas clases. Sobre todo aquellas ciencias más relacionadas con las necesidades técnico-productivas.

> "Las ciencias que progresaban más rápidamente son aquellas cuyo desarrollo constituye una condición necesaria del progreso técnico exigido por la producción, progreso que sirve de mediaciónindispensable entre esta última y las ciencias." (54)

Fundamentales fueron la astronomía, la física, la mecánicaylas matemáticas. De sobra está intentar mayor explicación de su auge atendiendo a las necesidades de maquinización productiva

y a la navegaciónmarítima expansora del comercio internacional.

Los problemas ocasionados por la contínua liberación de fuerza de trabajo: urbanización acelerada, masa de campesinos arruinados con dificultades de inserción en la producción manufacturera; etc., explican sin complicaciones la emergencia de las enfermedades de la miseria que señalaba J. Peterfrank a finales del siglo XVIII.

La extensión del comercio marítimo con largas y contínuas travesías explican la intensidad de enfermedades carenciales como el escorbuto, que fueron descritas con mayor rigurosidad médica por el avance-decíamos- del juego teórico-práctico de la clínica diciochesca. La medicina del período tenderá múltiples lazos con la filosofía predominante. Filosofía que constituia el fundamento de la visión social burguesa urgida de transformaciones en el plano económico-productivo. En consecuencia la filosofía del período precedente sufrió un vuelco, y el escolasticismo empezó a recibir duros golpes. Sin embargo la debilidad interna de las clases burguesas impedía romper con los antiguos moldes, cuanto más si la lucha directa contra la aristocracia amenazaba con propiciar campos de lucha al proletariado incipiente.

La dificultad anterior se mantendrá largo tiempo haciendose más patente en Alemania, cuya burguesía era más débil que la del resto de los paises europeos.

La filosofía reproduciría las contradicciones sociales y el materialismo e idealismo enfrentados constantemente conformarán una nueva visión del mundo, una nueva forma de conocerlo y transformarlo.

La labor de los intelectuales dentro del naciente bloque histórico será como siempre importantísimo en la transformación superestructural y en la propalación de la nueva visión del mundo: "la filosofía en el seno del bloque histórico se manifiesta por su influencia sobre las concepciones del mundo propagadas entre las clases auxiliares y subalternas"(55) .

Intuido, este papel genialmente, por Galileo, escribió sus trabajos "en lenguaje vivo, coloquial, de su pueblo" rompiendo con la tradición de escribirlos en latín culto. La influencia tan grande de sus ideas, como es sabido le valió la hoguera.

Para los filósofos del período un problema central era tender y desarrollar los lazos posibles entre las ciencias naturales y la filosofía.. De tal forma los contactos entre las concepciones filosóficas y las de la medicina fueron muy estrechos.

Así, mecanicismo, empirismo, racionalismo, materialistas o idealistas se encontraron entretejidos en la mirada médica, - con las consecuencias en el saber que hemos descrito al observar las visiones mecanicistas y vitalistas en las concepciones del enfermar de la patología, anatomía, fisiología, etc.,. A su vez, serán no pocos los aportes que la medicina introdujo al desarrollo de la filosofía y las ciencias naturales en general. Por ejemplo, Descartes se apoyó en la demostración de Harvey sobre la circulación sanguínea para desarrollar su concepción mecanicista al estudio filosófico de los fenómenos vitales.(56)

Luego apoyado en las descripciones anatómicas del cerebro humano pensará Descartes que el alma se encontraba en la - glándula pineal.

Otros médicos influidos por Descartes ubicaban el alma en los fluidos del ventrículo medio.(57). Son múltiples los - ejemplos que podemos resumir de esta doble influencia y que ejemplifican además la relación entre Filosofía y Ciencias Naturales

Preocupación de la filosofía del período fue también la creación de un método general de conocimiento. Se retomaba la lógica aristotélica, el método de F. Bacón, y hasta F. Bacón - -al que Engels y Marx consideran "el patriarca de la ciencia experimental moderna"- para F. Bacón la verdadera ciencia era la ciencia de la naturaleza. "La inducción, el análisis, la comparación, la observación y la experimentación eran las principales

condiciones del método racional."(58)

La influencia de Francis Bacón se dejará sentir en los médicos de su época interesados en el nuevo método de conocimiento expuesto por el filósofo inglés. Sus famosas tablas y comparación de los ejemplos (59) siguen teniendo presencia hasta hoy por ejemplo en los cánones de Mills con sus métodos de la analogía; de la diferencia o ausencia; de la variación concomitante; etc.(60) Estos razonamientos estan presentes en el descubrimiento de las vitaminas:

> "Hopkins fue el primero en llamar la atención sobre la presencia, en una dieta completa, de pequeñas cantidades de substancias, en ausencia de las cuales se detiene el crecimiento y aparecen síntomas degenerativos". (61)

La relación entre filosofía, ciencias naturales y medicina potenciaron el avance en sus respectivos campos y el del saber en general. Sin embargo, el proceso de difusión de las nuevas ideas fue lento y tortuoso, al ritmo impuesto por los problemas sociales y políticos en que se debatían las revoluciones burguesas.

Uno de los espacios que más tardaron en ser plenamente ganados por el capitalismo, fue quizá, el de universidades que arrastraban el escolasticismo feudal. Una de las respuestas inmediatas fue la creación de academias que se constituian en centros de intercambio, difusión y discusión de las nuevas ideas, para compensar el ostracismo universitario desfasado de las exigencias científicas y productivas del régimen capitalista.

Finalmente, queremos destacar que la organización de la medicina sufrió cambios acordes con la transformación social en su conjunto. Según Foucoult con el capitalismo la medicina se socializa a través de la medicina de Estado, en Alemania, y la medicina urbana francesa para terminar organizándose en una medicina de la fuerza de trabajo. en Inglaterra.

En el desarrollo de tal socialización Foucoult resalta

que "...lo que parece característico en cuanto a la evolución de la medicina social, o sea, de la propia medicina en cuanto a la - evolución, es que el cuerpo no fue tomado al pricipio como fuerza de producción por el poder médico"(62)

Foucault hace este reflexión criticando la fácil identificación - entre capitalismo en abstracto y la medicina del capital funcio - nalizada para el cuidado de la fuerza de trabajo. A lo cual opone el análisis histórico,concreto,de la medicina alemana y francesa- para demostrar que inicialmente la medicina capitalista no tomó - al cuerpo como fuerza de producción. La falta de análisis concre- tos -piensa Foucault- conlleva a conclusiones apresuradas.

Foucault explica que la verdadera relación entre medicina y cien- cias naturales se dió a través de los intentos del Estado para - afrontar los problemas de la urbanización de las ciudades. A la - medicina ejercida en este proceso es a la que denomina Medicina - Urbana.

Siguiendo a Entralgo,antes,he señalado la relación que este autor- llama la atención entre filosofía,ciencias naturales y medicina con el ejemplo de Descartes. Esta relación es anterior a la propuesta - por Foucault . En mi opinión por los datos que efrece Entralgo creo que la relación entre medicina y ciencias naturales se realizó antes de lo que Foucault sugiere, y creo que se dió más a través de la fi- losofía que de los problemas de urbanización de las ciudades.Aunque resulta claro que estos problemas estimularon el desarrollo de la - medicina,fundamentalmente por la injerencia cda vez más acuzada que el Estado empezó a tener en la "institucionalización" del modelo mé- dico capitalista.

A la medicina dirigida y controlada inicialmente por el Estado es a- a la que Foucault llama Medicina de Estado la cual se desarrolló- principalmente en Alemania.

Socialización de la medicina-dice Foucault- donde la fuerza de tra

bajo no fue tomada como objeto prioritario y sería por tanto, falso unir esto al cuidado inmediato de obtener una fuerza de trabajo posible y válida.

La razones socio-históricas son aceptables, sobre todo cuando señala las luchas campesinas y proletarias, la formación del Estado alemán, etc. Pero nos parecen insuficientes para explicar la medicina de Estado y la medicina urbana como primarias a la medicina de la fuerza de trabajo, justo porque Foucault no aborda el problema de la formación y reproducción de la fuerza de trabajo inmerso en el proceso de acumulación capitalista.

Inicialmente al modo de producción capitalista no interesa prioritariamente la reproducción sino la formación de fuerza de trabajo libre, que no son lo mismo evidentemente. Los procesos de trabajo propios del viejo régimen acaban por ser incorporados a los procesos productivos capitalistas. El proceso de expropiación de los medios de producción de los antaño productores directos generan masas de desposeidos formando un ejército de fuerza de trabajo libre.

La subsunción formal de los procesos de trabajo anteriores suponen una "explotación salvaje" de la fuerza de trabajo cuya reproducción no corre a cargo inicialmente del capital. Al contrario la reproducción depende del campesino y del artesano, proceso que representa un mecanismo más de acumulación de capital.

La medicina de los siglos XVII-XVIII ya había sido controlada en su ejercicio legal por casi todos los estados europeos. Incluso la medicina española que declinaba sin parar para entonces se había legalizado desde el siglo XV transladando enteramente su esquema a la Nueva España. Cuando Foucault desarrolla su tesis de la medicina de estado alemana y las funciones de la policía médica, particularmente la actividad del médico como administrador de la salud, teniendo a su cargo cierta cantidad de población sobre la que "ejercía la autoridad de su saber", Foucault observa lo má evidente: El ejercicio del poder político a través del intelectual médico como funcionario del Estado.

Proceso necesarísimo en débil Estado como el alemán.

Pero es cierto, por otra parte, que se ejercía indirectamente una política económica, sustancial en el proceso de acumulación de capital. A saber, liberar fuerza de trabajo - obligándola a convertirse en mercancía cambiable por un salario. ¿Cómo era esto?.

La medicina de Estado descrita por Foucoult al esparcirse por regiones contribuía a que "servicios que antes eran normalmente prestados por miembros de la familia pasaran a ser realizados por (empresas)* capitalistas como por ejemplo el cuidado del enfermo, de niños y de personas ancianas "(63) De esta manera se contribuia a derribar trabas a la total liberación de la fuerza de trabajo, ocupada como podía estar en el cuidado del - enfermo, de niños y de ancianos.

La medicina tendría que ser inicialmente una estrategia bio-política y no bio-económica fundamental porque burguesía tanto como aristocracia temían por igual a las insurrecciones populares; de hecho "la primera victoria decisiva de la burguesía sobre la aristocracia feudal coincide con la reacción más acusada contra el pueblo..." (64).

La medicina de Estado debía desarrollarse ahí donde el poder del Estado era más débil. Pero si la estrategia era bio-política, el objetivo bio-económico se gestaba simultáneamente . La paulatina instrumentalización del acto médico ya daba pie a una posible articulación entre medicina y manufactura. Por otra parte, la normatización y extensión de la medicina de Estado restaba importancia a los oficios de curanderos, brujas, y comadronas, ampliando - el ejército de fuerza de trabajo liberada.

La medicina de la fuerza de trabajo se verificará cuando "la explotación salvaje" amenace con exterminar la mano de obra

* Obviamente no consideramos a la policía médica como empresa capitalista, pero lo que deseamos destacar es el sentido histórico de la desarticulación del "cuidado" de la "automedicina" que los productores directos mantenían.

y sus fuentes de reproducción. El objeto central de la medicina será "cuidar" de aquella fuerza productiva y estudiar sus vínculos con las nuevas exigencias técnicas. El desarrollo del SMN/D será explosivo en este contexto que pasamos a desglosar.

Con el propósito de seguir reconstruyendo el esquema del SMD actual veremos sucesivamente la evolución de las ciencias extramédicas, su expresión al interior de la medicina y del SMD, para finalizar con el análisis de una estructura social y su relación con la "medicina de la fuerza de trabajo". Pretendemos con esta parte desbrozar el camino para llegar al México capitalista, analizable en su desarrollo médico, inexcusablemente dentro del ámbito imperialista del capital.

4.2. DE LA ANATOMOCLINICA AL ESTUDIO CIENTIFICO DE LA DESNUTRICION.

[redacted].

Durante el siglo XIX el capitalismo es ya el modo de producción dominante en Europa y en gran parte del mundo. La radical transformación estructural y de las mentalidades tuvieron expresión fehaciente en las formas de conocimiento y su obtención.

Del conocimiento elemental del movimiento mecánico macrofísico se pasará, afinando la mirada científica, al movimiento microfísico hasta instaurar la teoría atómico-molecular de la materia. Concretando de este modo el ingenuo atomismo de Demócrito y Gassemdi.

El contínuo acercamiento entre la física y la química abrieron el campo para establecer sólidamente la termodinámica y la energética general. El vitalismo Paracelsiano encontraba eficaz positivización de su concepción al químico-energética del cuerpo humano.

La profundización en el conocimiento de la electricidad y el magnetismo, por Faraday y Maxwel, establecieron en definitiva las leyes que rigen la electrólisis descubierta por Davy. Sin duda, esto representa la matriz conductual del concepto de desequilibrio hidroelectrolítico, importantísimo en el SMD actual.

De los atisbos de Lavoasier sobre el conocimiento de la materia orgánica, a partir de Lussac, Dumas y Wöhler se empezará a desarrollar fenomenalmente la química orgánica demoliendo la concepción vitalista de una tajante separación entre química inorgánica y orgañica. La síntesis de urea lograda por Wö_hler constituye el hecho más conocido como demostración. De tal forma, el análisis químico de la materia orgánica se vuelve acción habitual y en medicina el hecho es particularmente importante para comprender la moderna fisiología.

En biología-ciencia puesta en duda durante los siglos XVIII y XIX- tres aspectos son de capital importancia consignar: el evolucionismo biológico darwiniano; la teoría celular de Virchow; y los fundamentos de la moderna genética. Sus rela-

ciones con la medicina y más directamente con el SMD los veremos adelante.

Otro elemento que debemos traer a colación para ayudar a reconstituir el esquema del SMD es el desarrollo de la psicología

A través del positivismo Comtiano la psicología introspectiva de Maine de Birán se convertirá en la ciencia de estudio de la conducta basada en la observación de "hechos" constatables por la experiencia positiva(65). Es esta variación la línea matriz del actual conductismo, necesario para entender la relación entre desnutrición y psicología, como se formula habitualmente.

En antropología el término inaugurado por Casmann y acreditado por Kant -dice Entralgo- tendrá varias acepciones en el siglo XIX. La más desarrollada y antecedente directo del actual será la antropología física dedicada primariamente al estudio de diferencias raciales con múltiples investigaciones sobre craneometría,(66) actividad [redacted] hoy usual en la antropometría nutricional moderna.

Analizando la relación entre esta antropología, la teoría evolucionista y la genética veremos un cuerpo teórico armónico, dinamizado al interior del SMD. Aún más, desglosando sus conexiones, y en relación con economía y medicina en general, resultará explicable la constitución y tendencia del SMD tal como aparece en el cuadro que vinimos reconstruyendo.

Por otra parte, el desarrollo de la antropología social propiamente dicha entroncará con el surgimiento de la teoría social marxista. Fundamental en el estudio científico riguroso de la desnutrición en pleno siglo XIX.

Marx y Engels se apoyaron en los estudios antropológicos de Morgan para explicar el desarrollo histórico-social. Engels diría que la concepción materialista de la historia descubierta por Marx se encontraba presente en anteriores historiadores como Thierry, Mignet, Guizot y que hasta 1850 todos los historiadores ingleses demuestran que se tendía a ello. Luego, el descubrimiento de Morgan prueba que se encontraban dadas las condiciones para concluir en una concepción materialista de la historia (67).

En reacción, sin embargo, la sociología de Comte (68) pasando por Spencer, Durkheim y Weber hasta el actual estructural-funcionalismo de Parsons, dominarán el panorama de las ciencias sociales nutriendo al campo médico e intentando soslayar la concepción marxista y su temprana relación con la medicina.

En el apartado anterior anotamos que mecanicismo empirista y vitalismo dominaron el saber médico durante el siglo XVIII. en continuidad, durante el siglo XIX se mantendrán nociones vitalistas pero poco a poco impregnadas de mentalidad positiva que en abierta ruptura y oposición con aquellas empezará a ejercer su - señoric.

Empezemos por ver la síntesis del saber positivista y/o vitalista positivizado en la "anatomía general de Bichat. Esta anatomía tendrá serias repercusiones en el saber médico del siglo XIX.

Por un lado, el concepto de tejido rompió con el fibrilarismo vitalista y ahondó el conocimiento anatómico y su relación con la clínica (anatomiclínica). En la época, por ejemplo, la - anatomía del aparato digestivo era casi conocida por completo a nivel macroscópico.

Donde más aportó la anatomía general de Bichat fue indudablemente en la anatomía patológica.(69) Conocer a partir de la muerte lo vivo, de lo patológico lo normal. Con las Consecuencias que antes hemos señalado.

Por otro lado, la profundización en el saber anatómico y patológico revolucionando la clínica, exigió saber médico ensimismado en la idea de que toda enfermedad, toda manifestación clínica tendría necesariamente "un punto fijo" "una sede localizada". La sintomatología clínica sería el leguaje del órgano o los órganos afectados de ahí la idea de que no existía "enfermedad sin - sede localizada". Cuestión que, a través de la anatomía microscópica y la teoría celular de Henle a Virchow, permitió profundizar en el conocimiento detallado del organismo humano y la posibilidad de una clara conexión con la fisiología.

Respecto a la teoría celular, según Virchow, el principio morfológico y funcional del cuerpo sería la célula y de ésta surgen todas las demás células existentes -Omnis cellula e cellula, refiere Entralgo como fundamento de la teoria Virchowniana- Pero, prosigue Entralgo, la mentalidad evolucionista de Haeckel llevaría a cuestionar este principio levantando enconada polémica, expresada en dos problemas: ¿cómo se forma la célula? y ¿cómo está realmente formada?

La genética intentará dar respuesta a la primera pregunta insertada en el pensamiento evolucionista, configurando la idea de una realidad estructurada en niveles de evolución y complejidad crecientes. Esta idea solapada con la antropología irá concibiendo la constitución del hombre por líneas de evolución creciente, dando pie al desarrollo de la embriología humana. Los conceptos de ontogénesis y filogénesis constituyen productos de ésta tupida red de consideraciones. La idea de que el ser humano recapitula el desarrollo filogenético de la especie en el desarrollo ontogenético fue medular para la pediatría, viendo en la realidad del niño etapas de desarrollo menos complejas que en el individuo adulto. Crecimiento y desarrollo serán los conceptos definitorios del estudio de la pediatría moderna. La relación con el SMD surge de inmediato al quedar establecido que crecimiento y desarrollo en el infante alude necesariamente a los conceptos de alimentación y nutrición.

Hemos anotado anteriormente el problema de la reproducción de la fuerza de trabajo como principal acicate al desenvolvimiento de la pediatría, ello sin desmedro de que, como ahora observamos, factores de índole estrictamente superestructural -juego teórico de la medicina- influyan decididamente. Sin embargo, profundizando en las relaciones que aquellos conceptos de la genética y el evolucionismo mantienen con los problemas sociales y políticos de las sociedades del siglo XIX, veremos que los contenidos superestructurales dependen en lo esencial de la estructura socioeconómica.

El problema de la génesis y evolución de las cosas era central en la discusión filosófica del período y cuyas raices es posible rastrear desde el renacimiento. Evento que deciamos fue

expresión de la lucha contra la ruinosa sociedad feudal y la necesidad "evolutiva" del surgimiento de la revolucionaria burguesía. Empero -nos decia Hugo Mercer- parece ley sociológica que al "cambio" le preceda el "orden". Concepto, este último, pilar de la sociología comtiana, en boga no casualmente en el período inmediato de los triunfos burgueses en Europa. No extraña por tanto que el evolucionismo darwiniano y la genética de Lamarck hayan sido deformados y refuncionalizados por la burguesía ya dominante que aspiraba a perpetuar el "orden" capitalista. Por esto dice correctamente Entralgo:

> "La idea de una lucha de la existencia -sugerida por los escritos del célebre economista Th.Malthus -pertenecía a los presupuestos vitales de la victoriosa y dominante burguesía, y la doctrina de un origen "natural" y "científicamente explicable" de las especies pareció una decisiva respuesta de la ciencia al tradicional relato del génesis" (70)

Por tal razón, así entendido el evolucionismo, la decidida tendencia al biologismo del saber médico capitalista y sus demás características como el ahistoricismo rampante, serán la via de conocimiento más adecuada al desarrollo capitalista.

Ligado estrechamente con lo anterior, a la pregunta de cómo esta formada la célula se responderá con el paradigma bio-molecular. Con tales bases la fisicoquímica del siglo XIX fundamentará a la moderna fisiología. Empero, hasta la primera mitad del siglo XIX la fisiología de raices vitalistas será la regla según dos caminos que Entralgo identifica así: el tradicional (Magendie, Müiler) y el romántico inspirado en la filosofía de Schelling localizado en Alemania solamente.

La filosofía alemana de Schelling cumplía cabalmente con la ~~regla~~ expuesta por Marx, aquella de que el idealismo alemáan tuvo el acierto de poner atención "al lado vivo de los procesos"

En Schelling se manifestaban claros rasgos de filosofía dialéctica: la idea de la unidad del universo; el cambio y transformación de las cosas naturales como evolución; el carácter -

polar de los procesos dinámicos; la autoconciencia de la naturaleza; etc., son algunos de los atisbos dialécticos en la filosofía natural de Schelling. (71)

El asunto no dejaría de tener consecuencias en la medicina alemana. En fisiología, por ejemplo, se mantendría de modo constante abierta discusión entre la forma y la función, entre la estructura y la dinámica preludiando la eventual mentalidad anatomofisiológica.

Para la segunda mitad del siglo la fisiología positivista con rasgos decididamente experimentales empezará a dominar el panorama en contra de la vitalista sobre todo en la medicina francesa.(72) Bernard será el foco de atención en este evento. Característico de ésta fisiología fue la despreocupación por establecer relación inmediata entre filosofía y ciencias naturales, sino fuese a partir del desarrollo de ésta última la que al profundizar en el estudio de la naturaleza humana por acumulación de conocimientos podría llegar a responder la primera interrogante filosófica de qué es la vida.

En el transcurso del tiempo, sin embargo, la fisiología vitalista y la fisiología positivizada se irán acercando en novedosa síntesis ejemplificada en Bernard. Pues este-según Entrango--vitalista de concepción era por otra parte positivista en la acción. Bernard, como es conocido, expuso el método experimental en medicina hacia 1865 y una nueva manera de estudiar la fisiología se abrió a la mirada médica. Una serie de conceptos novedosos se fueron acuñando, muchos como positivizaciones de conceptos vitalistas y galénicos.'

Para el desarrollo de nuestro objeto SMD fueron fundamentales los conceptos de homeostasis y de correlación anatomofuncional. Observando el esquema impreso en el capítulo 3 se destaca que el cuadro clínico de la desnutrición se basa en los conceptos de homeostasis inmediata, mediata y tardía.

A su vez a cada fase que designa este concepto le corresponde una correlación anatomo-funcional: a la homeostasis inmediata le corresponde una afección en el crecimiento en masa cor-

poral más que al crecimiento longitudinal; en las siguientes etapas el crecimiento longitudinal se ve más afectado incrementándose la relación peso/talla; etc.

Otros conceptos serán el de metabolismo material y/o energético, sobre los principios de la termodinámica, formulándose después los conceptos derivados de isodinamia; valor calórico de los alimentos; metabolismo basal energético y superficie corporal; acción específico-dinámica, cuota de desgaste, etc., hasta llegar a los más modernos de mínimo proteico y equilibrio estructural/energético, y energético/mineral; etc., etc.

La fisiología digestiva en general se profundiza y amplia a todas las etapas de la digestión, conocimiento que en esencia encontramos ahora en cualquier tratado de fisiología. En esta línea de desarrollo el concepto de metabolismo intermedio y la clasificación de los alimentos en plásticos, energéticos, minerales, etc., serían de vital importancia.

En tanto, el desarrollo de la fisicoquímica propició la elaboración del concepto "equilibrio hidroelectrolítico" que se encontraba en ciernes con estudios fisiológicos de los componentes minerales de la dieta. En nuestro siglo este concepto adquirirá relevancia inusitada al descubrirse que justo el desequilibrio hidroelectrolítico acaba letalmente con los niños desnutridos.

Finalmente, hacia fines del siglo XIX el paradigma biomolecular anunciará su reinado, y justo con la utilización sistemática del método experimental Bernardiano ampliado luego por el experimento analítico, despertó en médicos, químicos y biólogos el interés por "descomponer" cada vez más los elementos nutritivos de la dieta buscando fracciones moleculares.

Hopkins -refiere Bernal- fue el primero en llamar la atención sobre la existencia de pequeñas cantidades de sustancias cuya ausencia alteraba los ritmos de crecimiento en el ser humano. Más tarde, en 1913 C.Funk les dará el nombre de vitaminas originando el concepto de carencia. Concepto que -Según Ramos Galván- adquirió novedosa dimensión a partir de "equilibrio de proporciones entre los diversos alimentos" (73)

Tengamos presentes los aportes anteriormente anotados y sus interrelaciones, ya que hacia fines del siglo XIX estarán dadas las bases necesarias y suficientes para llegar al estudio científico de la desnutrición y concluir en nuestro siglo que "la desnutrición es el estado biológico ocacionado por deficiencias de cualquiera de los alimentos... en la práctica este término se utiliza para referirse a la deficiencia de ENERGIAS y PROTEINAS"

Empero, el proceso recorrido fue lento y tortuoso por múltiples razones, entre otras, el difícil tránsito y difusión de los conocimientos novedosos. Y como siempre, los procesos superestructurales dependerán en su movimiento, en última instancia del movimiento económicosocial.

Veamos este movimiento mediándolo con el movimiento de la clínica en el siglo XIX, ello nos permitirá retomar mucho de lo expuesto anteriormente pero en un cuadro explicativo más amplio.

Siguiendo a Bichat todos los grandes clínicos del siglo intentarán"hacer científica la clínica... refiriendo de cierto modo el cuadro sintomático a la lesión anatómica" (74) Corvisart, Skoda, Laennec, Bright, Rokitansky y por supuestoVirchow serán las grandes figulas del pensamiento anatomoclínico. Relacionar atentamente los síntomas morbosos con la lesión anatómica descubierta en el estudio postmortem y construir de ésta manera un saber claro e invariable, susceptible de ser generalizado a los casos clínicos similares. De tal forma, se buscaba cubrir el revolucionario proyecto Bichtiano de crear una nosografía y una nosotaxia fundada en la anatomopatología. Se implanta -nos enseña Entralgo- la "monarquía del signo físico" como presupuesto de una medicina verdaderamente científica.

A. R. Brigt se le debe la hazaña de convertir el dato de laboratorio en "signo físico" propiciando la profundización de la mirada médica para descubrir el signo oculto de la enfermedad.

Bright demostró científicamente la ya conocida relación

entre hidropesias y albuminuria. Pero gracias a la nueva actitud anatomoclínica y fisiológica-proclamada por Bichat la primera, - impulsada por Bernard la segunda, además del avance técnico-que ni Hipócrates, ni Cotugno podían tener a la mano- Bright apoyado en la clínica, la necropsia y la química supo diferenciar con mayor precisión las diversas hidropesias. Este descubrimiento sería punto de apoyo y discusión para el estudio de la desnutrición proteino-energética en nuestro siglo. La discusión más importante sería ocasionada por el propio problema que la"monarquía" del pensamiento anatomoclínico generó: "No existe enfermedad sin sede localizada" obedeciendo semejante designio por el siglo XIX la clasificación de las hidropesías tenía que coincidir con el - origen anatomopatológico que las producía,consecuentemente se - describieron y diferenciaron mejor las hidropesías de origen renal, de origen cardiaco y hepático, básicamente.

Bajo esta tenaz mirada ¿Cuál sería la "sede localizada" - de la hidropesia (edema) por desnutrición?.

Los esfuerzos de los clínicos, embebidos en la mentalidad del "punto fijo", para establecer nosológicamente la desnutrición serán dramáticos, como luego veremos.

Habiamos mencionado que por otra parte la mentalidad anatomoclínica vía de la discusión de Haecekel contra Virchow abrió senda a la mentalidad fisiopatológica. Mencionamos también la - influencia de Schelling sobre la medicina alemana que sería esencialmente fisiológica al contrario de la francesa anatomoclínica. Pues bien, la medicina alemana se levanta en contra del rígido pensamiento anatomoclínico dominado por la idea tenaz del "punto fijo". Se levanta de la misma manera como el vitalismo paracelciano y de Van Helmont se encona contra el rígido mecanicismo.

No es casual que el pensamiento anatomo-clínico haya madurado esplendorosamente en Francia mientras maduraba el fisiopatológico en Alemania: "...Algo parece haber en el pensamiento - alemán--Paracelso, Leibniz, Schelling, Lanatur- Philosophie, Hegel-, en cuya virtud Alemania puede considerar como relativamente

suya la consideración procesal y dinámica de la realidad cósmica" (75).

Tratemos de ver porque esto no puede ser una mera casualidad.

Hacia el siglo XIX Francia contaba con una burguesía victoriosa y sólidamente constituida. La filosofía francesa se preocupaba más por el "orden" y el "progreso" atacando con fiereza - los débiles restos feudales. De suyo, se desprende, debía pertenecer el pensamiento anatomoclínico con su ideal del "punto fijo" reflejando la visión estructural-estática que requiere sostener un "orden". Consecuente también con la filosofía positivista propalada al interior del "corpus" médico francés.

En tanto, en Alemania se lograba el triunfo burgués definitivo hasta la revolución de 1848. Antes la debilidad de la clase burguesa era manifiesta en todos los ordenes, componendas y compromisos con la aristocracia feudal era la regla. La filosofía alemana expresaba la contradicción: por un lado la necesidad imperiosa de "cambio", es decir, movimiento, dinámica, proceso, etc., emulando incluso a la revolución francesa; de otro lado, debilidad burguesa y en contraparte relativa fortaleza feudal con la cual debían entrar en componendas, exigía un "orden", y además entre ambos el claro peligro de la clase obrera.

El resultado inmediato no podía ser más expresivo que la filosofía de Schelling:

> "... Pensaba que el régimen jurídico vigente era compatible con la organización social feudal, sin excluir a la monarquía... Schelling se mostraba así como un pensador conservador, que reflejaba la situación humillante de la burguesía alemana, es decir, su dependencia respecto a los señores feudales". (76)

Hay que recordar que el romanticismo se mostraba también como reacción al ideal burgués. Schelling criticaba la filosofía de Hegel sobre todo a sus discípulos burgueses radicales de izquierda. De ahí su peculiar filosofía tan ambigua y en último término reaccionaria. Pero los atisbos dialécticos, procesales

y dinámicos, ahí estaban y tuvieron expresión en la medicina alemana. Y la esencia de entender la enfermedad desde el punto de vista fisiopatológico empezó a gestarse en Alemania.

Virchow y Rokitansky, alemanes, anatomoclínicos a la manera del francés Bichat, nunca dejarán empero de pensar fisiopatológicamente -dice Entralgo- .

El cambio de la natur philosophie a la anatomo fisiología de Virchow, Müller y Schönlein se suscita justo después de la revolución de 1848, es decir, cuando "la alemania culta rompió con la teoría y abrió el camino de la práctica..."

Cuando, en suma, el feudalismo había sido vencido. Pero la ciencia sería burguesa y "los representantes oficiales de esta ciencia se han convertido en los ideólogos descarados de la burguesía y del Estado existente: y esto, en un momento en que ambos son francamente hostiles a la clase obrera"(77) .

En aquel contexto la enfermedad sería entendida entonces como un desorden energético-material, procesal y dinámico. No existía por tanto la enfermedad con sede localizada, no únicamente. La enfermedad, por ejemplo, se manifiesta no solo por el desorden digestivo del tubo gastrointestinal, sino por el desorden digestivo, en tanto proceso energético-material, y en todo el organismo. Positivización pues, del pensamiento vitalista alemán. La idea del "universo-organismo", el organismo humano como un todo en movimiento y contínuo cambio.

Quedaba así desbrozado el camino conceptual para explicar la hidropesía no correspondiente a una lesión anatómica localizada: renal, hepática o cardíaca, sino correspondiente a un desorden energético-material del organismo todo.

Del signo físico como lenguaje de lesiones localizadas y ocultas a la mirada exterior, se pasa al "signo funcional". De la anatomopatología a la fisiopatología apoyada en la fisiología experimental. Todo ello acontece a finales del siglo XIX, pero apenas son los barruntos de la novedad, pues mientras la mentalidad anatomoclínica seguiría reinando.

Dos sucesos complementarios se interpusieron al alcance del pleno dominio de la mentalidad fisiopatológica en aquella - época. Ambos sucesos remitidos a la situación social entonces vigente encuentran explicación. Uno, resucitación del vitalismo en el neovitalismo de Driesch a finales del siglo. A través de éste se cuestiona duramente el paradigma físico-químico de la - ciencia en boga, volviendo al viejo problema filosófico de que es la vida y si esta podía ser explicada a partir de los presu-- puestos de la ciencia natural.

El otro suceso: instauración de la microbiología como - ciencia, fundada por Pasteur y Koch. En este eje el problema de la causa externa del enfermar, expuesto por la medicina griega es retomado en novedosa perspectiva. La toxicología había dado - muestras innegables de una clara causalidad externa del enfermar Más los descubrimientos bacteriológicos de Pasteur y la "teoría general de la enfermedad infecciosa" de Koch, revolucionaron - los modos de concebir la enfermedad emergiendo con pujanza la - mentalidad etiopatológica.

Con Klebs la tesis de que: "la enfermedad es siempre infecciosa; que todas las agresiones sean físicas o químicas dan lugar a verdaderas enfermedades sólo cuando una infección se les sobreañade; y que al contrario de lo sostenido por la fisiopatología de la salud a la enfermedad no hay diferencia meramente - gradual sino un contraste biológicamente cualitativo". Se extendera con ello espectacularmente la mentalidad etiopatológica, - ocasionando como cita Bernal el olvido de las enfermedades producidas por deficiencias alimentarias.

Ahora bien, ambos sucesos ¿en qué encuentran la raiz de su común explicación? ¿cómo se conjugaron para posponer transitoriamente el imperio de la mentalidad fisiopatológica y su consecuente aplicación para poder entender las enfermedades carenciales como productos claros deun desorden energético-material, procesal y dinámico? .

Es necesario remitir ambos hechos anotados a la situación histórico-social capitalista entonces vigente.

El impulso del neovitalismo de Driesch a finales del siglo coincidía con la gran depresión de 1873-1896 (78) Es factible que este neovitalismo haya surgido como respuesta ante el frio y tenificado régimen capitalista que,además,en lo agudo de la crisis daba fehacientes muestras de incapacidad para resolver profundos problemas sociales que,al contrario,se observaban como el peor producto de su desarrollo.Hay que recordar por otra parte la reacción del romanticismo alemán durante la primera mitad del siglo XIX del cual el neovitalismo de Driesch sería continuidad.

El cuestionamiento al paradigma físico-químico que hacía Driesch pretendió mellar a la ciencia burguesa positivista, y en verdad tuvo cierto eco en medicina posponiendo transitoriamente el imperio de una mentalidad fisiopatológica.Pero el empeño fue vano. El capitalismo requeria de las ciencias naturales no sólo para sostener el avance de las fuerzas productivas,como acontención en la revolución industrial,las requería además para su utilización ideológica naturalizando lo social.

El campo médico será clarísimo en tanto agente sintetizador de esa utlización ideológica. Pero por ello serán también más claras en su interior las contradicciones. Así el vitalismo insertado en el terreno médico expresará no pocos conatos de rebelión contra la medicina del capital y el capital mismo.El reformismo de Virchow es sólo una muestra. Y como dice Entralgo para honor del gremio médico estos serían los primeros en denunciar los efectos de la miseria provocada por el capital. No es extraño entonces que la parte más expresiva de la obra de Marx para ilustrar los efectos de la acumulación capitalista sea hecha a través de estudios médicos. F Guéry (79) señala que en el momento en que Marx escribia una introducción general a su obra económica de 1857 es justo cuando Bernard exponía su método de experimentación fisiológica,además en ese momento Marx realizaba el estudio de Saint-Simon autor de la Fisiología Social,al propio tiempo que leía "la literatura médica más reciente" a fin de-

conocer el diagnóstico y el tratamiento de una enefrmedad que por entonces cursaba Engels.

Quizá -dice Guéry- por eso en El Capital el estudio "del mecanismo de conjunto" de la manufactura viene después del de su "cuerpo",es decir,la fábrica."Esto es, la fisiología después de la anatomía y-para dar cuenta de esta."

Guéry se atreve a pensar que Marx actuaba con una resuelta mentalidad médica y que concebía al "cuerpo productivo" capitalista como - un cuerpo enfermo,patológico,que dominaba al "cuerpo biológico" soporte de la fuerza de trabajo obrera. Por eso expresaba Marx "las - angustias del hambre que pasan las capas obreras sólo se le revelan a quienes conozcan las leyes económicas"

Pero no pretendia naturalizar lo social,ni tampoco socializar lo -- biológico.Fue más allá y planteó como decisivo la comprensión de la dominación del "cuerpo biológico" por el "cuerpo productivo", y en-su obra sobre el trabajo enajenado remarcó con énfasis los efectos, los estragos físicos que causa en la clase obrera,pero fundamentalmente en la conciencia del obrero llama Marx la atención.Así, nos - dice,la enajenación del trabajo provoca en el obrero la idea de que la vida humana consiste en un medio para sobrevivir lo cual presu - pone la necesidad de mantener vivo el cuerpo físico,biológico, a como de lugar.

Sujetación bio-económica (como le llamó Foucault) es una de los presupuestos de la reproducción del capital. Sujetación que mantiene - al obrero pegado a la máquina pensando que es el pesado medio,naturalmente establecido, para poder sobrevivir él y su familia. De ma - nera que el trabajo enajenado embrutece al obrero,le corrompe el --- deseo y la conciencia de su ser humano.Lo escinde entre su ser bio - lógico natural y su ser social humano,de la misma manera como el capital escinde el trabajo manual del trabajo intelectual. Es necesario recuperar la unidad.Carece de sentido luchar por lo intelectual-social propiamente humano si se descuida la lucha por lo manual-biológico-propiamnete natural,pues su control por el capital lleva irremedia-

blemente a la última reducción ontológica:la muerte.
Se podrá objetar que también carece de sentido mantenerse vivo como un ser enajenado cumpliendo funciones puramente animales - entonces respondamos que tal objeción es justo la que hace Marx -- cuando critica el trabajo enajenado "Comer,beber,procrear,etc.,son- también,indudablemente,funciones auténticamente humanas.Pero,en la abstracción,separadas de todo el resto de la actividad humana,con - vertidas en fines últimos y exclusivos,son funciones animales"(80)
Es claro que no se separa lo natural "auténticamente humano" de lo - social propiamente humano. Antes bien se concibe su unidad dialéctica y materialista.¿Qué sería la fuerza de trabajo sin su soporte -- intrínseco del cuerpo biológico? Una mera actitud en el reino de la fantasía. Y ¿Qué sería el curpo biológico sin"la actitud" de fuerza de trabajo? Un puro objeto animal,natural.
El trabajo enajenado al sujetar lo biológico,al controlarlo y volver lo contra el obrero que lo convierte en fin último y exclusivo,pre - tende de este modo convertir al obrero en objeto,animal,en ser puramente natural.
El discurso positivista no hace más que describir idealmente el su - ceso y difundirlo. En el campo médico su eficacia será mayúscula porque sostener lo biológico justo como fin último y exclusivo bajo las condiciones de explotación en que pervive el obrero ameritará del-- desarrollo explosivo de las ciencias naturales para conocer los márgenes fisiológicos del cuerpo y explotarlo mejor sin amenazar su pleno exterminio. El obrero mismo pedirá a gritos el desarrollo de la - medicina,luchará por ella inclusive. Pero la medicina tendrá que a - frontar su contradicción. El conocimiento creciente del cuerpo humano, de sus potencialidades y debilidades,de sus enfermedades irán - demostrando su íntima conexión con"los usos sociales del cuerpo" hasta llegar incluso a una medicina -como diría Foucault-de la fuerza de trabajo.
Vuelvo ahora al asunto de esta tesis.Decia antes que no puede resultar extraño ni casual que Marx ilustrara los efectos de la acumula -

ción de capital a través de estudios médicos.

Respecto al punto de nuestro interés,Marx,apoyado en investigaciones sobre el estado nutricional de los desmedrados obreros de la industria algodonera heehas por el Dr Smith durante 1862-1863,expone tal vez el primer estudio epidemiológico sobre desnutrición rigurodamente científico.

Los conocimientos fisiopatológicos que hemos anotado anteriormente son aplicados por el Dr. Smith, calculando las raciones mínimas de los principios nutritivos inmediatos: hidratos de carbono y alimentos nitrogenados.

Los conceptos de balance metabólico, mínimo de nitrógeno, valor calórico, etc., aparecen aplicados. El método de investigación a más del estrictamente fisiopatológico deviene epidemiológico donde las variables independientes son proceso de trabajo y clase social.

El Dr. Smith establece la relación sinérgica entre desnutrición e infecciones agregadas, haciendo notar el problema que hasta la fecha parece ser la regla en los médicos actuales, es decir, la no percepción de la desnutrición por solaparse con las más evidentes enfermedades infecciosas:

> "Mucho antes de que el déficit alimentario adquiriera una importancia higiénica, mucho antes de que el fisiólogo piense en computar los granos de nitrógeno y carbono entre los que oscila la vida y la muerte por hambre ... la familia estará expuesta, sin defensa, a todas las inclemencias del tiempo; el espacio habitable se verá reducido a proporciones que son pasto de enfermedades o a un incentivo para ellas" (51)

Es interesante notar (a menos que Marx lo haya excluido) que no aparece ninguna descripción clínica del padecimiento, que si la traducción del "capital" no cae en anacronismos, es denominado desnutrición .

Si nos atenemos a lo expuesto por Marx es evidente el predominio de una mentalidad fisiopatológica del Dr. Smith donde lo importante es el "signo funcional" y la enfermedad es considerada un desorden energético-material. En tanto, la causalidad es considerada no solo por la deficiencia de alimentos sino por una determinación social. Al respecto, dice el Dr. Smith, la desnutrición no es una enfermedad de "la pobreza de la ociocidad achacable a quien la padece. Trátase de la pobreza de los trabajadores" (52).

Puesto este ejemplo como ilustración de la ley general de acumulación capitalista, Marx concluye del estudio:

> "La íntima conexión que existe entre las angustias del hambre que pasan las capas obreras más laboriosas y la disipación, tosca o refinada, de la gente rica basada en la acumulación capitalista, sólo se le revela a quien conozca las leyes económicas". (83)

Tal empresa científica permanecerá olvidada durante mucho tiempo dentro del terreno médico y social. La sociología Comtiana, respuesta enconada contra el Marxismo, será la alternativa en el estudio de lo social, "naturalizándolo" como exige la concepción positivista.

Esto sucede, "cuando en los paises europeos de mayor desarrollo capitalista se generan determinados hechos sociales y económicos relacionados directamente con las condiciones de salud de los conjuntos sociales"(84).

En el suceso -de acuerdo con Menéndez- el Estado asumirá el manejo de los hechos sociales, mientras que el M.M. (Modelo Médico) las negará. Justo entonces empieza a emerger una epidemiología asocial y deshistorizadora de los problemas de salud. Apoyada en toda la regla sobre el positivismo Comtiano.

Aún pensadores de avanzada como Virchow no escaparán de la tenaz mentalidad positivista "naturalizadora" delo social: "trasladó sin reservas a la biología de los organismos pluricelulares el individualismo socio-político de la época ..." (85) el individuo es una zell-republik (república de células) diría Virchow.

Es fácil comprender el auge de la mentalidad etiopatológica en estas condiciones. La enfermedad es producida "naturalmente" por microorganismos específicos que poco tienen que ver con nuestro mundo social. de hecho la revolución bacteriológica funcionó como eficaz cohartada, salvadora del orden capitalista.

La ideología de la cotidianidad recibió el hecho científico de Pasteur comoun hecho sobrenatural, por encima de todo no -

sólo de los social sino de lo mismo natural (86) Mejor coartada no era posible encontrar para justificar el orden burgués.
Nos explicamos ahora porqué la mentalidad fisiopatológica tardó en imponer su reinado.
Otro aspecto que merece ser señalado es que la termodinámica del siglo XIX mantuvo ,paradójicamente, vivos,los fundamentos vitalistas que la fisiología experimental quería cuestionar.El asunto era que la termodinámica de los organismos vivos parecía contradecir la segunda ley de la termodinámica física.Aquella de que los sistemas cerrados (y al organismo humano se le consideraba sistema cerrado) tienden a la entropía . En cambio los organismos vivos tienden a mantener un orden y una constancia de organización entálpica.Con lo cual refiere Bernal(87) "Esto sirvió para suponer que los organismos implicaban una ordenación divina"
Lo anterior parecia apoyar la fantástica suposición de la "Generación Espontánea"de los seres vivos.Los estudios de Spallanzani y los de Pasteur que demolieron experimentalmente aquella teoría y aunados a la demostración de que los organismos vivos son sistemas abiertos,permitió que hacia principios del siglo XX cambiaran las ideas de la energía orgánica(88)y ello condujo a sustentar sobre nuevas bases a la fisiología asestándole un golpe definitivo a los rescoldos vitalistas.
Ahora bien,no olvidemos en esta enramada el papel de la genética, del antropologismo y el darwinismo deformado, todos entrocados con la medicina que para entonces ya era"una medicina de la fuerza de trabajo"(Foucault) y el Estado un eficaz cuidador de la reproducción de esta fuerza. Y es cuando-dice Menéndez- el Estado empezará a asumir lo social como campo cuasiexclusivo de su incumbencia convirtiendose de hecho en un administrador de la salud. En adelante mejorará la asistencia medica-sanitaria que aunada a las transformaciones económicas,en general, durante el proceso de expansión imperialista "se traducirá en el abaratamiento de los alimentos,sobre todo de

determinados alimentos ricos en proteinas...(y en) cambios radi - cales en las condiciones de nutrición e higiene que se adecuan po sitivamente a las nuevas condiciones de vida y trabajo de la so-- ciedad industrial" (89)

Suposición lógica: las enfermedades carenciales irán perdiendo -- importancia en las sociedades industriales europeas en el momento mismo que el saber médico fisiopatológico se encuentre en pleno - desarrollo para poder establecer a la desnutrición proteino-energética como entidad nosológica sistematizada.

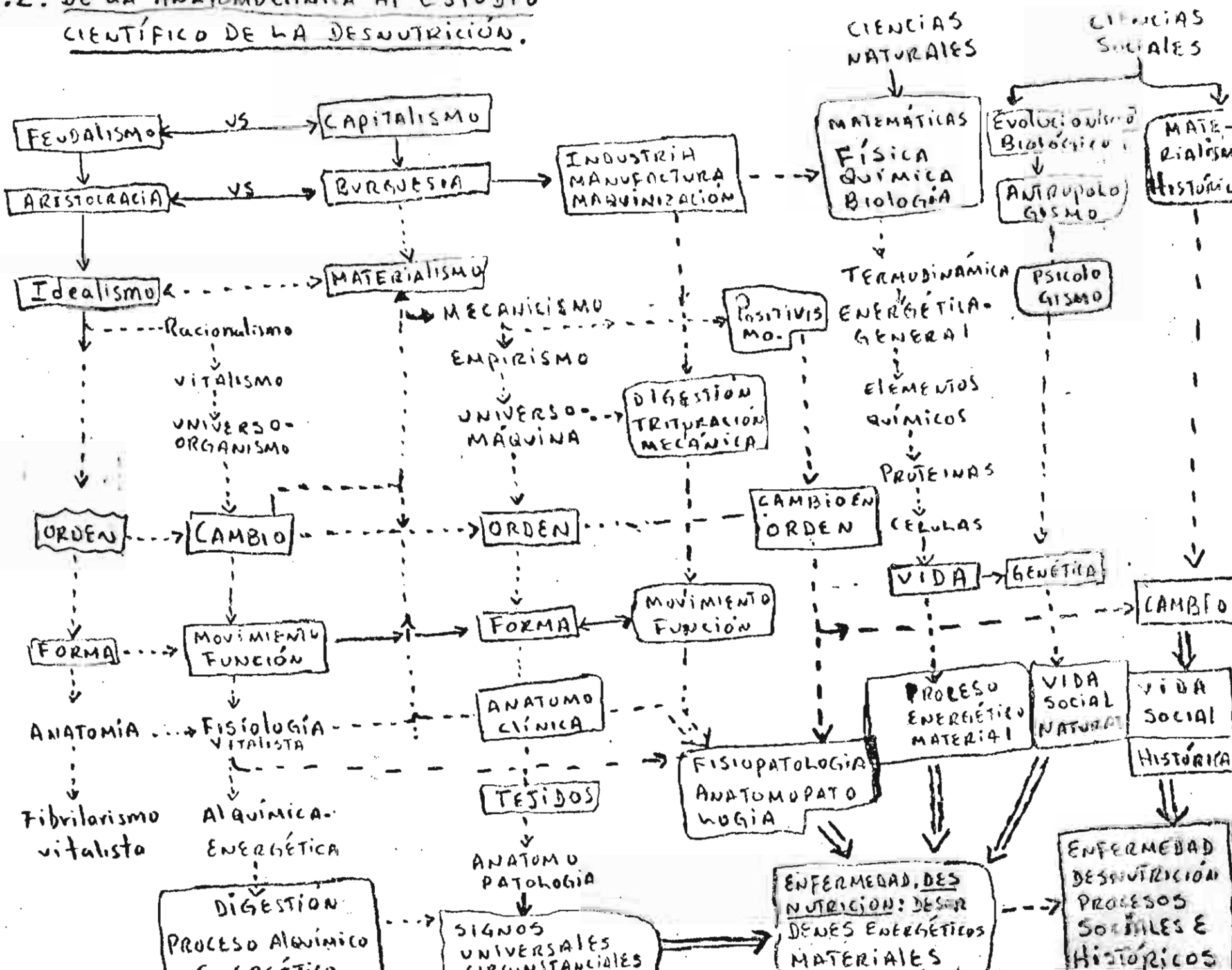
Por otro lado,introducidos los estudios antropológicos y genéticos que fundamentaban las diferencias del enfermar atendiendo a factores genético-raciales(la peculiar constitución del sujetos como - queria la medicina Hipocrática tomar en cuenta pero ahora desligada de considerar el régimen total de vida y la influencia del uso social de los valores vitales) se pretendió enseguida explicar los estados biológicos de menor crecimiento y desarrollo en factores - genético-raciales. Este saber,paralelo a la expansión imperialista, se retomaría para justificar las diferencias de desarrollo entre-- los paises centrales y periféricos.

Pero el anverso imperialista pronto mostraría descarnadamente su - reverso colonialista.Los ajustes y reacomodos con la primera guerra mundial descubrirían Como problema sociopolítico el efecto más evidente del imperialismo: el hambre y la desnutrición en los paises - subdesarrollados y dependientes.

Por supuesto que el contínuo incremento de desnutrición en estos - paises se pretenderá seguir explicando bajo la lógica socorrida del cuturalismo antropologista: costumbres,hábitos,ignorancia,pobreza - por baja laboriosidad,etc.,Términos que se vertirán como variables independientes causales en los estudios sobre desnutrición. Concepción que podemos constatar se manifiesta en el esquema del SMD con el que dimos inicio a esta parte de la tesis.

Corresponde ahora ver el desarrollo del SMD en el contexto de la - sociedad mexicana y su relación con lo visto hasta esta capítulo.

4.2. DE LA ANATOMOCLÍNICA AL ESTUDIO CIENTÍFICO DE LA DESNUTRICIÓN.



SEGUNDA PARTE

1. LA DINAMICA NACIONAL MEXICANA EN EL DESARROLLO DEL SMD/N.

1.1. PRIMERA RELACION ENTRE LA DINAMICA EXTERNA Y LA DINAMICA NACIONAL.

Justo antes de la vigencia nunca antes vista de Galeno en Europa--- se sucita la conquista de México por España. La conquista casi coincidió con el renacimiento pero el feudalismo español se encontraba en franco declive. Los aportes de Vesalio, Paracelso, Paré, Harvey, etc., llegarán tardíamente a la Nueva España y no precisamente a través de la medicina española. En realidad Hipócrates y Galeno, o mejor dicho, la medicina galénica escolástica y arabizada serán las fuentes de la medicina ejercida en la FES novohispánica. Esta medicina prevalecerá hasta fines del período colonial y primeras décadas de la independencia, es decir, hasta yà entrado el siglo XIX.

La introducción y persistencia de este saber médico en la Nueva España tiene hilo de continuidad con el auge del barroco en Europa -- que se traslapa con la época de la consolidación colonial hecha por el imperio español.

Entre los siglos XV al XVII se suceden en casi toda Europa una serie de movimientos campesinos-burgueses: Jaquiere en Francia; de Tyler en Inglaterra; de Tomas Münzer en Alemania; y los tempraneros movimientos en Holanda(1) Como sabemos son las épocas del descubrimiento y colonización de América en gran parte por España cuyo poderio feudal empezaba a declinar pero que precisamente la colonización le permitió sostenerse.

En tanto, en gran parte de Europa las luchas campesino-burguesas abria senda al renacimiento que en medicina aportó verdaderos destellos de avances científicos. Baste recordar que figuraban Vesalio, Paracelso, Harvey, Paré, Servet, etc., como los hombres paradigmáticos de la medicina renacentista.

Con ellos todo parecía indicar que el escolasticismo medieval estaba próximo a su derrumbe después de siglos de insultante hegemonía.

Los brillantes estudios anatómicos de Vesalio;las fulgurantes demostraciones de la circulación sanguínea hechas por Harvey;la rotunda - negación de la existencia de los poros interventriculares cardíacos- que afirmaba Galeno,etc.,conmovieron desde sus cimientos el "corpus" de la medicina feudal.Pero ¡oh¡ sorpresa,dicen los historiografos de la medicina,el edificio no se derrumbó con la celeridad esperada,al- contrario al renacimiento le sucedió el barroco y en medicina todos- los aportes arriba mencionados parecieron un sueño y Galeno volvió - con insopechado auge a ser la figura paradigmática. ¿Qué sucedió?se- preguntan los historiagrafos de la medicina.La mayoria responden;

> "la sed de experiencia personal...va a entrar en colisión con la venerada y al parecer salvadora enseñanza de los - antiguos" (2)
>
> "Debe considerarse como un momento de desorientación espiritual después de los grandes acontecimientos ocurridos - en el transcurso del siglo XVI,cuando la mente de los pueblos hubo de aceptar y resolver problemas tan grandes y - criticos como el descubrimiento y colonización de América" (3)

Para explicar la historia -diría A.C.Lertora(4) - a ambos autores citados los agobia una "fantasmagoría espiritualista".Cuando ambos - desean explicar la genesis del renacimiento mencionan hechos indis - cutibles como la invención de la imprenta,el descubrimiento y colo - nización de América,la astronomía heliocéntrica de Copérnico,la re - forma luterana,etc,pero se olvidan de los movimientos campesino-burgueses desatados durante casi todo el período. Y no desean analizar- tales eventos por considerarlos inadecuados para explicar el orto -- histórico de la medicina renacentista con su contraparte barroca. Soslayan las luchas económicas y clasistas para intentar explicar - por qué la medicina renacentista cursó senda de avance conforme las- luchas avanzaban y de igual forma las derrotas y retrocesos de las - luchas campesino-burguesas implicaban dominio aristocrático-feudal y de ahí la "salvadora enseñanza de los antiguos", de ahí el decline -

de la "sed de experiencia personal",de ahí "la desorientación espiritual",claro de una aristocracia represera que miraba con excelencia el mantenimiento de un "galenismo mutilado" como le llama Entralgo retomando a García de Ballester(5) Galenismo que en el barroco "jamás gozó de mayor vigencia".

Engels al referirse a la guerra campesina del siglo XVI en Alemania se pregunta agudamente ¿quién se aprovechó de la revolución de 1525? Los principes-contesta.(6)Es decir, la aristocracia feudal alemana que en medicina preferia a Galeno y no al insultante Vesalio quelo cuestionaba,con su revolucionaria anatomía.

No es por obra de desatinos y desorientaciones espirituales como mejor podemos explicar el hecho histórico discutido pues de esta forma "no se puede retrotraer las pugnas teórico-prácticas de los médicos-a las pugnas clasistas de cada momento histórico" (7)

Ahora bien,España coloniza América durante este período. España era-un feudalismo decadente en búsqueda de alicientes económicos en el-nuevo mundo para sostenerse.Se comprende así que la "salvadora enseñanza de los antiguos" con auge sin par en el barroco haya sido tanpersistente en la aventura colonizadora española.

Lo anterior explica en gran parte el hecho de que la medicna galénica escolástica y arabizada prevalezca en la Nueva España hasta las primeras décadas de la independencia. Pero ahora veamos con un poco más de detalle su dinámica en las condiciones internas de la conquista y la colonia sin perder de vista el motivo principal: la búsqueda del - SMD/N en nuestro país.

o

La función legitimadora de la medicina medieval europea,con la - conquista,mostrará descarnadamente su potencialidad de control - en la Nueva España.
La visión cristiana se verá reflejada con mayor claridad al in - terior de la medicina en esta coyuntura histórica, identificando en la práctica ambas instancias como una sola:

> "El médico no puede acertadamente aplicar las medicinas al enfermo sin que el primero conozca de que humor o de que-- causa procede la enfermedad...Los predicadores son médicos de las ánimas. Conviene que tengan experiencia de las en - fermedades espirituales." (8)

La intención implícita de Sahagún en la referencia anterior se- dirigia a señalar un problema fundamental para la metrópoli es - pañola: la conquista espiritual de los indigenas.
La aparente analogía de considerar a los predicadores médicos de las ánimas era por el contrario realidad filosófico-antropológi- ca de la medicina española.
La labor médica ante el alud de epidemias desatadas por la bru - talidad de la conquista,corrió pareja con la labor de conquista- espiritual. Articuladas eficientemente ambas labores por el com- plejo hospital-iglesia-escuela. No debe resultar extraña la fiebre co

tructora de hospitales durante todo el siglo XVI considerando el objetivo de integrar al indígena al mundo cristiano occidental.(9)

Españoles e Ingleses habían descubierto en sus prácticas colonizadoras la potencialidad legitimadora e integradora de la religión y la medicina.(10) El asunto ha sido discutido como el problema de la aculturación y ha merecido especial atención por la antropología tradicional y marxista. Para nuestro caso M. toscano (11) discute este problema y plantea interesantemente la dificultad de los conquistadores españoles al tratar de transmitir la visión cristiana del mundo, es decir, la evangelización del indígena, concebida en cierta forma como una terapia del "alma" indígena, enferma de una patología diabólica, poblada de paganismo y superstición. Por ello el predicador como médico del alma debía conocer aquella "patología espiritual". Más era menester conocer la cultura indígena principiando por el dominio del idioma. La dificultad inmediata era traducir los conceptos cristianos al náhuatl, otomí, totonaca, chichimeca, etc., y predicar en idiomas indígenas, o bien, castellanizar a los indígenas para predicar en español. Los riesgos de ambos procedimientos son expuestos por Toscano. De un lado, "se corre el riesgo de que las palabras conserven parte de su antiguo contenido, si la traducción podía significar la amalgama de ideas cristianas con ideas que no lo eran tanto, la traducción de los conceptos fundamentales de la religión cristiana debían evitarse". (12) Por otro lado, este mismo camino de aculturación corría el riesgo de generar una "civilización de sobrepuestos" en donde los conceptos cristianos resultaran extraños al indígena y al asimilarlos de esta manera se sintieran traidores a su propia cultura. La salida -dice Toscano- fue evangelizar sin traducir los conceptos fundamentales del cristianismo, así los conceptos de Dios, la trinidad, resurrección, encarnación, etc., no fueron traducidos a los idiomas indígenas. Y aunque se produjo en muchos casos una "civilización de sobrepuestos" se buscó por todos los medios de evitar la transmisión de la antigua cultura a las nuevas generaciones. Por supuesto debemos concluir que no se logró totalmente.

Luego -prosigue Toscano- aunque los conceptos fundamentales no se traducían, los textos si lo eran. Sólo hasta mediados del siglo XVI se prohibirá por la corona toda traducción de Textos, inclusive, optándose por el camino de la franca castellanización del indígena, huelga concluir que tampoco esto se logró totalmente.

Ahora bien, si como hemos visto la medicina española era reflejo fiel de su estructura feudal-cristiana; los conceptos fundamentales de esta medicina ¿fueron o no traducidos? ¿se corrían o no los mismos riesgos anteriores?

Por elemental lógica, de inicio, debemos contestar que sí. Es conocido que entre el cuadro religioso español y religioso indígena existían semejanzas. De la misma forma, se ha dicho existían semejanzas entre la medicina de ambos cuadros puesto que los dos apoyaban su concepción médica en sus respectivas visiones religiosas.

En religión dichas semejanzas fueron para los españoles "parodias diabólicas" (13) con las que había que romper radicalmente. En cuanto a medicina el proceso debió ser similar y complicado a juzgar por múltiples referencias de los historiadores.

Así La medicina indígena en variados aspectos fue considerada importante por la española. Principalmente la terapeútica herbolaria. La preocupación de la corona por estudiar y escribir sobre las plantas de la Nueva España es indicativa del proceso. Más es necesario apuntar que a nuestro juicio durante el siglo XVI la medicina indígena no tuvo impacto real sobre la española, las vicisitudes, por ejemplo, para la elaboración y difución del Codex Badiano de la obra de Francisco Hernández "Historia plantorum novae Hispaniae" así lo testimonian(14).

Nos apoyamos además en Somolinos para sostener esta hipótesis. d'Ardois argumenta que Aries de Benavides escribió el primer relato sistematizado sobre la medicina mexicana y su ejercicio. Varios capítulos dedica a la medicina indígena especialmente a la terapeútica herbolaria, pero --dice Somolinos-- Benavides sólo señala la manera como se curan los indios no como él ejerce-

ría esa medicina de los "simples". Es decir, "no hay fusión terapeútica" en este médico español. Reconoce la existencia de la medicina indígena y cierta eficacia pero no la incorpora en su ejercicio.

"Probablemente Benavides, cuando emplea estos productos (indígenas) ...para substituirlos por las más efectivas unciones mercuriales, esta actuando con pensamiento europeo, con experiencia adquirida en España antes de su venida" (15)

Es posible, por una parte, que el peso de la tradición agobiara a Benavides, pero por otra, más allá pesará definitoriamente el problema acuciante de la aculturación del indígena, y la medicina habiendo probado su poder legitimador debía permanecer como tal. La organización de la enseñanza y ejercicio de la medicina, tempranamente reglamentada por la corona a imagen y semejanza del existente en España sin duda obedeció al mismo proceso experimentado en la metrópoli de controlar a todos aquellos ejercicios que se apartaban del modelo sancionado por el poder feudal- eclesiástico. Así universidad, beneficiencia, protomedicato, etc., incorporaron la medicina galénica escolástizada por completo, con sus teorías y conceptos por tanto. En suma, se siguió el mismo camino que en el proceso religioso de aculturación, castellanizar para transmitir los conceptos fundamentales de la medicina Española. Es posible que el fenómeno de "civilización de sobrepuestos" también se haya dado así, como sincretismos eficaces entre ambas medicinas.. Menéndez (16) explica este proceso al estudiar la medicina denominada "tradicional" en Yucatán, advirtiendo la semejanza entre la medicina indígena y la conquistadora de forma que la conquista no interrumpió drásticamente la continuidad de la ideología cotidiana en la organización indígena. Factor que ayudó, más que interferió a la dominación hispánica.

Hemos de considerar el contexto donde se transmitía y ejercía aquella medicina. Inicialmente a través de predicadores cuya principal preocupación era evangelizar y "curar" almas de

modo que la medicina ejercida y transmitida al indígena pasaba primero por la transmisión de la visión cristiana del cosmos y del hombre, una vez lograda, la concepción teórico-práctica del médico español caía por su propio peso sobre la indígena sin grandes problemas de "civilización de sobrepuestos". Sin excluir que efectivamente se produjeran.

La conquista espiritual del indígena no se logró únicamente impartiendo el catecismo. El proyecto de Vasco de Quiroga fue la más ejemplar organización política-religiosa que intentó revivir en la Nueva España el proyecto monástico-clerical de la alta edad media europea. Con la aspiración de "convertir el saber médico en parte a la vez teorética y operativa de una cosmología y una antropología cristianas; hacer del sanador, en suma, un cooperator peritatis (un operario en la tarea de conocer la verdad del mundo creado) y un cooperator boni (un agente importante en la obra de realizar el bien dentro de ese mundo)". (17)

Quiroga inspirado además en la "utopía" de Tomás Moro ideó un proyecto sumamente eficaz para consolidar la conquista: su famoso hospital-pueblo. Este rebasaba con mucho el aspecto médico y religioso: "en el hospital los indios recibían instrucción en las artes europeas y se les perfeccionaba en sus industrias nativas, (Quiroga) introdujo nuevos oficios; los instruyó en la nueva fé y les enseño a leer, a escribir, a trabajar y a vivir en comunidad" (18).

Es interesante observar cierta analogía entre el proyecto socio-religioso vigente en la alta edad media europea que consolidó a la sociedad feudal y el que Vasco de Quiroga inició en la Nueva España con gran eficacia para la práctica conquistadora. Y en ambos espacios el proyecto duró relativamente poco tiempo. En Europa pasado el siglo XI la práctica monástica se fue rápidamente extinguiendo, y la asistencia médica clasista que desde Grecia venía dándose empezó a profundizarse cada vez más hasta llegar a la asistencia típicamente capitalista.

En la Nueva España el proyecto Vasco Quiroguiano duró hasta la primera mitad del siglo XVI. Sin embargo la corta dura-

ción de ambos proyectos, tansimilares cumplieron en lo esencial el mismo papel y corrieron la misma suerte.

El mismo papel porque ambos contribuyeron en gran medida a consolidar nuevas formas de dominación. El monástico clerical inspirado en el cristianismo primitivo abrió la brecha para la dominación feudal en la alta edad media europea; el hospital-pueblo de Vasco de Quiroga, inspirado en aquel y, matizado por la utopía de Moro fue definitorio para la conquista española: "...esos misioneros que predicaban con el ejemplo, que lucharon contra "los españoles" amantes de oro y joyas, que vivieron como "pobrecitos" ... y en quienes los indígenas encontraron apoyo ... fueron sin quererlo el instrumento definitivo de la dominación."(19)

Corrieron la misma suerte porque ambos fueron sustituidos rápidamente por proyectos de dominación fuertemente estatalizadas una vez cumplido su papel. Y los deberes religiosos, sacerdotal-monástico del médico, fueron ahogados por deberes civiles ante el Estado.

De la medicina europea-dice Entralgo- rápidamente se degradó el sentido cristiano monástico por varios factores: discriminación social en la atención médica; paulatina profesionalización de la asistencia; penetración del afán de lucro y la intervención del poder estatal en la regulación de la asistencia. De suerte, que de la pena canónica y espiritual impuesta al médico monacal cuando no observaba las reglas religiosas de atender primero el alma del enfermo, "mas tarde, cuando el poder del Estado se robustezca, se convertirá en pena civil." (20)

En la Nueva España el hospital-pueblo, deciamos, duró hasta la primera mitad del siglo XVI y

> " todo cesó por la venida de los españoles y porque ellos derrocaron y echaron por tierra todas las costumbres y maneras de regir que tenían estos naturales y quisieron reducirlos a la manera de vivir en España... y por esta causa fue necesario desbaratarlo todo y ponerles de otra manera de policías..."(21)

Aún cuando durante todo el siglo XVI y XVII se siguieron construyendo hospitales (22) acicateados por las constantes epidemias y la necesidad de seguir evangelizando, fue otra la organización y funcionamiento a como la concebía Quiroga.

El siglo XVII estuvo "dominado por un espíritu resueltamente contrario al indígena..." (23) Y todos los intentos que, frailes humanistas como Motolinia, Sahagún, Mendieta, Las Casas, el mismo Quiroga y Gomes quisieron impulsar, contra la devastación conquistadora y colonial, defendiendo al indígena, fueron reprimidos por la corona. La explicación -dice Florescano- se encuentra en la aguda crisis sufrida por el imperio español durante el siglo XVII : "La crisis económica del Imperio español favoreció la continuación de los sistemas de explotación de la mano de obra indígena y reprimió las voces que predicaban un tratamiento más humanitario de ella o que criticaban los peores abusos" (24)

Durante la época, poco a poco llegaron médicos de España, se establecieron Universidades, sobre todo en la segunda mitad del siglo XVI y "apenas estabilizado el nuevo país, se implanta un protomedicato, se establecen aranceles, se designan visitadores y el mismo cuerpo de leyes y disposiciones españolas dictado desde épocas medievales para regular el ejercicio de la medicina y sus actividades relacionadas, se aplican a la vida colonial" (25) Es decir, se incorpora a la Nueva España el esquema médico-social de la baja edad media europea degradando el sentido monástico-clerical de la medicina Vasco-Quiroguiana.

En un lapso más breve se reproduce en la Nueva España con su peculiar matiz, la historia de la medicina medieval europea-española. El proceso guarda cierta analogía con el desarrollo social del feudalismo en Europa con el particular desarrollo de la FES novohispánica definida por su carácter de colonia producto de la brutal conquista. En tal sentido el análisis de la medicina como parte que sintetiza el todo colonizador revela características de la FES novohispánica con rasgos cuasifeudales.

En el campo de la salud enfermedad, en el anterior con--

texto, se podrá observar un desfase abismal entre el saber médico sobre nutrición /desnutrición y la explosiva morbi-mortalidad por desnutrición y enfermedades carenciales.

En la Nueva España como en Europa la desnutrición no aparecerá como entidad nosológica bien establecida y sistematizada a pesar de su gran magnitud. Se describirán estados caquéxicos e hidrópicos, sin más atención de la "mirada" médica que la descrita en el saber galénico-hipocrático escolastizado.

Se puede asegurar que la conquista y el coloniato produjeron graves epidemias de desnutrición en la población indígena. Motolinía menciona tres plagas devastadoras, una de ellas fue el hambre endémica.

Sahagún describe la mortalidad por esta plaga, expresando los síntomas más evidentes de la caquexia y la hidropesía: Los indios se ponían tristes, malicentos, adelgazaban, se ponían débiles sin poder sostenerse, o bien, sólo comían yerbas, se hinchaban y luego morían.

Por otra parte, las múltiples epidemias infecciosas, estudiadas por variados autores, que se extendieron a lo largo de los siglos XVI, XVII y XVIII han sido relacionadas con los ciclos de crisis agrícolas y con la intensificación de la explotación indígena. (26)

Las cifras de mortalidad han sido muy discutidas. M.S. - Alperovich hace una comparación entre diversos estudios sobre la población indígena durante la conquista y la colonia.

Según Borah y Cook, por ejemplo, antes de la conquista México contaba con cerca de 25 millones de habitantes.

Para el México central se consignan los datos de que antes de la epidemia de 1576 el número de indígenas era de cuatro millones quinientos mil habitantes, y hacia mediados del siglo - XVI se redujo hasta un millón doscientos mil. Se considera la época de más baja población pero a partir de aquí volvió a ascender lentamente hasta alcanzar la cifra de dos millones entre 1670 y 1680. (27)

Por otro lado, algunos historiadores consignan entre 10 y 15 epidemias entre 1521 y 1695, con una mortalidad aproximada de 250 mil individuos por epidemia(28).

Ante este cuadro de mortalidad por epidemias infecciosas contra las cuales, se ha repetido, el indígena no tenía defensas inmunológicas; la explotación sin freno de la que era objeto; la resistencia indígena a la conquista; etc., se comprende que muy poco podía hacer el revolucionario proyecto Vasco-Quiroguiano con su hospital-pueblo.

La dietética, por ejemplo, que los frailes españoles y/o médicos de la época manejaban semejante a la aprendida de la medicina galénica mutilada, carecía de bases racionales desde el punto de vista de una terapeútica rehabilitadora de estados nutricionales francamente miserables. La atención proporcionada a indígenas hospitalizados se basaba en atole, pan, algunas yerbas e infusiones que difícilmente podrían restaurar al paciente desgastado además por terribles infecciones. Hoy sabemos que un régimen alimenticio hiperhidrocarbonado es el menos indicado para tratar la desnutrición severa. Pero aún con que hubiesen contado con conocimientos idóneos para tratar la desnutrición, el problema esencial para acabar con ella no era el de conocimientos, como no lo es hoy. Era justamente estructural, de la organización político-social y productiva del régimen colonial.

Pero ¿porqué no se estableció la desnutrición como entidad nosológica bien establecida, siquiera a un nivel de descripción sistemática? ¿Siendo por otro lado tan frecuente?

Resulta claro que bajo cualquier mirada conquistadora que se pretendía legitimar y aún más bajo la mirada cristiana primitiva como diría Motolinía, el hambre y sus síntomas no son una enfermedad. Son parte de un modo de vida miserable impuesto por "españoles". El hambre y la conquista no son más que dos plagas, dos males, que no son enfermedades. Son más bien aberraciones terrenales dentro de una visión cristiana al estilo monástico clerical de la alta edad media.

Los signos y síntomas del hambre eran entonces expresiones de un modo de vivir que conducían a la muerte en forma

"obligada" y "natural", esto es, demasiados evidentes para merecer la atención de la "mirada" médica en tanto " ars o tekne" - o sea que exigiese "normas racionales y científicas para llevar a cabo secundun artem el diagnóstico y el tratamiento" (29)

Pero además sabemos que la desnutrición rara vez se presenta en forma pura, sobre todo en condiciones epidémica, de manera que - entonces como ahora, para médicos y sacerdotes se percibía principalmente el proceso mórbido infeccioso que amenazaba también la integridad física de los españoles amén de reducir la fuerza de trabajo explotable . De hecho a las medidas médicas se aunaron medidas jurídico-legales para evitar hambrunas y epidemias. Por ejemplo:"En la epidemia de 1545 "fué tan grande el daño, tan tremenda el hambre que sobrevino y la disminución de indios tan notables que al ser del conocimiento de Carlos V, este monarca despachó una cédula fechada en abril de 1546, dirigida a la real audiencia de México, "mandándoles que relevasen a los indios del - tributo". Se cumplió esta orden". (30)

Después en la gran epidemia de 1576 a 1581 se produjo tal mortandad que la mano de obra escaseó, entonces "las autoridades se vieron obligadas a tomar medidas para racionar la mano de obra y evitar el abuso brutal de los indígenas sobrevivientes" (31).

La relación obvia e inmediata entre la brutalidad explotadora de la conquista, las crisis productivas y el desgaste descomunal de la mano de obra indígena afectada por hambrunas e infecciones epidémicas,hacia volver la mirada al problema social principal, soslayando la participación médica. Es cierto que esta última no dejó de considerarse pero el nivel alcanzado por la medicina española de la época la hacía poco eficaz para combatir los problemas de salud.

Agregemos, por otra parte, que los pocos médicos no frailes llegados durante la segunda mitad del siglo XVI se concentraron en las ciudades y su atención estaba dirigida a los españoles a los que epidemias y hambrunas casi no afectaban debido "a una mayor resistencia a enfermedades... un régimen de trabajo menos duro que el que pesaba sobre los indios y a la mejor alimentación

y distribución sobre el territorio" (32)

En suma, integremos todos estos factores y resultará explicable el "desconocimiento" de la desnutrición como entidad nosológica sistematizada.

El esquema médico galénico escolástico y arabizado,decia al inicio de este capítulo,se mantendrá en México hasta entrado el -- siglo XIX.

Los conocimientos alcanzados en Europa entre los siglos XVII al-XIX,que han sido expuestos al final de la primera parte,serán retomados en México con mayor solidez a partir de la tercera década del siglo pasado siguiendo los lineamientos del modelo médico francés.

Sigamos,viendo el ocaso de la colonia y el inter de la preindependencia para luego adentrarnos a ver lo señalado arriba.

1.2. PREINDEPENDENCIA: Reformas borbónicas,Ilustración y hambrunas.

Hacia mediados del siglo XVIII diversos autores (33) ubican con las reformas borbónicas los cambios fundamentales que llevarían - a desestructurar al régimen colonial y gestar la independencia.

Las reformas borbónicas reacomodaron las fuerzas sociales al propio tiempo que transformaron las bases económicas y políticas que-venian dominando el contexto colonial.

El poder adquirido por la iglesia fue atacado atendiendo a la concepción del despotismo ilustrado en boga por Europa. Pero además -

los problemas económicos y políticos de la metrópoli indujeron a los borbones a ejercer un mayor control sobre la colonia con el propósito de obtener superexcedentes que llenaran las arcas reales. La minería y el comercio exterior fueron privilegiados, empero las condiciones internas de la Colonia requerian del desarrollo agrícola y del mercado interno.

Para Florescano (34) la época borbónica representó un avance económico considerable pero manteniendo y aún profundizando las desigualdades sociales que se manifestaban con los Hasburgo. Cardoso (35) considera que a fines del período colonial la Nueva España cursaba con una depresión económica y demográfica agudas.

De cualquier manera con las reformas borbónicas, a excepción de la industria, casi todos los sectores productivos sufrieron importantes cambios que en el lapso medio se revertieron contra el poder de la metrópoli.

La aguda crisis por la que cursaba España a fines del siglo XVII y principios del XVIII incidió de otra forma estimulando los afanes de independencia de la Nueva España que empezaba afortalecer la producción interna (36) aunado a las reformas borbónicas desde mediados del siglo XIX afectando al clero dominante, que según Florescano afectó también a los principales sectores económicos y políticos de la Nueva España. Al cabo, las reformas terminaron por generar un clima de descontento con grandes visos de viabilidad reindicativa ya que como dice Florescano el "despotismo ilustrado" de los borbones propició "una difusión acelerada de las ideas de la modernidad", es decir, las vigentes en la Europa dieciochesca. Ideas de las que se nutriría la labor revolucionaria de Hidalgo.

Muy sucintamente hemos tomado de Florescano y Cardoso lo anterior con el pretexto de adentrarnos a los eventos que más interés nos representan.

Durante el siglo XVIII la población de la Nueva España empezó a recuperarse de la devastación producida por la conquista y la depredación colonial. En casi siglo y medio la población se duplicó pasando de 3 millones de individuos en 1742 a 6 millones en 1810. El grupo indígena predominaba en términos cuantitativos absolutos representando el 60% de la población hacia 1810 (37)

Sin embargo, "no puede decirse que haya sido una espectacular recuperación demográfica" "resultó más bien un crecimiento hecho a jalones y constantemente interrumpido por tremendas mortandades ocacionadas por pandemias, epidemias y hambres que cegaron la vida de cientos de miles de habitantes"(38) según este autor las epidemias y hambrunas sucedidas en el Valle de México y Puebla-Tlaxcala de 1707 a 1813, fueron aproximadamente 20, es decir, una epidemia y/o hambruna por cada 5 años promedio. La más grave y registrada durante la crisis de 1785-1786 causó 300,000 muertes. Aunado a esto menciona, que la natalidad disminuia llegando a ser hasta de 25 a 50% más allá de la normal en las crisis agudas.

Las crisis por supuesto afectaban a la población indígena y de ella al grupo materno-infantil: "Casi sin excepción la crisis demográfica cobraba el mayor número de víctimas entre la población infantil y juvenil, la más débil y no inmunizada"(39)

Bien, pues ante este cuadro terrible de mortalidad, epidemias y hambrunas la medicina mexicana seguía imbuida en el saber y práctica medievales europeas. Controlada casi totalmente por el poder eclesiástico que ya nada tenía del espíritu monacal de Vasco de Quiroga, aunque las ideas de la Ilustración se infiltraban a pesar de la santa inquisición. Pero en lo medular la educación médica universitaria siguió rezando los aforismos hipocráticos-galénicos escolasticidas (40) desconociendo los avances renacentistas y de la Ilustración, empero las propias reformas borbónicas que propiciaron la difusión de las ciencias y las artes permitió el flujo de conocimientos desarrollados en el viejo mundo de manera que las críticas contra el escolasticismo no se

hicieron esperar. En 1777 J.I. Bartolache, en el "Mercurio Volante" publicaba que en la universidad se abandonaran "los viejos moldes de la filosofía aristotélica falseada por un desmedido afán de disputa y un inadecuado empleo del silogismo"(41) y la misma forma como en Europa desde el renacimiento brotaron academias, en la Nueva España también sucedió en esta época. Perseguían el mismo propósito: difundir y discutir la nuevas ideas y conocimientos.

Las academias chocaron de inmediato con la universidad dadas "las suspicacias que mutuamente hubo entre (las academias) y la universidad"(42). Es claro que la fortaleza sustentada por el clero, dominante de la universidad, poco espacio quería darle a las peligrosas academias que difundían ideas heréticas.

Sin embargo, en el período, ni universidad ni academias de medicina lograron hacer mucho para ponerse al corriente con los avances de la medicina europea propia de la Ilustración. El peso de la estructura colonial era demasiado agotador todavía.

Siguiendo el antecedente medieval de la medicina galénica escolástica, por tanto, no esperemos encontrar en la época referencias "médicas" sobre el padecimiento que venimos historizando.

Parece ser que la muerte por hambre seguía sin llamar la atención como un problema médico. Nuevamente sostenemos la tesis de que la relación inmediata que se establecia entre las crisis económicas y las manifestaciones más conscupias del hambre crónica excluian este problema a la mirada médica y la mejor medicina que los frailes ilustrados vislumbraban era transformar las condiciones socioeconómicas que degradaban a los indios. De hecho entonces la muerte acaecida por cuadros caquéxicos eran descritos elementalmente "sin encontrar en ellos mal alguno"(43) pero se relacionaban de inmediato con las causas económico-sociales que mantenian a castas e indios en condiciones degradantes(44). Condiciones que debian ser transformadas para acabar seriamente con el problema. Así el deán J. Pérez Calama, fraile ilustrado de la época, propuso "el plan de siembras extraordinarias y otras medidas filantrópicas que aliviaron la terrible situación que padeció la zona de Michoacán cuando fue azotada por la gran hambre de

1785-1786" (45). El espíritu ilustrado de estos frailes contribuía de manera clara a observar la causalidad social del marasmo en forma espontánea y natural y en denunciar esta causa y en proponer medidas sociales eficaces para afrontarla. Pero no hagamos demasiados honores a estos frailes porque -como expresa Gramsci- cuando un bloque histórico se vea realmente en problemas de disgregación la labor de los intelectuales se verá asegurada por la acción política en favor de mantener la unidad del bloque(46) así cuando estalla la guerra de independencia Abad y Queipo "alumno y heredero directo de las prédicas ilustradas y renovadores del obispo San Miguel y del Deán Pérez Calama, observador agudísimo él mismo de las deformaciones sociales y económicas que habia creado el sistema colonial y su impugnador y crítico más lúcido, será más tarde el excomulgador de Hidalgo, el matador del producto más acabado y coherente que habia procreado su generación"(47)

Con el estallamiento de la independencia el asunto de la degradación del indígena se volverá más complejo y será retomado sucesivamente bien para justificar la guerra de liberación, bien para justificar la grandeza española, o bien para invalidar ambas y proclamar la superioridad criolla que a la postre con el triunfo liberal de la guerra de reforma se impuso. Con ello y con los cambios que sufriría la medicina el problema de la desnutrición y el avance de su conocimiento sufrirá tan mal destino como la población que la padece entonces: el indígena. De un lado, el padecimiento aumentará endémicamente con brotes epidémicos secuentes a las crisis económico-sociales, mientras el grupo indígena disminuirá aceleradamente sin volver a recuperarse. Por otro lado, los conocimientos fisiológicos que la medicina europea en la segunda mitad del siglo XIX empezó a gestar y que serían básicos para profundizar en el SMD, serán junto con la "sociología" marxista olimpicamente desconocidos.

1.3.a.- INDEPENDENCIA: Primer período de constitución del M.M. Nacional y la influencia del M.M. Francés.

La guerra de independencia representó el aviso coyuntural de la transformación estructural que empezó a gestarse desde mediados del siglo XVIII. Si bien la guerra no transformó por completo las estructuras coloniales sucitó cambios importantes a todos los niveles.

El comercio exterior dejó de ser predominio exclusivo de la corona; la concentración de los poderes económicos y políticos en la cd. de México sufrieron bajas relativas; el grupo dominante de peninsulares se desestructuró parcialmente; y se presentó la emergencia de un grupo de comerciantes-prestamistas que diversificarían las inversiones productivas(98).

Pero en tanto la situación económica general entraría en aguda crisis con disminución de la producción agrícola, minera, comercial y manufacturera.

La guerra disgregó al país en regiones casi insulares con poca comunicación entre sí lo que permitió a las oligarquias locales y regionales una relativa fortaleza controlando el comercio interno y acumulando capitales.

Los problemas financieros se agudizaron aumentando la deuda externa con los paises centrales los que aprovechando la crisis productiva interna intensificaban el comercio lícito o no.

Consumada la independencia la lucha interna por la hegemonía del poder económico-político mantuvo al país inmerso en continuas guerras revestidas fenoménicamente de enfrentamientos entre conservadores y liberales; centralistas contra federalistas; proteccionismo contra libre cambio; etc.

Este período de "anarquía" fue el reflejo necesario de la encarnizada lucha por el poder que requeria la hegemonización de un bloque capaz de dirigir y construir sólidamente un proyecto de desarrollo interno vinculable al nuevo orden económico mundial.

Las reformas borbónicas -deciamos- habían propiciado la emergencia de nuevos propietarios que se fortalecieron durante la gue-

rra de independencia. Este grupo se mantendría en lucha contra las oligarquias coloniales o bien establecerian alianzas que hicieran posible la estructuración de un nuevo bloque adecuado a las necesidades productivas de mayor viabilidad de desarrollo.

El modelo productivo que se debía reorganizar exigía fundamentalmente controlar la producción interna y vincularla a los requerimientos de agroexportación para ello la capacidad política y económica del grupo dominante debía cristalizar en la constitución de un Estado, cuestión que fue primordial en el período postindependentista. El proceso de constitución del estado nacional se vió impulsado por la lucha organizada de las clases dominantes contra las rebeliones campesino-populares y además por el furor nacionalista exacerbado por las intervenciones extranjeras.

En contra del común peligro que representaban las revueltas campesino-populares las oligarquias, el clero, y la milicia, acordaban compromisos expresados por ejemplo en la constitución política de 1824. Compromisos que sin embargo se veian susecivamente rotos al tratar cada fracción de imponer su hegemonía e intereses.

Las diferencias que aparecian como desavenencias jurídico-legales en el fondo obedecían a problemas económicos y políticos de cada fracción . Los grupos indianos oligarcas deseaban volver a la época preborbónica inclusive, donde allá gozaban del poder absoluto. Estos grupos aún ejercian fuertes controles en la producción y el comercio interno lo que los convertía en peligrosos adversarios de las oligarquías regionales identificadas con el federalismo, agroexportación y libre cambio. El poder ejercido por las oligarquías indianas se identificaban en tanto con el centralismo y el conservadorismo condujo reactivamente a la alianza de las oligarquías regionales con las "clases medias"(49).

La irrupción de las "clases medias" en la contienda política obligó empero a nuevas alianzas entre las oligarquías. Las ,- que de nuevo pasaban a romperse al intentar dominar ora una fracción ora la otra.

Hacia 1832 la alianza entre masas medias y oligarquías re-

gionales de orientación liberal llevó a la vicepresidencia de la república a Valentín Gómez Farías que intentó reformas liberales en contra del poder eclesiástico y militar.

Estas reformas pretendian entre otras cosas secularizar la enseñanza universitaria arrebatándola al poder del clero. Pero poco duró el gusto liberal porque luego la fracción centralista y conservadora destituyó a Farías por medio del veleidoso Sana - Anna que atendió solicito acusaciones clericales contra Gómez Farías. Así para 1835 el centralismo conservador adquirió pujanza y asumió la presidencia de la república A. Bustamante de 1837 a 1841. Bustamante se apoyó sin embargo en cierta forma en liberales y moderados para poder sostener su régimen. Aquí como decia mos el espíritu nacionalista exacerbado ante el peligro extranjero contribuyó al acuerdo de fracciones. En este caso la guerra del 38 contra Francia fue el acicate.

Poco después Santa Anna asumió el poder y pareció el mando necesario para calmar la agitación avasalladora del período "anárquico" pero luego luego Santa Anna fue destituido y para 1847 en plena guerra ahora con E.U. los federales retornaban al poder con Gómez Farías a la cabeza pero acompañado por el fouchesco Sta. - Anna. Esta vez Sta, Anna no podia transigir tanto con el clero como lo hizo en 1833 cuando destituyó a Farías y dió marcha atrás en sus reformas. Otro era elcontexto y nuevas las relaciones de fuerza e intereses.

Pasada la guerra contra E.U. hacia 1856 se llamaba a la sucesión presidencial y después de varias guerritas intestinas en 1853 Sta. Anna toma la codiciada sartén por el mango y se mantuvo con su dictadura hasta el 56. Del 57 en adelante otro gallo empezaría a cantar, canto interrumpido transitoriamente por el - breve período de Maximiliano y su desdichada Carlota

La situación económica del período "anárquico" fue francamente desastrosa, excepto en la actividad comercial que se había empezado a reorganizar desde las reformas borbónicas.

En cuanto a finanzas existió un déficit crónico para todos

los gobiernos que se sucedieron . Déficit no recuperable ni con préstamos ingleses, muy conocidos, que por el contrario marcaban con claridad uno de los más eficaces necanismos de articulación entre paises dependientes y centrales.

En minería se obtuvo cierto impulso a partir de capitales franceses e ingleses algunos asociados a capitales nacionales, sin embargo los posibles beneficios internos fueron escasos.

En la industria, excepto por intentos de Alamán de impulsar la, no pudo tener mayor desarrollo que por otra parte como señala Cardoso era muy dudoso que pudiera tenerlo.

La agricultura por su parte sufrió el mayor impacto de la guerra de independencia y las luchas del período inmediato. Sufrió sobre todo la producción de los centros de mayor importancia vgr. la hacienda y el rancho.

La fuerza de trabajo bajó drásticamente hasta en un 50% respecto a la existente antes de la independencia, afectando a todo el aparato productivo. (50)

Finalmente, el comercio experimentó beneficios merced a la ampliación del comercio externo particularmente con Inglaterra, Francia y E.U.. Los comerciantes-prestamistas nacionales vieron fortalecido su poder al controlar los circuitos de comercialización interna y externa. De hecho se considera que fue el grupo más importante que de manera sostenida pudo acumular capitales. La integración y poderío de estos nuevos propietarios hubo de ser decisiva para consolidar a la nueva nación y articularla eficientemente a las exigencias imperialistas en la división internacional del trabajo.

Pues bien, las vicisitudes del período para gestar con solidez a la nueva nación se vieron impresas em el proceso de Constitución del Modelo Médico Mexicano.

Una aparente"anarquía" reinó también en el ámbito universitario y las instituciones médicas. Los intentos de Gómez Farías por reformar la enseñanza desligándola del poder del clero fueron llevados a la Facultad de Medicina y a la Escuela de Cirugía (la

división entre facultad y escuela fue hecha con las reformas borbónicas) pero la tremenda crisis financiera del Estado condujo a la supresión de subsidios a ambos organismos médicos y la cristalización de la ansiada reforma no llegó de inmediato.(51)

Por otro lado, la estructura misma del MM Colonial se intentó desde el triunfo de la primera república, modificar radicalmente por ejemplo se ansiaba desaparecer el tribunal del protomedicato que representaba "... símbolo durante 201 años de las restricciones de la colonia". (52)

En tanto un suceso a juicio importantísimo empezó a tener presencia en el campo médico, esto es, la apertura de academias y sociedades médicas que si bien habian conocido un relativo impulso con las reformas borbónicas, en este período su desarrollo fue explosivo, y claro, obedeciendo la misma ley sociológica que hemos referido, compensar el ostracismo de las universidades cuyo cambio fue más lento.

Se abrieron entonces academias y sociedades médicas impulsadas además por un espíritu de franco nacionalismo: en 1824 se abrió la Academia Médico-Quirúrgica de Puebla; en 1825 la Academia de cirugía; en 1833 la Sociedad Médica del D.F., de los Estados Unidos Mexicanos; en 1836 la Academia de Medicina de México; en 1836 también, la Sociedad de Emulación Médica; y en 1851 quizás la más importante de todas: la Academia Mexicana de Medicina.

Podemos decir que los efectos más inmediatos de la Guerra de independencia y el continuo fortalecimiento de las ideas liberales se reflejaron en los avances de estas academias y sociedades más todavia que en los intentos reformadores de Gómez Farías y Liceaga a la universidad y escuela de cirugía. Más aún, la reforma universitaria benefició de inmediato a las academias cuya constitución se veía hasta cierto punto obstaculizada por las restricciones legales que regian su desenvolvimiento. Por ejemplo las constituciones de la real universidad decian: "ordenamos que ninguna persona, de cualquier calidad que sea, lea fuera de la universidad, en su casa, ni en otra parte, ni tenga estudio priva

do de particulares estudiante de cualquier facultad que sea... - pero no por eso se quitan las conferencias y academias particulares, que miren a excercitarse en lo mismo que estudian y aprenden en la universidad."(53)

En realidad para el espíritu ilustrado de la época borbónica no representaba dificultad el permitir la existencia de academias al margen relativo de la universidad, en Europa estas eran - cosa común desde la alta edad media. Sin embargo, el hecho mismo de las reglamentaciones coloniales les imponian restricciones y por ejemplo aunque de ~~facto~~ JURE se admitian su creación de Facto se pretendía que siguieran estando al interior de la universidad como claramente se puede observar en la cita siguiente: "con objeto de no violar los preceptos contenidos en las constituciones de la universidad, los cursos de clínica tuvieron el carácter de academia, bajo la dirección de Luis José Montaña, cuya existencia se hizo obligatoria el año de 1806, por decreto del virrey Iturrigaray" (54).

Esta situación se vería modificadacon el triunfo de la república más a favor de las academias que de la universidad en lo inmediato.

La reforma universitaria de Gómez Farías y Liceaga se vió interrumpida en su cristalización con la vuelta de Sta. Anna al llamdo de las lamentaciones clericales. Sta.Anna desconoció el - establecimiento de Ciencias Médicas que Farías había formado y restableció la antigua universidad y el colegio para luego desaparecerlos. Al subir Bustamante estas fueron reabiertas pero sin otorgarles apoyo económico. Bustamante era ferviente admirador de - la época borbónica y deseaba que se volviese a su "esplendor". - Por ello, la división que Carlos III había ordenado entre escuela de cirugía y facultad de medicina, Bustamante la implantó de nuevo. Luego la escuela fue clausurada y se reabrió en 1838. Al - respecto hay que recordar el acuerdo de facciones ante la guerra con Francia y el apoyo que Bustamante buscó entre liberales y moderados esto explica entonces razonablemente el hecho de que no - pudiera como Sta. Anna cerrar totalmente facultad y escuela. Por

otra parte, para Bustamante la idea de sostener vínculos cada vez más estrechos con Francia no sólo le gratificaba sino que los impulsó fervorosamente. Por esto no veía con malos ojos las reformas de Gómez y Liceaga que se inspiraban en el modelo Francés.

Las academias, por su parte, siguieron con gran continuidad de desarrollo organizando a la intelectualidad médica de la época.

Resumiendo, en general, las vicisitudes que la constitución del Modelo Médico Mexicano experimentó en este período estuvieron determinadas por el ritmo del movimiento sociopolítico reinante.

Las desapariciones, cierres y aperturas de facultad, escuela colegio, etc. obedecieron a la lucha de fracciones que sucesivamente intentaban imponer su dominio e intereses.

A. Chávez en su obra "México en la Cultura Médica" desdeña "la agitación política" y los "apremios económicos de los gobiernos de aquella época" para explicar dichas vicisitudes médicas y que más bien la causa era "el frio desdén con que la medicina y los médicos eran tenidos en aquellos años". Nosostros no desechamos -dado el terrible atraso de la medicina y de los médicos- que tal desdén contribuyera a la problemática, pero nos resulta insuficiente para explicar el suceso y pensamos que a Chávez la famosa "fantasmagoria espiritualista" también lo subyuga simple y sencillamente por restarle importancia, o ignorar de plano, las determinantes socioeconómicas que se expresan en la lucha de clases.

A pesar empero de las vicisitudes y desdenes que sufrió la medicina del período su suerte estuvo echada desde entonces, por esto llamamos a la fecha que va de 1833 a 1920 el primer período de constitución del modelo médico mexicano cuyas características estarian delineadas por el modelo francés eminentemente anatomoclínico. Ello como adelante veremos traería consecuencias para el estudio de la desnutrición, tal como sucedió en Europa.

Sin mayor discusión asentemos que durante la la. mitad del siglo XIX la medicina mexicana recien empezó a despertar del sueño omnibulador colonial guiado por los senderos de la medicina francesa. Mientras tanto en Europa -dice M.Cipolla- "si un médico

se ocupa de Hipócrates y Galeno... lo hace por puro interés histórico o por juego erudito... En 1850 el pasado no es sólo pasado: está muerto". (55)

1.4 REFORMA: Realización de la acumulación originaria del capital y primeros reportes médicos sobre Desnutrición en México.

La segunda mitad del siglo XIX sería decisiva para la formación del Estado Capitalista Mexicano. La acumulación originaria "sui generis" inició su realización(56) apoyada por las leyes de reforma; por la consolidación del grupo de comerciantes--prestamistas--usureros que constituyó la base central de grupo liberal para hacer descansar en ellos los proyectos de reorganizaci-ón nacional; estos factores y el avance imperialista del capitalismo central serían factores de conjunción necesaria a las posibilidades de desarrollo nacional.

La reafirmación del proyecto liberal quedaría plasmada en la constitución de 1857 que necesitaría de varios años para lo--grar imponer su hegemonía. Sin embargo, los mecanismos fundamentales para darle vida al "monstruo" capitalistas se habían echado a andar con pasos firmes.

Por un lado, las consecuencias de las leyes de reforma tuvieron expresión directa en la destrucción acelerada de las comunidades indígenas vía leyes de expropiación y con ello la movilidad de la fuerza de trabajo adquirió un ritmo totalmente diferente a las épocas anteriores. Pero por otro lado, el triunfo de la reforma no impuso la hegemonía liberal de manera inmediata y su proyecto de reorganización nacional encontró no pocas trabas. La reacción conservadora al sentirse desplazada del bloque dominante apelaría a todas sus fuerzas contra el poder liberal. La constitución del segundo imperio comandado por Maximiliano fue quizá la expresión más nítida y desesperada de la reacción con--servadora. De forma que la restauración de la república fue el signo definitorio del triunfo liberal pero que se enfrentaría a múltiples problemas ocacionados por la intensa agitación social.

Enfrentaronse primero a la tradicional crisis fiscal presente desde la guerra de independencia. Crisis que la fracción emergente de comerciantes-prestamistas aprovechó para seguir consolidando su poder. Crisis que por otra parte avivó la necesidad de vínculos más estrechos con el comercio externo.

En este contexto, de triunfo político liberalista, de cristalización de un grupo suficientemente sólido en el terreno económico y de mayores vínculos con el exterior, los factores fundamentales para "realizar" la acumulación originaria encontraron campo propicio para su desarrollo y base clara para solidificar un estado nacional.(57)

En el terreno propiamente económico, el sector primario por entonces apenas inició un proceso lento de recuperación después de haber sido afectado profundamente por la guerra. Observó un levante la producción ligada a la exportación, mientras que el resto siguió siendo autoconsuntiva de propiedades individuales y pequeñas.

Los cambios técnicos en la producción agrícola fueron prácticamente nulos de forma que incluso los procesos productivos que fueron subsumidos al desarrollo capitalista lo fueron sólo formalmente. Hacia fines del porfiriato habrá algunos cambios técnicos de desigual influencia regional, por ejemplo, relativa maquinización de la explotación henequenera en Yucatán.

A pesar del relativo levante de la producción primaria en esta época, hacia finales del siglo entrará en una profunda crisis que caracterizaria inclusive a la siguiente etapa.

Siguiendo con el panorama económico, en mineria a pesar de seguir representando sector importante en las exportaciones no hubo cambios espectaculares en razón de lo que venia prevaleciendo. Sería hasta fines del siglo que se diversificaría la producción de metales preciosos a metales industriales. A raiz de esto hubo algunos cambios técnicos en el sector, pero la característica principal en mineria fue sin duda el aumento de inversión extranjera en su explotación.

La industria por su parte apenas conoció grados de desarrollo cuantitativos y cualitativos mínimos. Los talleres artesana-

les predominaban en número y absorbian la mayor cantidad de fuerza de trabajo del sector. Sin embargo, un cambio cualitativo se inició entonces, esto es, la continua disgregación de los sistemas gremiales imperantes durante la primera mitad del siglo XIX. La industria textil fue predominante y, desde entonces, se vislumbraba una dependencia de lo externo, en el campo tecnológico, casi total. Aún así la maquinización fue muy pobre de manera que las jornadas laborales de los obreros textiles eran prolongadas y absorbiendo fuerza de trabajo femenina e infantil, como es tan usual en el predominio de la extracción de plusvalia absoluta.

El comercio sufrió variaciones al agilizarse las vias de intercambio y ampliándose por tanto el mercado interno, empero más importante fueron los cambios impresos al comercio externo sobre todo con E.U. de Norteamérica, país que inició por desplazar a los europeos. El eje de dominación externa pasaría después al vecino del norte, al que muchos liberales veian como el país "Guia". Siguiendo este imperativo categórico la infraestructura de transportes quedaría fijada a conectar las vías de intercambio externo con mayor dinamismo que las vías internas, cumpliendo con las exigencias de un modelo agroexportador.

Finalmente, como es lógico suponer la estructura de clases y la demografía del pais se transformaron sustancialmente, definiendo las tendencias que desde las reformas borbónicas arrancaron. Así, aunque se mantuvo a la cabeza -cuantitativamente- el grupo campesino su situación social se vió diversificada e inserta en nuevas relaciones de producción siendo estas marcadamente capitalistas. De otro lado, la existencia y relativa protección de la industria textil hizo emerger una pequeña fracción de obreros. A renglón seguido la disolución contínua de las comunidades indígenas, aunadas a los desgarros de la lucha independentista y de la reforma, aumentaron el número de individuos desocupados que al no poder insertarse de manera inmediata en otras actividades productivas constituyeron de hecho un ejército de reserva.

Para rematar, las fracciones oligarcas incorporaron por necesidad a la nueva fracción de prestamismtas-comerciantes abiga--

garrando el cuadro de la estructura clasista.

Ahora bien, todas estas transformaciones habrian de influir -como siempre- en la constitución del MM Mexicano. Anotemóslos - por pasos:

lo. El incremento en las relaciones externas y el avance del liberalismo introdujeron - con celeridad los avances de la medicina europea. No sólo en cuanto al saber sino en cuanto a tecnología médica, especialmente tecnología -primitiva si se quiere- ligada a la práctica quirúrgica que fue la más requerida durante la segunda mitad del siglo XIX.- Era natural que las continuas contiendas bélicas requirieran el - auxilio de la cirugía -cirujanos dice Chávez fueron los mejores - médicos del periodo- durante la guerra de reforma, por ejemplo, - se relata que Márquez "se extralimitó fusilando a dos jóvenes liberales practicantes de medicina que habian ido al campo de batalla a prestar sus socorros a los heridos"(58)

2o. La relación entre medicina y estado se hace más estrecha a través de dos necesidades evidentes:

a)- Los problemas de Salud Pública derivados de las condiciones ambientales agravados por la urbanización dela capital - -algo nos hace recordar el modelo francés de "Medicina Urbana" asi bautizado por M. Foucoult- de forma que el Estado constituido después de la reforma pidió -como en Francia- que las organizaciones médicas se abocasen a estudiar "que ventajas o inconvenientes - traeria a la salud pública la desecación total o parcial de los - lagos que circundan a la capital de la república. Fijar en conclusiones precisas los resultados prácticos y los inconvenientes; si los hay, señalar el remedio"(59). A cambio de este accionar de los médicos organizados, el estado daría reconocimiento legal a las corporaciones que a ello se dedicaran al propio tiempo que incrementaria sus recursos.

Bien mirado es exactamente el proceso que Foucoult sugiere en el surgimiento de la medicina urbana francesa.

b)- Los problemas de salud ligados a la actividad agroexportadora requirió no sólo de la injerencia del Estado Nacional sino

también del concurso extranjero interesado en el comercio con México. Se extendieron con esto, lazos entre Estado Nacional y Medicina-Médicos nacionales con Estado y Medicina-Médicos extrajeros. Por supuesto, de inicio los lazos mas frecuentes fueron con Francia como bien puede colegirse al revisar, por ejemplo, la lista de socios corresponsales de la academia nacional de medicina durante el lapso de 1873 a 1881 de donde se destacan 11 socios corresponsales en el extranjero estando 6 de ellos en Francia. (54.5%)

3o. Paulatinamente el Estado Nacional reconoce en el MM, recien constituido con los avances europeos, un factor de indudable eficacia para consolidar la hegemonía del nuevo bloque liberal gobernante. Pero primero los propios intelectuales médicos tendrian que sanjar sus disputas ideológicas y políticas -cuestión que ha tratado de soslayarse en la historia de nuestra medicina- disputas que no podian ser otras sino las que mantenian las fracciones en lucha por el poder.

Ya vimos que en el periodo de "anarquía" los sucesivos cambios de predominio oligarca se reflejaron en aperturas y cierres; cambios y reacciones de las escuelas, facultades, colegios, etc., de medicina. En estas sucesiones, unos médicos apoyaban opciones liberales, mientras que otros las atacaban apoyando la línea conservadora. Ello señala sin eufemismos ni fantasmagorías que los médicos también son sujetos políticos que se mueven al ritmo de las luchas clasistas.

Las discusiones entre el liberal positivista Gabino Barreda y el conservador proimperialista Miguel Jiménez ejemplifican lo anterior. Pero por otro lado nos muestran la relativa autonomía de la superestructura ideológica y científica que a fin de cuentas la política se asegura de volverlas "terrenal" al plano de donde efectivamente deriva: las relaciones sociales de producción. Eran estas en realidad las que en la disputa generalizada entre conservadores y liberales se trataban de definir con la restauración de la república, más como asienta Engels casi siempre estas relaciones operan bajo un disfraz político e ideológico.

En la discusión decia Barreda de Jiménez:

"Casi no era posible creer, al verlo tan reacio y tan intransigente en ciertas teorias sociales (liberal-positivistas), que amplitud y que liberalidad de miras, que independencia absoluta de toda idea ontológica y de toda traba teleológica existía en su mente como clínico"

Enla práctica médica -dice del Castillo- ambos se admiraban y se estimaban. Pero -y aquí viene la realidad política- cuando se hizo obligatorio jurar las leyes de reforma, Jiménez abandonó su cátedra universitaria, fiel a sus convicciones absolutistas y en apoyo al imperio.

Barreda criticó a Jiménez, explicando el hecho como una pueril medida "que vino a hacer estallar el conflicto entre dos lógicas incompatibles", es decir, teoria y acción social reaccionaria contra ciencia médica positivista de "amplia liberalidad de miras"

El hecho no era novedoso ya hemos dicho que según Entralgo, Cl. Bernard en Europa era vitalista de sentimiento pero positivista en la acción. El concepto teórico de relativa autonomía en la ciencia nos explica con claridad este fenómeno y nos evita ciertamente groseros mecanicismos de identificar, sin más mediaciones, ciencia con política e ideología.

Siguiendo con nuestro país, una vez restaurada la república el "gremio" médico atenuó sus desaveniencias político-ideológicas y siguió dando fuerte impulso a la medicina mexicana. Una concordia que al decir de E. Liceaga "...en vano suele buscarse entre los individuos de otras corporaciones" se dió durante toda la época entre los médicos. A nuestro juicio, varias razones podemos esgrimir para explicar este importante hecho:

a)- Esta generación de médicos provenian del periodo de "anarquia" y habian presencia las constantes invasiones extranjeras y "crecieron respirando el aire saturado por la pólvora de nuestras guerras civiles y sintieron la angustia de las invasiones extranjeras... en 1847 los más tomaron las armas." (60)

b)- Por tanto, estaban empapados de un espíritu "nacionalista" que se exacerbó después de derrocado el segundo imperio. Además no olvidemos que para entonces el proyecto liberal habia adquirido tal fuerza que era capaz de imponer su hegemonía a todos los sectores. La concordia proclamada por Altamirano no bordaba en un vacio de poder como el presentado en el periodo "anárquico", el liberalismo sostenía ahora suficiente poder como para lanzar un programa coherente "que llega ser empresa nacional de integración cultural y la literatura, el arte, la ciencia y la historia se cultivaron con laboriosidad y entusiasmo singulares por liberales y conservadores"(61)

c)- Después de la primera mitad del siglo XIX la medicina adquirió cada vez más un "status" de verdadera ciencia e incluso como dice G. Berlinguer "cuando la higiene y la microbiología se tornan ciencias que transforman la sociedad y son señaladas como modelos científicos de otras disciplinas"(62). Es decir, entonces el dinamismo propio de la medicina del siglo XIX contribuia a organizar con mayor solidez a estos intelectuales. El prestigio que paulatinamente fue ganando la medicina sin duda influyó para que ningún gobierno establecido desde la independencia, pasando por Maximiliano, dejara de lado completamente el proceso de constitución del M.M. Mexicano.

Por otra parte, es cierto que a medida que el M.M. adquirió mayor "status" técnico-científico, el estado y los propios médicos empezaron a fundamentar una "autonomía" de su práctica, ello claro en un plano meramente ideológico, la síntesis de este proceso la podemos enmarcar en un proceso de complementariedad reflejado en un acercamiento/alejamiento entre Estado y M.M.

De acercamiento porque en lo sucesivo los médicos de mayor renombre empezarán "a gozar de la amistad y estimación de funcionarios del gobierno"(63). El prestigio científico de la medicina en verdad investia al médico de un ropaje de sólida formación general. No resulta muy extraño que Barreda haya sido uno de los más conspicuos positivistas del período ni que él justamente haya recibido en 1867 al liberalismo triunfante con un discurso que "encapsulaba en tres palabras el plan peleado por los liberales: Libertad, orden y progreso"(64)

El proceso se planteará de alejamiento porque en adelante se procurará cada vez más negar "las cosas políticas" al interior del gremio médico y cuando estas parezcan y sean comentadas se considerarán "despreciables"(65)

Referente al cuadro epidemiológico que enfrentaron los médicos de esta época estuvo dominado por seculares epidemias de fiebre amarilla, paludismo, viruela y tifo fundamentalmente. A pesar de esto desde la década de 1870 la población empezó a aumentar lenta pero firme(66). Si bien algo se puede achacar a la inicial modernización del M.M. Mexicano en realidad aquí como en Europa los cambios estructurales de la economía y la organización social fueron determinantes para sostener el incremento demográfico.

Cuando el Estado pedía el apoyo médico para conocer y atacar los problemas de salud pública urbana y portuaria, los cambios introducidos por el Estado para mejorar las condiciones ambientales eran más importantes que las acciones médicas propiamente dichas. Es importante anotar que los estudios médicos considerados de salud pública buscaban más bien conocer las especies morbosas con detalle clínico y anatomopatológico y un poco después buscaban conocer la etiología microbiológica desdeñando un tanto la cuestión de higiene ambiental a la que no podian todavia articular eficientemente con las concepciones microbiológicas. Veamos como era esto:

> "... desde 1875 hubo el primer choque entre los que hablaban de miasmas, efluvios y emanaciones deletéreas y los que sustentaban la noción de microbios patógenos"(67)

La disputa se mantuvo con cierta persistencia, afinándose las posiciones de ambos bandos, hasta digamos el primer tercio del siglo XX, Cuando las concepciones higienistas se integran resueltamente a las microbiológicas. Pero estas últimas ya desde fines del siglo XIX iba ganando la batalla por la hegemonía:

> "en el año de 1881... el mosquito (era) hipotéticamente considerado como el agente de transmisión de la fiebre amarilla, de Carlos J. Finlay. El escrito fue recibido no solamente con escepticismo sino también con sarcasmo.

Por aquellas paradojas del pensamiento humano, la mente de los investigadores se dirigian más bien a buscar el agente causal... que su modo de transmisión". (68)

En el capítulo anterior analizamos el auge del paradigma microbiológico y explicamos su génesis, lo cual ahora nos explicaría las paradojas del pensamiento humano que se refieren en la anterior cita.

En estas líneas del cuadro epidemiológico vigente durante la segunda mitad del siglo XIX llegamos a la época de descripción más o menos sistemática de la desnutrición en México. Su estudio destacará con mayor énfasis la descripción clínica del padecimiento.

Partimos de la tesis que varios factores se conjugaron para iniciar a darle realidad clínica a la desnutrición. Hacemos relevancia de los siguientes:

1o. El hecho de volverse un padecimiento endémico justo con la realización del modo capitalista de producción a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

2o. La rápida constitución del M.M.Mexicano que incorporó con celeridad los avances europeos sobre todo de la medicina francesa. Lo que supuso mayor acuciocidad clínica de los médicos mexicamos que para entonces "pensaban y hablaban en términos anatomoclínicos"(69)

3o. Mayor organización y relación entre médicos y Estado.

Abordemos en conjunto los tres puntos anotados para desarrollar la tesis propuesta.

Por un lado la mayor organización y relación entre médicos y Estado llevó a las corporaciones médicas a pedir de este apoyo económico y legal mientras tanto el Estado solicitaba de las corporaciones estudios de los principales problemas de Salud Pública, uno de llos, deciamos, eran los problemas relacionados con la urbanización de la capital. Otro prioritario empezó a ser la salud ligada a la actividad agroexportadora. En estrecha relación con esta actividad se inscribió la importancia que el Estado dió al conocimiento más detallado del espacio geográfico nacional de ahí

el fuerte apoyo proporcionado a la sociedad de Geografía y Estadística, a la que astutamente la Academia Nacional de Medicina - puso como ejemplo del apoyo que el Estado debia darle a esta en 1877. Sin problemas se comprende el hecho de que por entonces - la Academia Nacional de Medicina (ANM) ampliara el número de socios corresponsales a diversos estados de la república con la idea de - ir conociendo con los estudios regionales las endemias y la estadística médica regional para "con el tiempo, formarla geografía médica del país"(70)

Pues bien, desde la segunda mitad del siglo empezaron a emerger descripciones más o menos detalladas sobre desnutrición, - atendiendo a la concepción de ir formando una geografía médica - del país que llevó a la ANM a ampliar el número de socios corresponsales a diversos estados de la república. Se comprende entonces que el padecimiento en cuestión empezara a percibirse notoriamente ya que los médicos empezaron a ir justo donde habia desnutrición, esto es, a los estados más atrasados y/o más explotados de la república. vgr. Chiapas y Yucatán.

Así en 1865 el Dr. Pomposo Hinojosa describió "con acuciocidad clínica"el padecimiento:

> "Se presentaba generalmente en la época del destete entre el primero y segundo año de vida... el primer síntoma era la diarrea. Describe también el edema y algunas lesiones de la piel y ... llama la atención su acuciocidad clínica ya que escribe aunque la diarrea aumenta no hay sed o es muy poca, el apetito es nulo y los niños estan muy tristes. El cuadro muy frecuentemente conducia a la muerte en dos o tres meses..."(71)

En el mismo año, el Dr. León Coindet informaba sobre una - epidemia de desnutrición en el pueblo de la Magdalena (Chiapas) y terminó diciendo:

> "Sobre todo; ¡se debe suprimir la miseria! Grave problema social, trátese de una villa o de un pueblo, cuya solución erradicaría ciertamente además de la diarrea muchas otras enfermedades. Pero es más fácil en este punto hacerse de esperanzas que proporcionar consejos"(72)

Menéndez analizando información sobre Yucatán expresa: "...en general... se acepta que el hombre como fenómeno endémico era prácticamente desconocido, aunque a mediados del siglo XIX se crearían las condiciones de esta posibilidad, primero a través de la plantación azucarera y luego de la henequenera" (73)

Parece claro, pues, que la desnutrición se percibía por su carácter endémico y desde luego por las epidemias como la que relata el Dr. Coindet. Conviene retomar los datos socioeconómicos que hemos anotado antes para intentar fundamentar porque justo a partir de la segunda mitad del siglo se crean las condiciones para volver endémico el padecimiento.

Al triunfo de la reforma liberal y la restauración de la república, la "realización" "sui generis" de la acumulación originaria (74) apenas anuncia la plena injerencia del Estado en los procesos económicos y su control por tanto es sumamente débil. Por otra parte -deciamos- los procesos productivos que fueron subsumidos al capital lo fueron sólo a nivel formal lo que implica escasa o nula participación del capital en la reproducción de la fuerza de trabajo y aunado a la debilidad del Estado, incapaz entonces de intervenir en este proceso de reproducción, se comprende la posibilidad de crear las condiciones para generar estados de desnutrición de manera endémica ya que es ususal en la subsunción formal del trabajo la extensión absoluta de la jornada con gasto excesivo de energía humana. Pero además deciamos que en esta etapa lo importante era formar fuerza de trabajo separandola de sus medios de producción,(+) de ahí la multiplicidad de leyes expropiatorias que cristalizaron con el triunfo de la reforma. Empero hemos de anotar el hecho siguiente: los efectos de la reforma, para disgregar la organización productiva de tipo comunal autoconsuntiva, generó reacciones enconadas de la población, sobre todo indígena, quienes lograron en alguna medida conservar parcelas de tierra. Sólo que en adelante las conservarían a título individual (declarativamente este era uno de los objetivos de la reforma) es decir, crear pequeños productores individuales pero como sabemos la realidad fue que se incrementó el latifundio

(+) Cfr. Capítulo 9-1. pp 49.

extendiéndose al período porfirista. En suma, siguieron coexistiendo, pero en nueva relación de explotación, el latifundio con la pequeña propiedad autoconsuntiva, situación que permitió el avance de nuestro capitalismo:

> "la mayor parte de los trabajadores "libres" lo eran fundamentalmente porque aún poseían los medios de producción para su reproducción" (75)

En otras palabras, el trabajo asalariado típico no habría podido darse en las condiciones de nuestro capitalismo "no clásico"(76)

Pero en la medida que los procesos de trabajo tradicionales vayan siendo subsumidos al capital y aún cuando se combinen con procesos productivos autoconsuntivos no subsumidos, estos últimos al ser reducidos a explotación individual irán mermando la capacidad de reproducción de la fuerza de trabajo en su conjunto y con ello prevalencia endémica de desnutrición.

Menéndez -nos parece- expone con claridad esta tesis, tomando como caso el área de Yucatán cuando dice que:

> "la relación de peonaje, dominante en las haciendas ganaderas y maiceras, permitian al peón el cultivo de subsistencia dentro de las haciendas..." pero con la plantación azucarera y henequenera la situación se transforma al punto de posibilitar el hambre endémica en la región" y de otra parte expresa que la producción para el autoconsumo se vio drásticamente reducida "por la consecuencias de la distribución de la tierra, puesto que en el área henequenera los rendimientos de maíz son bajísimos..."(77)

Hasta ahora hemos visto el porqué de la endemia del padecimiento y el porqué los médicos, en la constitución de la geografía médica del país, pudieron entonces percibirlo. Veamos a renglón seguido hasta a que nivel, y porqué a este nivel, podian percibirlo.

El asunto consiste en que el MM de la época (1o.Período de constitución) fue casi "miméticamente" adoptado del modelo francés

aunque con clara conciencia del gremio médico más organizado de mantener cierto nacionalismo: "los periódicos que sirven de vehícumo a la publicidad de sus trabajos tienem un interés de localidad, que en vano desdeñan los que sólo aspiran a vivir como parásitos de la medicina extranjera"(78) Pero a pesar de tan frecuentes declaraciones, las características del MM Mexicano seguirá - los pasos del francés iniciando inclusive por "la medicina urbana" (Foucàult) que se fundará en el control del ambiente y de este al estudio del organismo humano, sólo que en México el proceso no será de articulación entre las ciencias químicas y físicas con la - medicina, aquí el proceso fue de adaptación del modelo original - que ya habia propiciado aquella articulación, tanto inclusive que los médicos mexicanos se fueron rápidamente al estudio del orga-- nismo humano y con celeridad al estudio microbiológico. De manera que como hemos visto, mientras que el Estado recomendará el con-- curso de los médicos para el estudio de los problemas ambientales y su posible influencia en la salud, el estudio de esta última será primordial para los médicos y fundado en el pensamiento anatomoclínico. En tanto la práctica terapeútica fue absorta, -por efecto de las guerras y la introducción de las técnicas antisépticas- por la cirugía. Luego insensiblemente atendiendo al paradigma - etiopatológico microbiano se pasó del modelo anatomoclínico a aquel etiopatológico haciendo a un lado al pensamiento procesal y dinámico de la fisiopatología. Aquí podriamos pensar que el "orden" - exigido por el país después de las continuas guerras intestinas - creaba un clima intelectual acorde con el pensamiento anatomoclínico del "punto fijo", más sin embargo nos inclinamos por pensar que el gusto por lo francés en tanto modernidad de ideas y modelo científico, cayó por su propio peso en los médicos mexicanos. Por supuesto sin olvidar que con Francia se mantuvieron durante la - época las más estrechas relaciones y además un corto período imperial.

El caso es que las discusiones de los médicos mexicanos se inclinaron por oponer a la influencia "de los miasmas y emanaciones deletéreas del medio ambiente" la búsqueda de los agentes causales microbiológicos no sin antes pasar por acusiosos estudios anatomoclínicos, el suceso es claro por ejemplo en el estudio del tabardillo (79).

Entre tanto cuando salió a publicación el libro de Cl. Bernard -25 años después de su publicación en Europa-: "Introducción al estudio de la Medicina Experimental", para "verguenza de los hombres de ciencias", solo 10 ejemplares fueron vendidos ya que no importó a los médicos mexicanos (80), lo que sin duda demuestra que el pensamiento fisiopatológico se hacía a un lado.

No creemos forzar los hechos si a partir de todo lo anterior concluimos que el estudio de la desnutrición durante la segunda mitad del siglo XIX en México, estuvo determinado fundamentalmente por los tres puntos que hemos desarrollado, es decir, presencia endémica del padecimiento determinado por la cristalización del modo de producción capitalista; rápida constitución del MM a imagen y semejanza del modelo francés anatomoclínico; y la mayor organización y relación entre médicos y Estado. En esta síntesis nos es de particular interés destacar el desconocimiento del pensamiento fisiopatológico, y ya ni se diga, el desconocimiento de una visión social basada en el materialismo histórico y relacionada con la medicina. Recuerdese que hacia 1862 en Europa el Dr. Smith realizaba estudios fisiológicos con cierta rigurosidad encaminados a investigar el estado nutricional de los obreros ingleses, en tanto que Marx analizaba científicamente la determinación social rigurosa (no como los ilustrados borbónicos en México vgr. Lorenzana; o como los positivistas de la reforma: Hinojosa y Coindet) de la desnutrición.

Aún más, respecto al tifo -problema que tanto preocupó a nuestros médicos- Marx consigna que en 1865 "el Dr. Embleton, del hospital de fiebres infecciosas de Newcastle, dice: no cabe la menor duda de que las causas de que perdure y extienda el tifus radica en el hacinamiento de seres humanos y en la suciedad de sus viviendas"(81)

Ya anotamos que los estudios de Marx serán olvidados o bien atacados por la reacción sociológica positivista, si ello sucedia en Europa de suyo se comprende que sucediera en México. De forma que la posibilidad de llegar al estudio fisiológico y social de la desnutrición se vió prácticamente cancelado. Lo cual no excluye que de manera expontánea se vislumbrara la determinación social -

del padecimiento, como decia Coindet: y sobre todo ¡se debe suprimir la miseria! Frase pronunciada justo en la época que el modo de producción capitalista cristaliza en México con el triunfo liberal de la reforma.

Ahora bien, autores como Cuevas y Cardoso(82) coinciden que es también la época de expansión imperialista del capital. Por otra parte, finalizamos el capítulo precedente con una cita de E. Menéndez señalando que, "debido al abaratamiento de los alimentos, sobre todo de determinados alimentos ricos en proteinas". en conclusión las enfermedades carenciales empezaron a dejar de ser un serio problema de los paises industrializados europeos para finales del siglo XIX y principios del XX. Paradójicamente estos paises habian desarrollado el saber fisiopatológico base para el estudio "científico" de la desnutrición.

Debido a lo anterior ya no nos parecerá extraño constatar que el estudio del padecimiento fuese triste privilegio de los paises dependientes como el nuestro.

1.5.4m PORFIRIATO, Desigualdad social, la hambruna prerevolucionaria y el reporte obligado sobre desnutrición.

El porfiriato representa la época de consolidación capitalista en México. Se realizaron avances apreciables en casi todas las áreas económicas, incluida la industria manufacturera.

La política económica se caracterizó por apoyar el crecimiento asociado a capital extranjero que, a excepción de la producción minera, permitió una relativa solidez del capital nacional.

Los problemas financieros que desde tiempo atrás se arrastraban fueron en gran medida paliados por la eficacia administrativa del régimen porfirista.

Las políticas de centralización seguida por Juárez y Lerdo fueron definitivamente adoptada por Diaz, restándole poder a los múltiples caciques regionales que la guerra había propiciado.

Obtenida la fortaleza suficiente, Diaz Gobernó al país bajo una férrea dictadura apoyada en dos fracciones de propietarios fundamentales: la oligarquía ligada a la producción agroexportadora,

y la oligarquía ligada a la "reproducción ampliada interna del capital"(83). El clero por su parte conoció un nuevo auge aunque sin alcanzar la importancia del período colonial.

La orientación de la política económica porfirista, obedeció entonces a los intereses primordiales de las fracciones dominantes. Así dió facilidades extraordinarias a la inversión extranjera orientada en el transporte, la minería y la agricultura comercial de exportación. Consecuentemente imprimió impulso al sistema ferroviario, conectando los centros de producción con puertos y fronteras donde se realizaba el intercambio comercial con los paises capitalistas principalmente con E.U.

De otro lado expidió leyes para proseguir con la expropiación de tierras comunales y desamortizar algunos bienes eclesiásticos. Con esto dió continuidad al proceso iniciado con la reforma de incrementar el latifundio.

En industria, si bien no dio máxima prioridad a su desarrollo tampoco lo obstaculizó e incluso permitió algunas facilidades como la excención de impuestos a las nuevas industrias.

Finalmente merced a la política de "mucha administración" amplió el aparato burocrático del Estado, y hacia fines de siglo dirigió gastos de inversión en salud, educación, y servicios urbanos. Para nuestros fines interesa mencionar que Diaz se rodeó de un grupo de intelectuales y técnicos (los "científicos") que introdujeron sistemas de control estadístico en economía y movilidad demográfica incluyendo estadísticas de salud.

En resumen, bajo el porfiriato se verificó un sustancial avance económico pero con grandes desigualdades sociales que fermentaron la agitación política revolucionaria a principios del presente siglo.

Veamos sumariamente la economía política del porfiriato para luego pasar al análisis de las condiciones de salud y a renglón seguido observar el desarrollo del MM y finalizar con el reporte sobre desnutrición.

Las facilidades proporcionadas a la inversión extranjera tuvieron mayor impacto en la producción minera. La ley de 1892 per-

mitió la apropiación privada del subsuelo nacional lo que aprovechó sin miramientos el capital externo de forma que la producción minera bajo estas circunstancias benefició muy poco al país y un mucho al capital extranjero.

En industria se observó un relativo avance a fines del siglo, participando con 13.13% en 1895 y un 15.76% en 1910 en el PIB. Sin embargo, a comienzos del presente siglo la industria entró en fase de aguda depresión.(84) De todas maneras ello permitió ir configurando una clase obrera más estable y numerosa. Aunque siguió predominando la producción artesanal sólo que ahora en franca vía de disolución.

En el período, la injerencia del Estado en la industria se caracterizó por reprimir arteramente a los movimientos obreros que se incrementaron hacia fines del período. La principal demanda era defender los salarios y limitar la jornada laboral que se extendia hasta 15 horas diarias. El trabajo femenino e infantil ocupaba más de un tercio de la mano de obra del sector(85).

La relativa industrialización aceleró la urbanización del país sobre todo en ciertos centros como el D.F., Puebla, Monterrey y Orizaba, ello condujo al Estado a dedicar montos de inversión en obras de servicios públicos y, como anotamos antes, en salud.

En agricultura, excepto el incremento de la producción exportadora, en general no fue objeto de mayor atención.

El proceso de expropiación de tierras comunales siguió avanzando particularmente en el sur y sureste del país. Se calcula que de 1877 a 1907 se adjudicaron particulares y compañías cerca de 49 millones de hectáreas(86). Los límites de propiedad privada nunca fueron respetados e incluso se dictaron decretos que favorecieron al latifundio. La extensión del ferrocarril actuó en algunos casos negativamente sobre las propiedades comunales ya que al aumentar los precios de la tierra aceleraron la expropiación.

Por otro lado, la extensión del ferrocarril propició la integración del mercado interno pero fue un mercado deficitario, por ejemplo la producción de alimentos se mantuvo a menos de 1.88% de

tasa media anual lo que era insuficiente para cubrir las necesidades internas. Al déficit crónico contribuian crisis agrícolas tremendas como la de 1892, que se intentaron paliar incrementando la importación de alimentos.(87)

La unidad productora del sector agrícola siguió siendo la gran hacienda pero ahora más consolidada e inserta en relaciones netamente capitalistas. Según el grupo de historiadores coordinados por Cardoso "lo que caracterizaria a estas unidades como capitalistas sería el destino del excedente económico producido, y no el proceso de producción inmediato"(88). Como hemos dicho los procesos de trabajo inmediatos correspondian a procesos subsumidos formalmente al capital. Desde entonces la "sui generis" organización dela explotación agrícola planteará el problema, hoy discutido; de la "descampesinización" o "recampesinización", [redacted].

Lo que queda claro es que desde el porfiriato las relaciones de explotación en el campo serán capitalistas y siguiendo diversas vías de explotación que incidirán en los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo campesina. Desde entonces también la movilidad de la fuerza de trabajo seguirá el hilo de las contradicciones económicas generadas por esta "sui generis" organización productiva. Por un lado, el avance en la expropiación de tierras comunales liberará fuerza de trabajo que o bien se ocupa en la gran hacienda como peones acasillados o eventuales; bien una parte es absorbida por laincipiente industria; o bien una parte no encuentra ocupación y pasa al ejército de desocupados.

Se calcula que en 1895 la PEA del sector agropecuario representaba el 58.38% de la PEA total del país. Hacia 1910 esta proporción subió a 64.34% indicando mayor ruralización. Al propio tiempo aumentó el desempleo global como lo indican las cifras de PEA general que pasaron de 39.71% en 1895 a 36.88% en 1910.(89) De forma que se puede inferir que si bien cierta cantidad de fuerza de trabajo hacia 1910 se encontraba ocupada en el sector primario, una gran cantidad de hecho permaneció desocupada y presionando por adquirir tierra lo que explica la demanda central del movi

miento revolucionario de 1910. Se explica también la crisis agrícola de 1908, por ejemplo, crisis que afectó a todos los sectores incluido el industrial. Si se aunan a esto las pésimas condiciones laborales que privaban en la industria y la voracidad represiva del Estado ante cualquier intento de movilidad obrera, se comprenden las multiplicidad de huelgas que estallaron en la industria a fines del porfiriato. Desafortunadamente la endeble organización obrera sumada a la represión y a mecanismos de manipulación esgrimidos por la burguesía industrial, impidieron la conformación de un proyecto revolucionario conjunto entre obreros y campesinos.

Finalmente, asentemos que durante el porfiriato hubo un aumento sostenido de la población total. De 1877 a 1910 casi se duplicó pasando de 9 a 15 millones el número de habitantes.(90)

Respecto a las condiciones de salud, en morbilidad el tifo, la viruela, el paludismo, la fiebre amarilla, etc. siguieron constituyendo verdaderos problemas de salud pública. Sin embargo, es importante anotar que la mortalidad infantil, contrario a la general, empezó a decrecer abruptamente desde finales del siglo interrumpiéndose con el estallido revolucionario.

La urbanización y la actividad portuaria para exportación fueron centros de atención para las políticas de salud seguidas por el régimen porfirista.

Los intentos de Juárez por centralizar los servicios médicos hospitalarios y hacerlos dependientes del Estado, tuvieron hilo de continuidad con Diaz y en 1879 el Consejo Superior de Salubridad empezó a funcionar realmente e inició reglamentaciones sanitarias modernas para la época.

El proceso de acercamiento/alejamiento, entre médicos y Estado, con Diaz se frofundiza siguiendo su política de rodearse de intelectuales.

Se disolvieron casi todas las organizaciones médicas y aparentemente el suceso tendería a mostrar problemas de organización y solidez en la constitución del MM. Más sin embargo, lo debemos

ver desde el ángulo contrario, o sea, el MM via injerencia mayor del Estado en su constitución iba definiendo los rasgos adecuados al modelo de desarrollo capitalista. El hecho entonces de que la mayoria de organizaciones médicas se disolvieran representaba el primario aviso del ocaso liberalista de la profesión como forma dominante.

La Academia Nacional de Medicina fue la única organización que permaneció sólidamente formada, incluso el propio Diaz la inauguró como tal y definitivamente en 1878 pero quedaba ahora bajo los auspicios de la Secretaria de Instrucción Pública y como órgano consultivo del gobierno.(91) Acercamiento pues entre médicos y Estado con paulatino dominio de este último. Poco a poco una buena cantidad de los mejores médicos inscritos en la academia empezaron a ocupar puestos oficiales en el gobierno.(92) Los mismos que a su vez empezaron a dominar la enseñanza universitaria. Por ejemplo, Eduardo Liceaga, presidente de la academia en 1878 cuando fue inaugurada por Diaz, 7 años después inició su gestión como presidente del Consejo Superior de Salubridad, puesto en el acompañó al caudillo durante 28 años.(93) Por otro lado, no fueron pocos los directores de la Escuela de Medicina que ocupaban puestos importantes en la academia.

En otro punto, a finales del porfiriato se estimuló la investigación médica abriendose importantes centros especializados: en 1890 el Instituto Médico Nacional y en 1900 el Instituto Patológico Nacional. Los temas frecuentes de investigación fueron naturalmente los relativos a problemas de salud generados por la urbanización de la capital y la actividad portuaria vgr. tifo y fiebre amarilla. Por estos últimos, las relaciones internacionales se acrecentaron al grado que en 1892 México fue sede del Congreso Interamericano de Salubridad.

En los puertos de hecho se constituyó una"policia sanitaria" encargada de controlar la sanidad portuaria. Tan policiaca se consideraba la actividad que, seguramente por ello, el Consejo Superior de Salubridad que de inicio estaba bajo la férula de la junta directiva de beneficiencia luego pasó a depender de la Secretaría de Gobernación.(94)

Las actividades desarrolladas tuvieron sus frutos, como fue por ejemplo el rápido control sobre la fiebre amarilla, pero las solas medidas médicas difícilmente habrian funcionado sin las mejoras relativas que tuvieron las regiones portuarias exportadoras, como las del Golfo de México y el Caribe "zonas que revelan las más altas tasas de crecimiento de la PEA"(95)

No todo en medicina era salubridad e higiene pública. No, los adelantos europeos que llegaron con celeridad extraordinaria y el gusto por lo francés se mantuvieron con el porfiriato. De suerte que el pensamiento anatomoclínico siguió reinando y combinado con el etiopatológico microbiano. Las hazañas de Pasteur y Koch llegaron rápidamente a oidos de nuestros médicos y propició un desmedido afán por la microbiología.

Es pertinente consignar que la fisiología -apenas tocada durante el siglo- recibió cierta atención muy a finales.

La enseñanza -dice Chávez- corrió pareja con la evolución de la medicina, mejorándose y completándose. "ganó importancia el pequeño laboratorio de fisiología para demostraciones prácticas"; luego se agregó la patología general; se creó la cátedra de anatomía patológica; de anatomía topográfica; de histología; de clínica; de higiene; de microbiología y de química médica."(96)

A principios de nuestro siglo empezaron a despuntar las especialidades y la cirugía se desarrolló espectacularmente gracias a la plena introducción de la asepsia y la antisepsia.

La infraestructura asistencial también empezó a modernizarse con la fundación en 1905 del Hospital General.

El número de individuos que trabajaban en el sector médico se incrementó pasando de 4599 en 1895 a 6448 en 1910 (97) ocupando el segundo lugar -después de los profesores- del grupo dedicado al trabajo intelectual. Se calcula que para 1900 de 4972 individuos registrados especificamente en el ramo medicina, 2622 eran médicos, concentrados en las grandes ciudades, por ejemplo una quinta parte se localizaba en el D.F., mientras que Colima contaba con 10 médicos.(98)

Con los datos hasta ahora expuestos podemos hacer la síntesis siguiente: no había muchos médicos; la enseñanza apenas se modernizaba y no habia muchas escuelas de medicina (hacia 1894 existian 9 escuelas de medicina); apenas se creaban institutos especializados, la investigación por tanto era muy pobre; la infraestructura asistencial no era mucho mejor. Empero, una aparente contradicción, las estadísticas muestran que desde mediados del porfiriato hasta 1900 las tasas de mortalidad infantil descendieron notablemente (de 324.2 a 288.6 respectivamente) aunque la tasa de mortalidad general ascendió de 33 por mil a 36.

En base a los datos económicos que hemos anotado podemos pensar que las mejoras relativas de las áreas portuarias aparejadas con las campañas de sanidad emprendidas por Liceaga entre 1886 y 1914, así como las campañas contra el tifo y de salubridad urbana, probablemente incidieron sobre la mortalidad infantil pero fueron insuficientes para incidir en la mortalidad general. Pensamos que pudo haber sido así porque en definitiva las epidemias infecciosas que fueron siendo atacadas, dañaban preferentemente al grupo materno-infantil donde cobraban el mayor número de víctimas (en 1893, tifo: 20 mil muertes; viruela 30 mil; en 1899 viruela 38 mil víctimas; en 1902 viruela 28 mil). Sumemos a lo anterior que la vacuna antivariolosa -difundida en México desde 1804- empezó a ser considerada de gran utilidad en la segunda mitad del siglo XIX(99) Además señalemos que los problemas perinatales recibieron cierta atención como lo ejemplifica el hecho de que en 1877 el estado auspició un concurso abierto deinvestigación bajo el tema: "Formar una estadística... sobre: frecuencia relativa de los embarazos múltiples y simples; de las diversas posiciones y presentaciones del feto; de los partos eutócicos y distócicos; sobre peso y estatura de los niños a término..." (100) Tomemos en cuenta que la natalidad seincrementó considerablemente lo que sin duda incidió en las tasas relativas de mortalidad infantil y general haciendolas aparecer más bajas de lo que realmente eran(+)

Considerando las crisis agrícolas, la depresión industrial, la crisis mundial de 1907, el tremendo desempleo, el estancamiento de los salarios, la arbitrariedad de las jornadas, etc., y el

(+) AÚN CUANDO SE MENCIONA QUE LAS TASAS SEAN AJUSTADAS A UN PERÍODO DETERMINADO.

apenas instituido registro en salud, las tasas de mortalidad probablemente debieron ser más altas que las consignadas. Ahora bien, que el problema de salud era acuciante nos inclina a pensarlo - otros hechos relacionados, por ejemplo, la conformación de mutuales obreras y organismos campesinos que dentro de sus múltiples demandas incluian las de servicios médicos. Amén de que se discutía fervorosamente el problema de la escacez y el hambre.

En 1906, un congreso agrícola presidido por clérigos "... estuvo porque la gente campesina tuviera servicio médico gratuito ..." En 1912 la confederación de círculos obreros católicos demandaba que "entre sus actividades estuvieran la fundación de - montepios, cajas de ahorro y centros de asistencia médica."(101)

Llama la atención que en ambos el factor religioso aparece ligado a las demandas de salud. Lo cual no debe parecer extraño considerando la tradición del clero en cuanto a la asistencia médica y su secular experiencia para aprovechar el potencial movilizador de las demandas de salud.

Finalmente, reflexionando sobre todo este cuadro sociomédico es evidente que el principal problema de salud debió ser la desnutrición endémica y por supuesto durante las grandes crisis como - las de 1892 y la de 1908 debió constituirse en verdadero problema epidémico.

Según Carrillo Gil, reportes de desnutrición aparecieron en 1889 y en 1896(102) de los cuales no pudimos obtener reproducciones.

De la crisis de 1908, Patrón Correa(103) dejó asentada a la presencia del padecimiento que ahora describimos y analizamos:

Correa inicia su relato interrogándose por saber que es la "culebrilla", discute si es identificable con el escorbuto y la - atrepsia de Parrot, identificación que no le convence mucho y decide hacer una descripción lo más exacta posible del padecimiento, Identifica de inmediato la etiología de éste por una alimentación inadecuada, y procede a describir el cuadro clínico: diarrea rebelde, piel pálida, semblante triste, consunción del tejido celular subcutáneo, diarrea infecciosa, vientre ascítico, fermentación

gastrointestinal, ligera hepatomegalia, apetito disminuido, hipertermia ligera e irregular, orina sin alteraciones visibles, pero sin hacer un análisis de esta, edema de miembros inferiores, fontanelas ligeramente deprimidas, lesiones de la piel que seguramente han dado su nombre vulgar al padecimiento.

La terminación es funesta y el niño decae en un marasmo que lo lleva a la muerte. Pero cuando la afección termina de un modo favorable la recuperación es enérgica y no deja huellas en el niño afectado por tan profundo padecimiento. Después del cuadro clínico descriptivo, Correa discute si es o no compatible con escorbuto infantil o bien con atrepsia de parrot y concluye que si bien en algo se asemejan no son lo mismo. Luego menciona que ha notado disminución en el número de casos de culebrilla y se pregunta entusiastamente si no sería el uso de antisépticos intestinales los causantes de la disminución.

Parece claro en esto último la influencia del pensamiento etiopatológico microbiano en Correa y consecuentemente fe en los antisépticos, que, aceptémoslo, incidieron espectacularmente en la mortalidad postquirúrgica notabilizando a Lister.

La influencia anatomoclíniça parece demasiado obvia para entrar en detalle. Pero hay otro hecho que deliberadamente hemos dejado al final para comentarlo. El hecho es que Correa observó que el padecimiento se presentaba tanto en clases menesterosas como en familias de buena posición social. Muy contrario a la observación de Coindet en 1865. No sabemos si Correa rehuyó a darle un tratamiento más elaborado al factor social, pero lo que si podemos pensar es que no tomó en cuenta la tremenda crisis agrícola de 1908 que seguramente en Yucatán afectó incluso a familias de buena posición social. Justo como decía Lucrecio en la Roma Imperial, la escacez produjo hasta en Letea miembros lánguidos.(104)

Si Correa hubiera tomado en cuenta la crisis y la subsiguiente importación masiva de alimentos que luego realizó Diaz probablemente su pregunta de ¿serían los antisépticos los que disminuyeron los casos de culebrilla? pudiera haber sido esta otra

¿habrá sido la importación de alimentos para contrarestar la crisis? lo cual habría sido más consecuente con la identificación - etiológica que hizo de inmediato: la alimentación inadecuada.

El padecimiento recibió muchos nombres "referidos generalmente a un signo, síntoma o alteración específica de algún órgano(105) de donde se colige la influencia determinante del pensamiento anatomoclínico.

Es cierto, según la teoría del conocimiento, que primero se conoce la forma, la estructura de un objeto y después su dinámica, pero para el caso de nuestra medicina además de esto debemos considerar la persistente dominación del modelo francés y no en toda su riqueza como lo demuestra el rechazo al libro de Bernard en - 1900. Por último, la determinación social del padecimiento chocará ensu reconocimiento con la desesperación manifiesta de los médicos por restablecer al niño severamente afectado lo que indujo a profundizar su conocimiento en el plano meramente biológico.

3.6.- REVOLUCION y pleno "descubrimiento"de la desnutrición.

El movimiento de 1910-1917 acarreó mayores problemas - de producción originando escacez y hambre en casi todo el país. - El D.F. fue quizás el centro donde más se hizo evidente la crisis de subsistencia generada. Masas de desposeidos y hambrientos pululaban por aquí y allá incrementando los padecimientos infecciosos clásicos. Los médicos fijaron su mirada en las enfermedades provocadas por la miseria, especialmente en el tifo o tabardillo que ameritó múltiples estudios.

El deterioro alcanzado por las masas indigentes adquirió - signos de verdadera catástrofe y un "nuevo" padecimiento emergió con crudeza. Aunque de inicio se relacionó con el hambre causante de "verdadera inanición" y con el "starvation(de Starve, morir de hambre, perecer por falta de alimento)"(106) Después se creo la confusión al tratar de diferenciar el "nuevo" padecimiento-dadas las peculiaridades clínicas de su manifestación—(Recuérdese lo que hemos venido señalando de la confusión entre el marasmo y

el kwashorkior.) Pensamos que el primero siempre fue reconocido como problema directamente relacionado con el hambre, en este caso con "starvation", y las crisis económico-sociales, lo que ocasionaba que el padecimiento no fuera objeto de estudio detallado por los médicos. No era así con la variedad edematosa de la desnutrición cuyas manifestaciones fueron motivo de atención médica incluyéndola en el estudio de las "hidropesías" (pero sin poder concluir en una entidad nosológica independiente). La discusión entre varios médicos en 1915-1916 es clara en este sentido. Por ejemplo, el Dr. M. Torroella llamó al "nuevo" padecimiento simplemente "un nuevo síndrome", el Dr. Ocaranza lo llamó "epidemia hidrópica", el Dr. J. Torres lo llamó "caquexia por mala alimentación" y el Dr, Everardo Landa "hidrohemia causada por alimentación insuficiente".

Según este último médico todos se encontraban desorientados ante el "nuevo síndrome" y "aunque se pensó en la aparición de graves accidentes en personas debilitadas por la miseria y el hambre no es comparable el padecimiento hidrópico con sus manifestaciones clínicas muy especial con otras causas de verdadera, o mejor dicho completa inanición" (107)

Escepticismo de tal naturaleza mostraba sobre todo el Dr. Ocaranza, curiosamente considerado uno de los más entusiastas introductores de la fisiología experimental en México. En cambio el Dr. Landa se inclinaba resueltamente por una mentalidad higienista. Las designaciones dadas por ambos al "nuevo" padecimiento contrastan claramente la orientación de sus mentalidades. Ocaranza le llamó secamente "epidemia hidrópica" y "no admite que se trate de simples casos de miseria fisiológica, motivada por las causas generales bien conocidas (carestía, pérdidas de cosecha, sitio, etc.) y que ya han producido efectos semejantes en otros paises.." (108) Por su parte, Landa antepone al título médico de "hidrohemia causada por alimentación insuficiente" el sugestivo de "enfermedades de la miseria" (+) En este estudio Landa describe con rigurosidad clínica y apoyado en estudios necrológicos (++) las manifestaciones del "nuevo" padecimiento. Realiza además detallados estudios

(+) TAL COMO J. PETER FRANK LO HABÍA HECHO MUCHO ANTES EN EUROPA.
(++) RECORDAR LA ANATOMÍA PATOLÓGICA DE BICHAT.

de química sanguínea y urinaria, evidenciando la presencia de una mentalidad fisiopatológica.Por último completa su informe con múltiples referencias epidemiológicas de estudios efectuados en Europa durante el siglo XIX sobre epidemias hidrópicas.

Con lo anterior nos encontramos en las primeras décadas del siglo XX en México,con la presencia de las tres mentalidades bautizadas por Entralgo (anatomoclínica,fisopatológica y etipotológica) reunidas de manera ecléctica.Y constatamos como dice Entralgo la posibilidad de que su combinación "amplie el horizonte intelectual del médico". En la polémica de los médicos mexicanos se puede apreciar una especie de insatisfacción intelectual que indujo a explicaciones amplias y bien fundadas,por ejemplo,de la entidad clínica del "nuevo" padecimiento y de su etiología.

De la polémica,sin duda,el estudio de Landa resulta el más completo y atinado en toda la regla (y según he visto al indagar la historia del SMD en México el menos reconocido con justeza. Queda la interrogante si habrá sido por el título de "Enfermedades de la Miseria"). Para Landa sin ninguna duda la etiología del padecimiento era la miseria y la crisis social imperante. La anatomoclínica es casi completa y la fisiopatología es esencia se formula de manera todavía muy general pero correcta. El cuadro clínico descrito no cuesta trabajo ordenarlo según el actual,basándonos en nuestro esquema de referencia,aunque por supuesto de forma más restringida.Por ejemplo,los llamados signos universales de la desnutrición se pueden entresacar del informe de Landa;Atrofia "degeneración celular,atrofia morena del miocardio,pigmentación del bazo...procesos esclerógenos ...etc." Dilución "disminución apreciable de eritrocitos...disminución de volumen...y los albuminoides se han reducido a huellas en el plasma(por esto le llamó Hidrohemia. Del Castillo refiere que el concepto de hipoproteinemia apenas se encontraba elaborando por los fisiologos) Disfunción "astenia,adinamia,debilidad,caquexia y la neumonia es la terminación indudable...y la tuberculosis pulmonar en otros corresponde a previos estados patológicos a los cuales se añadió la inanición(esto es lo que hoy llamamos y conocemos

como respuesta inmunológica deficiente, es decir, disfunción como signo universal de la desnutrición). Los signos agregados y circunstanciales son fácilmente apreciables. De hecho el edema y los signos carenciales de tipo beribérico fueron los primeros en llamar su atención.

La magnitud del padecimiento, a juzgar por los propios comentarios de Landa, debió ser altísima ya que "no le fue a la zaga con el tabardillo"

Para finalizar este punto digamos que varios hechos se conjugaron ahora para darle realidad nosológica a la desnutrición: 1o. El avance de la medicina mexicana puesta al día con la europea y pisándole los talones a la norteamericana. 2o. La magnitud explosiva del padecimiento presente incluso donde había médicos, esto es, el D.F. y 3o. El coyuntural reconocimiento social de la salud por el Estado constitucionalista, con visos de predominio hacia 1917, lo que permitió el pleno "descubrimiento" de la desnutrición en México.

1.7 6u.- POSTREVOLUCION y coyuntural reconocimiento de lo social en salud y en desnutrición.

A pesar de que Correa en 1908, Ocaranza y Landa en 1916 parecen desconocer los estudios de Hinojosa y Coindet de 1865 que como hemos visto, estos últimos, declararon sin embargos el papel del pauperismo en la desnutrición, ésta etiología fue tímidamente formulada por Correa pero luego bien precisada por Landa y de él retomada por funcionarios del Estado Constitucionalista.

Podemos pensar que el ímpetu revolucionario se restregaba en los personajes de la época haciendoles reconocer con meridiana claridad la determinación social de la salud, claro, aceptemos que las necesidades de "cambio" a la manera gatopardiana seguian frescas y habia que darles expresión política. Para tales efecto nada más demostrativo que las declaraciones de J. Pani (109) Conocidísimo funcionario del estado constitucionalista que hacia suyas las frases de Landa al hablar de una "miseria fisiológica" en

"nuestro pueblo bajo". O sea, Pani retoma prácticamente el lenguaje cientificista generado (o retomado de Europa) por los médicos, dándole contenido político social. Y aunque los apremios económicos y políticos producidos por la revolución parecían conducir al Estado a darle menor prioridad a la ciencia médica: "por desgracia los grandes acontecimientos que estamos presenciando no permiten que dicho gobierno (constitucionalista) se ocupe de la ciencia" (110). En realidad las repetidas alusiones a diversas formas de apoyo que los médicos recibieron por parte del Estado demuestran lo contrario, es decir, prioridad máxima al papel que la medicina y sus intelectuales (funcionarios de la superestructura diría Gramsci) debían desarrollar en épocas de crisis política extrema. La medicina mostraba una vez más su poder legitimador y por ello se le pedia a los médicos "usar de su valor civil para encausar al pueblo en la senda del progreso"(111).

Pasado el vandaval revolucionario, con el discurso político y médico, acompañado de sustanciales transformaciones institucionales, todo parecía indicar que la medicina -que el MM digámos- del período siguiente, sería eminentemente social tal como algunos médicos lo vislumbraban: "cuando la medicina tendia a ser cada vez más complicada y de un carácter social"(112)

Tal visión se derivaba sin duda de las condiciones revolucionarias anteriores sobre todo de la difundida por el movimiento zapatista cuya ideología y actuar político se sustentaba en la democracia -como dice Borón(113) democracia entendida incluso a la manera aristotélica "gobierno de los más para el bien de los pobres"- y en la autogestión de las masas.

Sin embargo, la derrota zapatista mediada por su incapacidad para instaurar su hegemonía, fortaleció por otro lado el proyecto constitucionalista cabalgado por Carranza. Esto se engarzó como dice Gordillo(114) con cierto tipo de transformismo en el que los intelectuales (como fuerza propia no como intelectuales orgánicos del movimiento campesino zapatista) fueron absorbidos por el poder del Estado. En tales condiciones la medicina y sus intelectuales serian necesariamente puestos al servicio de la dominación.

De forma que entonces se inició con claridad lo que Menéndez señala: el estado asume las determinaciones sociales en salud, asume funciones planificadoras y directivas en el área, mientras que poco a poco el MM institucionalizado (constitucionalizado) las niego por su lado.

1.8.- SEGUNDO PERIODO DE CONSTITUCION DEL MM NACIONAL: Inicio del desconocimiento de lo social en la salud y en desnutrición.

La mayor injerencia del Estado asumiendo las determinaciones sociales en salud mientras que el MM las niega, sucede en México fundamentalmente a partir de 1920 por ello decimos nosotros que el M M mexicano desde esta fecha entra en su segundo período de constitución.

Es cierto que el principal acicate de su constitución fue centralmente político, dada la necesidad imperiosa de "estructurar el sistema político y social mexicano"(115) posterior al movimiento revolucionario, Pero las condiciones de desarrollo del MM también estarian basadas en la continuidad de la estructura social capitalista ya instaurada en la segunda mitad del siglo XIX, y los caracteres estructurales que Menéndez analiza: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática se irán desenvolviendo, un poco soterradamente durante el subperiodo 1920 a 1940, pero una vez pasado el tramo de estructura el sistema político social con el desarrollo capitalista "...no sólo se potenciarán, sino que llevarán a sus consecuencias necesarias el contenido de dichos caracteres"(116), acompañado claro está de "la negatividad del modelo hacia lo social e histórico"(117). Resulta sintomático encontrar variadas referencias respecto a la necesidad de garantizar la autonomía de la práctica médica separandola de las "cosas políticas": "(la academia) ha sabido, a su vez, conservar la respetabilidad y el prestigio de su alto renombre, salvado siempre con toda habilidad y entereza su carácter netamente científico e independencia y alejamiento de las cosas políticas"(118)

Poco después cuando se pensó transformar el Depto. de Salubridad en Secretaría se adujo que ello le daría connotación política y que afectaría el contenido científico de la Salubridad (119)

La orientación y el rumbo que tomaría el MM se delineaba - con claridad a partir del subperiodo 1920-1940. Esto se reflejó en todos los niveles del modelo incluyendo a la enseñanza universitaria donde el modelo de profesionalización exigió la preparación técnica(120) por sobre todas las cosas. El laboratorio y la práctica hospitalaria se convirtieron en los ejes formadores del profesional médico atendiendo los requerimientos expresados por - el superconocido informe Flexner.

El pensamiento dominante empezó a ser fisiológico y funcional(121) y además se exigia que los docentes de las escuelas de medicina fueran preferentemente médicos de hospital.

.Respecto al estudio de la desnutrición trabajos de clara - orientación estadística se inclinaban a fundar la tesis de que el problema era causado por factores educativos y por tanto "sólo - una labor educacional que abarque no solamente a las madres de los pequeñuelos sino también a los que se preparan para ejercer la - profesión médica"(122) con ello "permitirá disminuir y aún abolir la causa más frecuente de desnutrición en la primera infancia"(123) tesis que será retomada con frecuencia durante todo el subperiodo de 1940 a la fecha. Influencia clara del positivismo y las tesis antropologistas, que inducian a reconocer lo social para desconocerlo, en este caso al reducir lo social a problemas educativos.

Con esta orientación se suceden estudios sobre desnutrición coincidiendo con un auge insospechado a considerar la realidad - del niño mexicano y la situación de la mujer en el trabajo, así se crean variedad de instituciones y eventos relativos al niño y la mujer: 1920 primer congreso mexicano del niño; 1922 creación del servicio de higiene infantil y la asociación nacional de protección a la infancia; 1936 comisión investigadora de la situación de la mujer y de los niños en el trabajo; 1937 creación del departamento autónomo de asistencia social infantil.

¿ Sería que en México las ideas de Rosseau y Pestalozzi empezaron a hacer mella en el espíritu de nuestros médicos y funcionarios - del Estado?

En realidad,nuevamente las razones que Entralgo aduce centralmente para explicar el avance de la pediatria en Europa,esto es,la consideración ilustrada y preromántica de la realidad del niño,parecen- insuficientes para explicar en México la importancia que médicos y funcionarios empezaron a concederle a la realidad del niño.

Seguieremos mejor uno de los ejes que me he señalado para tal explicación.

19.ESTADO,"CAPITAL HUMANO" Y DESNUTRICION/NUTRICION

Los estragos ocacionados por la revolución incidieron en el ritmo- de crecimiento demográfico posterior(124).La actividad económica se vió afectada por la intensa movilidad de la fuerza de trabajo generada por la trifulca armada. Después de 1935(época de consolidación de las instituciones) la actividad económica,con una cada vez mayor injerencia del Estado,devino prioritaria para los gobiernos que se- sucedieron.Para entonces el sector obrero iniciaba una mayor orga - nización que la vista en el período porfirista. Por ello la utili - zación de la fuerza de trabajo encaminada a reactivar la estructura productiva merecía atención especial.Debía de romperse con los mol- des establecidos en el porfiriato.El artículo 123 constitucional -- plasmaba el nuevo orden de relaciones obrero-patronales.La legalidad escrita se combinó con mecanismos corporativos y represivos ha fin - de controlar eficientemente la explotación del obrero.

En este contexto los médicos como intelectuales investidos de rela - tiva autonomía observaban el papel del MM en relación con la imperio sa necesidad de activar la producción económica destacando las con- diciones del más importante elemento productivo: el factor humano.

No estuvo lejos el discurso médico de utilizar el concepto acuñado por la economía política capitalista,es decir, el concepto de"Capi-

humano", como bien se puede observar en la cita siguiente de Rafa el Silva, jefe del depto. de salubridad en 1930-1932: "cada vida salvada, cada caso de enfermedad evitado representa mayor riqueza pública, conservada en su más alto exponente: el factor humano, - que es la base de todas las actividades productivas del país entero." (125)

Habria entonces que cuidar este factor humano desde su reproducción no sólo de su mantenimiento, lo que explica perfectamente el auge sobre la consideración del niño y la mujer trabajadora. Uno de los principales aspectos a cuidar era la forma como se alimentaba este grupo puesto que constituía el presupuesto que garantizaría la reproducción de la fuerza de trabajo.

En 1936 se hechó a caminar la Comisión Nacional de la alimentación con su oficina general de higiene de los alimentos que mantenia una sección destinada a la investigación de la alimentación popular. Se menciona que inició los primeros trabajos sistemáticos sobre nutriología. Estos trabajos estuvieron centrados - en: "estudiar la alimentación mexicana en todos sus aspectos. Antaño el concepto de salubridad pública entrañaba solamente parte higiénica y sanitaria de la alimentación; pero el adelanto de la ciencia de la nutrición hacia necesario ir más allá, conocer las propiedades nutritivas de nuestros alimentos, la forma de emplear los y la nutrición misma de los habitantes del país". (126)

La importancia concedida a la alimentación popular, si bien consideramos fue determinada fundamentalmente por el problema de la reproducción de la fuerza de trabajo, no pensamos que fue lo - único. Indudablemente factores de orden político nacional e internacional influyeron de manera importante y combinandose con el problema primario. A nivel nacional no olvidemos que en la década de los 30's se cursaba el tramo de estructurar el sistema político y social mexicano, la agitación política postrevolucionaria permanecia fresca exigiendo por tanto sustantivos transformaciones en las condiciones de vida de las masas populares. Por otro lado con matemática precisión irán surgiendo instituciones oficiales - encargadas de afrontar los problemas sociales que se vislumbran -

como importantes tanto desde el punto de vista político como económico. En salud, por un lado la ya mencionada necesidad de reproducir la fuerza de trabajo cuidadndo al "factor humano" generó la constitución de la Comisión Nacional de la Alimentación (CNA) en 1936, pero por otro lado justo en 1936 las tasas de mortalidad por avitaminosos registraron un alza apreciable en comparación con las registradas en 1922 (de 2.74 a 5.48 respectivamente, ver cuadro Nº 1) Es muy probable que el evento influyera para echar a caminar a la CNA.

A nivel internacional, en octubre de 1936 el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones recomendaba, con especial énfasis, a los diferentes paises del orbe que "crearan organismos" que estudiaran los diferentes aspectos de la alimentación (127) Es de hacer notar que a su vez la Liga de las Naciones elaboraba las pautas dietéticas más recomendables para mejorar la alimentación y nutrición de la población. Recordemos que la primera guerra mundial habia "descubierto" como problema sociopolítico al hambre. Paradójicamente el saber generado para elaborar las pautas dietéticas no surgió por el problema manifiesto del hambre sino por el problema del mantenimiento de los ejércitos involucrados en la contienda bélica de la primera guerra (128).

En suma todos estos factores se conjugaron alrededor del problema principal de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo y, el discurso médico de la época sintetizó de manera eficiente esta relación entre Salud y Productividad. La Academia Nacional de Medicina sirve de caso ejemplar para mostrar los ritmos de acercamiento y acomodo de la medicina a las necesidades manifiestas de la sociedad política. Así por ejemplo en 1936 la ANM abrió dos nuevas secciones de estudio, la 11a. sección denominada "Endocrinología y Enfermedades de la Nutrición" y la 26a. bautizada con el título de "Higiene Industrial y Enfermedades del Trabajo(129).

Un año más tarde Cárdenas reglamentó el artículo 324 de la Ley federal del trabajo.

En el contexto entonces la medicina mexicana se perfila resueltamente por ser una "medicina de la fuerza de trabajo", pero

con la notoria característica de ser también al mismo tiempo una "Medicina de Estado". De suerte que hemos de contemplar al mismo tiempo el carácter económico (bio-económico según Foucoult) y el carácter político (bio-político) de la medicina mexicana, que se institucionaliza plenamente en el subperíodo 1920-1940. Justo cuando se empieza a vislumbrar un desarrollo capitalista con gran empuje.

Ahora bien, mal hariamos en no consignar que el desarrollo económico y social alcanzado en la etapa posrevolucionaria, aunada a los cambios en la infraestructura sanitaria y asistencial disminuyeron las tasas de mortalidad general y en cierta medida las de mortalidad infantil (de 219.2 en 1924 a 128.9 en 1936). En el rubro específico de mortalidad por avitaminosos las tasas permanecieron relativamente bajas aunque en claro ascenso.

CUADRO 1.

REPUBLICA MEXICANA
MORTALIDAD POR AVITAMINOSIS
TASA POR 100,000 HAB.

Años	Avitaminosis(260-266)+	Tasa
1922	398	2.74
1923	459	3.11
1924	585	3.91
1925	620	4.08
1926	821	5.59
1927	941	6.00
1928	622	3.91
1929	715	4.42
1930	525	3.17
1931	524	3.11
1932	545	3.17
1933	383	2.19
1934	748	4.21
1935	---	----
1936	1,009	5.48

+ Clasificación Estadística Internacional
Fuente: Alvarez Amézquita,J. y Otros"Historia de la Salubridad y la Asistencia en México",Tomo IV,1960

Pero el impacto del desarrollo inmediato tendría sus límites a corto plazo, precisamente al iniciarse el período denominado de consolidación industrial en México. Así el descenso de la mortalidad intantil se volvió más lento en relación con el periodo inmediato anterior. La persistencia de este proceso fue desde entonces relacionado conproblemas de desnutrición infantil. Estudios efectuados hacia 1941 se dedican por ejemplo a tratar de mostrar la relación entre desnutrición y tuberculosis: "la desnutrición, si no se detiene, abre las puertas a una entidad patológica que tiene marcada predilección por la niñez: la tuberculosis"(130)

Observando las estadísticas sobre mortalidad por avitaminosis registradas de 1942 en adelante podemos constatar los límites del impacto que hemos referido anteriormente.

CUADRO 2.

REPUBLICA MEXICANA
MORTALIDAD POR AVITAMINOSIS
TASA POR 100,000 HAB.

Años	Avitaminosis(280-286)+	Tasa
1940	1 765	8.94
1941	1 504	7.40
1942	2 115	10.14
1943	3 534	16.50
1944	4 303	19.57
1945	5 426	24.03
1946	5 688	24.53
1947	4 235	17.79
1948	5 526	22.31
1949	6 731	26.78
1950	8 554	33.17
1951	9 937	37.44
1952	8 428	30.89
1953	9 470	43.75
1954	7 541	26.14
1955	9 037	30.45
1956	5 548	18.17
1957	6 178	19.66
1958	5 787	17.89

+ Clasificación [illegible] Internacional
Fuente: Alvarez Amézquita, Ibid, 1960

Ante este cuadro revelador de desnutrición endémica cobraba considerables víctimas, junto a los políticos de salud y productividad seguidos por el Estado, "preocupado" por la realidad del niño y la mujer, los médicos denotaron preocupación por encontrar remedio eficaz contra el padecimiento. Desde 1916, época en que Landa y Ocaranza estudiaban la desnutrición epidémica en México, en Viena según Entralgo(131) C.Von Noorden establecía las bases de una dietética racional en la alimentación de los enfermos, sin embargo, la fisiopatología de la desnutrición todavía era muy poco conocida y el tratamiento que Landa instituia a sus pacientes severamente desnutridos era nada recomendable, de forma que la letalidad del padecimiento resultaba exagerada. (El tratamiento básico que Landa administraba era: ácido láctico, diuréticos, quina, cola, estricnina, esparteina, glicerofosfatos. En tanto que la dieta se componía de atole de maíz, poca leche, caldo, arroz, patata y pan, es decir, un régimen hiperhidrocarbonado. Diremos como Entralgo "muy grande había de ser la vis medicatrix de la individual naturaleza para salir victoriosa del trance").

Hay que hacer notar que para entonces los conocimientos fisiológicos sobre nutrición ya estaban bastante adelantados, por lo menos en Europa: "Lavoisier: origen exudativo del calor animal; Magendie, Prout, Liebig, J.B.I. Boussingault (1802-1887): descubrimiento del peculiar valor alimentario de las proteinas: Petenkofer, Voit, Atwater y Benedict: Concepción científica del recambio energético, termodinámica de la nutrición; Liebig, Voit, Forster, S. Ringer, G.Von Bunge: componentes minerales de la alimentación, descubrimiento de las vitaminas..."(132)

Incluso, como deciamos, después de la primera guerra mundial gracias a los trabajos de McGonigle, Le Gros, Clark y Boyd Orr (133) se desarrolló aún más la dietética.

Pues bien, a pesar de tales avances, Cravioto(134) en México señala que hacia 1945 la letalidad de la desnutrición era todavía muy elevada y no se conocia una dietética racional y científica para disminuirla. Coincide con Ramos Galván(135) al señalar que es hasta los 50's cuando se sistematizó el tratamiento sobre

desnutrición. Especialmente dice Galván cuando Escudero formuló las leyes dela alimentación en 1955.

Según Cravioto el impulso que el SMD recibió en México particularmente relativo al tratamiento, se debió a la tremenda letalidad de la desnutrición en las salas hospitalarias. Nosotros damos por buena esta explicación pero creemos, tal como lo expresamos en nuestras hipótesis, que es conveniente considerar una serie de determinantes más amplias para explicar el impulso en el desarrollo del SMD en México sobre todo a partir de la década de los 40's. A tales determinantes nos toca referirnos, pero antes recapitularemos brevemente lo expuesto hasta ahora con el propósito de ubicarnos en el problema que formulamos para desarrollar la tesis.

1.10.2 BREVE RECAPITULACION DEL ESTUDIO

Nos preguntamos al iniciar este trabajo ¿Por qué si desde 1865, y aún durante la colonia y la conquista en menor medida ya se describia la desnutrición en México, su establecimiento como entidad nosológica se verifica hacia 1916 y su estudio sistemático hasta 1940-1950?

A fin de respondernos buscamos en el Saber Médico europeo los contenidos que fueron transmitidos a México con la conquista española. Contenidos que prevalecieron dominando hasta poco después de la independencia. Inferimos según datos demográficos y epidémicos, asi como los de las crisis agrícolas provocadoras de hambrunas, que la desnutrición debió ser habitual y de gran magnitud. Que el padecimiento fue muchas veces descrito elementalmente por los frailes españoles, existiendo confusión al considerar como entidades diferentes al marasmo y al kwashiorkor (en los términos de aquella época entre caquexia e hidropesia) el primer caso dada su inmediata relación con las crisis económicas productivas simplemente escapaba a la mirada médica como un padecimiento digno de estudio sistemático, siendo más importante atender las infecciones agregadas que ponian en peligro la integridad física de los propios conquistadores. La desnutrición tipo marasmo fue pues percibida como problema socioeconómico estric

to causada por la aventura conquistadora, de manera que para Quiroga, Sahagún, Lorenzana y demás frailes humanistas la quisieron entender como tal. Así simplemente los niños se morian de hambre (una plaga -decía Sahagún- traida por los españoles amantes de oro y joyas) sin encontrar en ellos "mal alguno."

En cuanto al segundo caso, el signo clínico evidente en extremo resultaba ser el edema y siempre fue clasificado dentro de las enfermedades hidrópicas. Reportes aislados mencionan epidemias de esta "hidropesia", coincidentes con hambrunas. Más siempre fue un saber rudamente empírico con el que se les describia sin acertar a diferenciar objetivamente la multitud de hidropesias. Hipócrates en la Grecia antigua y Cotugno en el siglo XVII hicieron sustanciales aportes tendientes a lograr una mejor diferenciación de las hidropesias. Brigth, con mayor recursos en el siglo XIX, ayudó a entenderlas mejor pero bajo la tenaz mentalidad anatomoclínica que con su idea obsesiva de la enfermedad con sede localizada dificultó la explicación del padecimiento hidrópico causado por un desorden procesal energético-material.

El pensamiento procesal fisiopatológico -continuidad del vitalismo alemán- encontró muchas barreras para imponer su monarquía. En México el retraso será mayúsculo en merced al dominio asfixiante de lo francés después del español. Dominio francés que encumbró al pensamiento anatomoclínico, dificultando también en México la explicación procesal de la desnutrición energético-proteínica. Por ello todos los reportes del padecimiento durante la segunda mitad del siglo XIX tendrán la importancia anatomoclínica como designio.

Poco después el auge del paradigma microbiológico, desatado por Pasteur y Koch, remachó la mirada médica hacia los signos agregados de la desnutrición, es decir, de los procesos infecciosos.

Finalmente en pleno siglo XX, el evolucionismo darwiniano deformado, la genética lamarckiana y el antropologismo inglés sintetizados eficientemente en el liberalismo positivista mexicano fungieron de base justificaria para emplicar discurso científico en

te las diferenciaciones sociales y de salud -incluida la desnutrición/nutrición en términos natural-racistas. De forma que al inicio de los 40's la explicación de la desnutrición ya no considerará variable importante la miseria -ni Coindet ni Lorenzana serán siquiera recordados- y los términos de incultura y falta de educación serán las variables independientes socorridas.

Los estudios de Marx sobre desnutrición social estuvieron - muy lejos pero muy lejos -tanto como los de Coindet- de nuestros médicos que estaban preocupadísimos por apartarse de lo que oliera a "cosas políticas". Se comprende que una obra titulada "crítica de la economía política" quizás nunca mereciera ocupar un hueco en la espaciosa biblioteca de aquellos médicos. Sarcarmos - apartes no podemos pedir más porque hasta ahora obras de tal naturaleza siguen sin ocupar espacio en los estantes de nuestros médicos. Sin embargo entonces como ahora los ataques antimarxistas - menudean y sin poder responderlos mucho porque como dice Nicolaevsky "de mil socialistas, tal vez uno haya leído una obra de Marx - sobre economía; de mil antimarxistas, ni siquiera uno". (136)

En los ataques se inscribió el positivismo comtiano que impregnó el campo de la salud articulando en la actualidad las mentalidades médicas, descritas por Entralgo, a través de la teoría biomolecular de la enfermedad. La desnutrición será entonces estudiada paradigmáticamente a partir de la concepción biomolecular naturalizando y deshistorizando en extremo al padecimiento. Naturalización y deshistorización devienen los caracteres básicos que el desarrollo capitalista llevará hasta sus últimas consecuencias (Menéndez) Vgr. "la industrialización de la salud." Este asunto ligado con el problema de la reproducción de la fuerza de trabajo nos conduce a desarrollar el siguiente capítulo de nuestra tesis.

I.11.- INDUSTRIALIZACION ACELERADA. Capital internacional y desarrollo del SMD nacional.

Como se recordará partimos de la hipótesis de trabajo de que la forma del SMD desarrollado [redacted] presupuso una larga evolución del saber pre-existente (sin que la economía creara nada a novo) sobredeterminado por el carácter colonial primero y luego dependiente de la FES mexicana a partir de los paises centrales. Cuestión que hemos abordado hasta este momento. Luego propusimos que el contenido del SMD desarrollado durante la década de 1940-1950 fue determinado por las necesidades del modelo de acumulación capitalista implantado en la década, que enfrentó el problema primario de la formación, reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo, especialmente la obrera. Que este modelo de acumulación requirió dela medicina nutricional para hacer avanzar el SMD buscando garantizar "científicamente"la reproducción de la fuerza de trabajo ante las nuevas condiciones técnicas de producción. Propusimos que la trasnacionalización de la economía capitalista, con inversión directa de capital en el proceso dependiente mexicano, impulsó el desarrollo del SMD con el propósito de"industrializar la salud"en este campo. En esta línea discrepamos con J.C. Escudero que propuso en 1976 que la desnutrición no interesa a las metrópolis que rigen la investigación médica en el mundo y que por lo tanto para su prevención o tratamiento no se elabora ninguno de los productos de la moderna "industria de la salud", ni medicamentos, ni tecnología complicada ni equipo costoso. Al confrontar esta tesis de J.C. Escudero con el modelo teórico de Menéndez, honestamente antes de realizar la recolección de datos que adelante expondremos, nos inclinamos sin muchas reservas por este último autor y pensamos que la desnutrición es un padecimiento donde puede apreciarse con claridad un proceso de"industrialización de la salud"que determinó el curso y orientación en el desarrollo de lainvestigación del SMD sucediendo lo que Menéndez señala: descalificación de la clínica, potenciación de los caracteres básicos del MM capitalista, así mismo un reconocimiento/desconocimiento de lo social en el proceso desnutrición. Luego, siguiendo de nuevo a Menéndez pensamos que el

"redescubrimiento" de la desnutrición en la segunda guerra mundial se conjugó con los factores económicos para intensificar el desarrollo del SMD durante la década de 1940-1950. En seguida formulamos la idea de que la visión desarrollista ligada a la política de seguridad hemisférica esgrimida por E.U. de Norteméri-ca llevaron a éste país a apoyar los estudios sobre desnutrición en México. Como vemos fueron varios los factores que determinaron el auge en el desarrollo del SMD en México. Pero ahora pasemos a desglosar con un poco de más detalle este acontecer histórico "moderno".

Nos planteamos que mecánicamente el modelo de acumulación capitalista impusiera el nivel de investigación sobre nutrición desnutrición (la relativa autonomía de la ciencia que depende para el caso, de la objetividad de las ciencias naturales aunada al nivel histórico precedente del saber acumulado requiere avanzar del conocimiento elemental descriptivo al complejo explicativo. Por ejemplo: primero la descripción clínica y estudios estadísticos descriptivos de la desnutrición, después la fisiología y el estudio biomolecular hasta llegar al movimiento más complejo, o sea, el social) Sin embargo, resultará evidente que el desarrollo económico-social (como factor del conocimiento inclusive) fijó los límites del conocimiento científico en este campo hipertrofiando el desarrollo del conocimiento fisiopatológico y biomolecular que impuso su hegemonía. En esta línea de desarrollo la posibilidad de "industrializar la salud" encontró campo propicio en el modelo de acumulación capitalista, implantado durante la década de 1940 a 1950. En él, por un lado el papel de la agricultura apoyando el proceso de industrialización acelerada y la intervención del Estado para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo fueron sin duda elementos determinantes en el desarrollo de la medicina nutricional. Luego el dominio creciente de las transnacionales ([illegible]) con gran influencia en el sector químico-farmaceútico se encargó de promover la investigación fisiopatológica y biomolecular de la desnutrición/nutrición. Los investigadores nacionales llegaron a la conclusión de "que si bien la desnutrición propiciaba la muerte, eran las infecciones y el desequilibrio hidroelectrolítico lo que realmente

mataba a los niños" (137) Este saber generado se engarzó eficientemente con la moderna "industria de la salud", así para la desnutrición grave se proveyó de alimentación artificial con nutrientes especiales; para las infecciones agregadas se aumentó el arsenal de antibióticos; para los síndromes carenciales se dotó de vitaminas sintéticas; y para el desequilibrio hidroelectrolítico estuvo presta la industria productora de sueros y soluciones.

Por otra parte, el "redescubrimiento" de la desnutrición como problema sociopolítico influyó sin duda para intensificar el estudio de la desnutrición/nutrición. Pero antes, el acicate mayor -dice Bernal para los paises centrales en su apoyo al estudio nutricional- fueron las exigencias del ejército para combatir en la 2a. guerra, tal como sucedió con la 1a. de 1914-1918.

Pasada la 2a. guerra, la flexibilidad del sistema capitalista dió al traste con multitud de formulaciones voluntaristas que pronosticaban su derrumbe. La realidad fue que adquirió una fortaleza inusitada y paises como México, Brasil y Argentina en América Latina, vieron nacer una nueva etapa de desarrollo que sirvió de ejemplo discursivo y justificatorio de las tesis "desarrollistas". Todo parecía indicar -y Argentina era el caso más sorprendente- que la desnutrición dejaría de ser en el medio plazo un problema tan agudo. El "desarrollismo" se convirtió en la fórmula cuasimágica para resolver los problemas sociales de los paises en "vías de desarrollo", con ello paulatinamente se lograría resolver el problema de la desnutrición. "Redescubrir" el padecimiento como problema social, bajo tal visión, constituyó elemento de prueba a la justeza de las tesis desarrollistas más que de reconocimiento, o crítica al sistema capitalista. De suerte que si el problema de la desnutrición se iría resolviendo conforme el "desarrollo" avanzara, mientras tanto lo importante era "curar" los casos presentes en el corto plazo. De forma que para ello era necesario profundizar en su estudio para disminuir su terrible letalidad. Esto es lo que Cravioto en México nos refiere como causa impulsora del desarrollo del SMD. Ya deciamos que no desdeñamos tal explicación pero que nos resulta incompleta y limitada.

Según nuestro planteamiento para E.U., México constituida el país que debía representar el paradigma "desarrollista", amén

de considerarlo su "cuarta frontera", de donde se desprende que la "ayuda" norteamericana favorecería a México en su cruzada contra la desnutrición/ Y sin forzar los hechos ¿acaso México de acuerdo a sus posibilidades de desarrollo no consideraba bienvenida dicha "ayuda"?

En esas posibilidades no debemos olvidar la continuidad histórica. México fue el primer país que en nuestro siglo efectuó una revolución armada dentro del propio sistema capitalista y como ya vimos ésta descubrió coyunturalmente a la desnutrición como un problema social reconocido por médicos -para Landa una enfermedad de la miseria- y funcionarios del Estado constitucionalista -para Pani "miseria fisiológica" en nuestro bajo pueblo". En esta línea de ideas nada parece impedir pensar que el mismo Estado se abocase con singular entusiasmo -por razones de orden político- a interesarse por el estudio sistemático de la desnutrición. Concibamos pues como una estrategia "biopolítica" (Foucault). Sobrepuesta cronológicamente, sin embargo, aceptemos que se gestaba al mismo tiempo una estrategia "bioeconómica" sustentada en dos variables definitorias: reproducción de la fuerza de trabajo y capacidad de "industrializar la salud" en el campo de la medicina nutricional.

1.12. CONSOLIDACION DEL MM CAPITALISTA EN MEXICO, Y EL AUGE EN EL DESARROLLO DEL SMD.

La plena consolidación del MM capitalista, en México se verifica necesariamente con la consolidación industrial del país en la década de los 40's. Comprender el proceso de consolidación industrial requiere observar aunque sea someramente el período inmediato anterior, esto es, el Cardenismo. Abordaremos entonces este punto, para en seguida analizar las características del MM en su segundo subperíodo de constitución y su relación con el Estado, y luego terminar analizando el desarrollo del SMD durante esta época.

El período cardenista sobresalió en cuanto a su capacidad política para consolidar las intituciones incluyendo el sistema de partidos políticos en México.(138)

En el período, la reforma agraria, la aceleración de la organización obrera y campesina, el apoyo a la industria, una cierta redefinición de las relaciones con E.U.(139), y las condiciones internacionales en etapa recesiva económica, influyeron determinando el cause posterior del desarrollo nacional.

Durante el cardenismo el reparto agrario se intensificó notablemente y pareció que la agricultura se iba a desarrollar apoyada por la industria como lo declaraba Cárdenas(140), pareció posible sobre todo en el tramo de 1935 a 1938. En el tramo se creó el conocido aparato estatal de regulación y distribución de subsistencias (APREDIS) que como dice Gordillo (141) pretendia "mantener un flujo contínuo de alimentos a bajo costo hacia los centros urbanos" además de garantizar "pagar precios justos a los productos agrícolas". El mantenimiento financiero agrícola adquirió especial interés creándose el Banco Nacional de Crédito Ejidal.

La industria continuó ascendiendo predominando las ramas textil y alimenticia. La política económica apoyó decididamente la generación de una infraestructura adecuada al desarrollo industrial. Las condiciones políticas internas y la coyuntura internacional favorecieron la implementación de las bases para un desarrollo "hacia adentro" como es muy conocido.

Las instituciones financieras ampliaron su radio de acción a fin de promover el desarrollo interno e impulsar de nueva cuenta las exportaciones cuyo dinamismo se vió afectado a finales del cardenismo.

Finalmente, Cárdenas dió facilidades a la creación de organizaciones campesinas, obreras y populares. Los gastos en educación, servicios y salud ascendieron notablemente.(142)

Así las cosas, hacia finales del régimen la orientación del anterior esquema recuperó su curso obligado a favor directo del capital.

El reparto agrario se desaceleró y después de 1940 la productividad agrícola estuvo basada en la explotación intensiva de la pequeña y mediana propiedad privada. En este sector se buscó modernizar la estructura tecnológica. El ejido y la propiedad colectiva dejaron de ser prioritarios no obstante -dice Gordillo- cumplieron importante función política(143) y el APREDIS "quedó archivado durante 20 años en el museo de buenas intenciones"(144)

El problema de la reproducción de la fuerza de trabajo a bajo costo siguió en primeros planos. Se trataba de mantener los costos de producción agrícola bajos a fin de sostener bajos los precios de la fuerza de trabajo obrera y asegurar su reproducción con los mínimos necesarios de manera continuada. El papel de la agricultura comercial fue este en una primera etapa, en tanto al ejido correspondió fungir "en una reserva de mano de obra barata que fluye tanto al sectos capitalista de la agricultura como a los centros urbanos"(145) Más adelante la agricultura comercial de exportación , que durante el porfiriato y las primeras décadas del siglo XX habia sido uno de los centros fundamentales de desarrollo, orientó su función al sostenimiento del desarrollo industrial.

El rápido crecimiento del sector fabril movilizó intensamente la fuerza de trabajo en sentido rural-urbano. La consolidación industrial implicó mejoras relativas en el rubro tecnológico aparejando extracción de plusvalia relativa.

Los salarios se estancaron o se redujeron pero los niveles de empleo se incrementaron durante todo el periodo.

El empleo en el sector manufacturero, entre 1930 y 1940 habia descendido. C. Reynolds(146) calcula que la fuerza de trabajo se distribuyó en el sector manufacturero de la siguiente forma: para 1930 con una cifra del 13.4% y para 1940 con 10.9%. En cambio el sector agropecuario tuvo las cifras de 70.2% y 65.4% respectivamente. Es decir, ambos sectores tuvieron bajas relativas en cuanto a fuerza de trabajo empleada entre 1930 y 1940. Empero, el sector servicios tuvo un espectacular aumento pasando de 15.4% en 1930 a 30% en 1940.

Después de 1940 con el estancamiento de la reforma agraria por un lado, y el avance industrial por el otro, produjeron mayores bajas en el sector agropecuario y mayores alzas en el industrial mientras tanto servicios y burocracia siguieron aumentando.

Encuanto a salarios, tomando como referencia el valor de 100 para 1939, en 1940 tuvieron un índice de 105.0, en 1941 de 102 y en 1942 bajó hasta 72 para luego ascender ligeramente a partir de 1945 manteniéndose relativamente estable pero mucho más bajos que en 1939(147). Estos salarios son considerados para el sector obrero de la industria de transformación. Pero en general, diversos estudios, coinciden al demostrar la tendencia a la baja de los salarios reales en todo el sector.

En contra de las bajas salariales, hubo multitud de huelgas obreras durante todo el periodo (148) es cierto que no incidieron sustancialmente en mejoras salariales, pero habria que ver si estas huelgas repercutieron en otros rubros como prestaciones, seguridad social incluida salud, etc., ello nos serviria para pensar si es válido inferir de buenas a primeras que el impacto de las bajas salariales afectaron drásticamente las condiciones de vida del sector obrero en relación con etapas anteriores donde se carecian de casi todo tipo de prestaciones y seguridad social, amén de no contar con reglamentaciones específicas sobre condiciones laborales, vgr. la duración de la jornada (149). Por otra parte la transformación tecnológica debió incidir en la forma de SUMO de la fuerza de trabajo obrera.

Para ver las condiciones de vida del obrero se pueden observar los datos concernientes a alimentación. Desafortunadamente es casi imposible desglosar con cierta aproximación los cambios en alimentación que la clase obrera a sufrido. Se infiere, según diversos estudios, que durante la década existian gran cantidad de familias que "no podian alimentar regularmente a sus hijos"(150) a pesar de dedicar más del 60% de sus salarios en alimentación. Empero no hemos podido ubicar de bien a bien que pasaba con la clase obrera, estrictamente, en cuanto a una "buena alimentación".

Según los censos de 1940 y 1950 que registran como indicad

res de alimentación el consumo de pan de trigo se observa que para 1940 el 54.93% de la población no lo consumía, reduciendo la proporción al 45.58% en 1950. La tendencia apuntó a la baja registrándose para la década siguiente hasta 23.41% que no lo consumia, o sea, más del 75% de la población consumía regularmente pan de trigo hacia 1960. Es importante señalar que la proporción de consumo de pan de trigo entre población rural y población urbana era favorable a ésta última.

Los datos, como apunta Coplamar, son muy pobres para poder hacer consideraciones claras en cuanto a la situación alimentaria de la población durante la década, pero de alguna forma señalan una posible mejora en el consumo sobre todo de la población urbana donde se concentra el grueso de la población obrera. En cambio la población rural obviamente campesina siguió teniendo un consumo mucho más bajo.

Con este breve panorama pasemos a ver que sucedió con el MM del período.

[redacted]

Congruente con la situación económica y política postrevolucionaria, de intensa movilidad campesina, el MM se caracterizó por una extensión acusada al campo. Así se formuló extender la cobertura de salud al agro acorde con la visión cardenista de construir una nación agrícola apoyada en la industrial, ello, aunado a las todavia frescas demandas campesinas, generaron múltiples planes en materia de salud hacia el campo. Se requeria reestructurar el aparato asistencial y administrativo acorde a la nueva política de salud, esto era, federalizar la salubridad creando consejos estatales y locales a fin de extender eficientemente la cobertura a los lugares de interés prioritario.(151)

Este afán de extensión casi coincidió con alzas en las tasas de morbimortalidad, registradas sobre todo en 1929-1930 (152) durante la gran crisis internacional. Posteriormente Cárdenas no hizo más que seguir una política sanitaria consecuente a las condiciones económico-políticas prevalecientes.

El aparato asistencial-curativo resintió la crisis pero - después de 1930 sus gastos de inversión aumentaron merced a la política sexenal de Cárdenas. La labor de modernización que -- desde 1925 (153) se venia dando en el rubro hospitalario se mantuvo -con un breve estancamiento en 1930- pero en lo sucesivo - se ampliaron y mejoraron los servicios introduciéndose cambios tecnológicos importantes aparejados con el aumento de las especialidades médicas. El Hospital General amplió su infraestructura con nuevos servicios como gastroenterología, Cardiología y urología sumándose a los existentes de oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y venereología.

Por su parte, la enseñanza resintió también la crisis pero, luego, bajo la tutela de Chávez tuvo verdaderos visos de modernización. Aquí el interés de tecnologizar el campo médico fue primordial: "sin precedente en nuestra historia de la educación médica, los laboratorios de fisiología, histología, microbiología y química-biológica fueron equipados en abundancia"(154)

A través de la tecnologización médica en asistencia y enseñanza e investigación el MM iba profundizando sus caracteres básicos.

La medicina privada se desarrollaba en conjunto valiéndose de la institucional(155).

La intelectualidad médica que venia acercándose/alejándose del Estado, en este periodo de consolidación de las instituciones la relación quedaría bien definida: una buena cantidad de médicos ejercerán simultáneamente el trabajo privado con el institucional, convirtiéndose en asalariados directos del Estado.(156) Mientras que los médicos funcionarios del gobierno acupantes de - un lugar en el gabinete presidencial y "que tuvieran especial empeño en ayudar a la Academia (Nacional de Medicina) y a la cultura médica" fueron llamados académicos ex-oficio", claro dice Del Castillo "no faltaron buenas almas (nunca faltan) que comentaron la medida diciendo que la Academia tomaba "actitudes políticas". Este comentario fue despreciable"(157)

Es notoria la fragilidad del discurso esforzado en acercarse/alejarse queriendo reducir el proceso a un sólo polo; alejamiento.

Terminadas las aspiraciones cardenistas, o mejor dicho, refuncionalizadas a favor del nuevo Modelo de Acumulación Capitalista; domesticados en gran medida los ánimos revolucionarios campesinos, controlados los movimientos obreros, etc., después de 1940 el MM mexicano privilegiará los aspectos asistencial curativos, la estructura hospitalaria y las especialidades sentarán su imperio de hegemonía.

Los gastos en salud se inclinarán al rubro hospitalario pero bajarán drásticamente en comparación al período cardenista, pasando del 6.4% en 1940 a 4.9% en 1945(158)

Aún con esta baja tan pronunciada en el gasto, paradójicamente las tasas de morbimortalidad general e infantil empezaron a disminuir en relación con las tasas registradas en 1930(159)

Desde nuestro punto de vista los datos anotados sobre economía y política del período 1940-1950 nos permiten pensar que la ampliación de empleos -con regularidad en el ingreso por tanto- que las políticas sanitarias y de seguridad social; el "mejoramiento" cualitativo en alimentación; el hecho de que el aparato industrial se diversificara modernizandose tecnológicamente y ampliándose por ello la obtención de plusvalía relativa, fueron todos estos factores que en el interjuego de su dinámica transformaron las modalidades en el consumo y reproducción de la fuerza de trabajo pasando a ser menos catastróficas que en los periodos anteriores de suerte que propiciaron las bajas relativas de morbimortalidad en el país sobre todo a partir de 1945.

Pero el perfil patológico se transformó "cualitativamente" al incorporar enfermedades propias del nuevo patrón de acumulación capitalista. El carácter dependiente de nuestra sociedad generó un cuadro "sui generis" donde se combinan enfermedades propias del "atraso" con aquellas características del "desarrollo"

Al respecto nos parece que intentar un análisis de la morbimortalidad en términos cuantitativistas solamente, para querer demostrar un impacto negativo del desarrollo industrial, y sobre todo en la clase obrera mexicana, puede conducir a falsas conclusiones o bien demasiado apresuradas. Por ejemplo, el compañero Eusebio Pérez en su tesis "La consolidación Industrial y la tuberculosis en México 1940-1952" intenta mostrar que la morbilidad por tuberculosis en México durante el lapso 1940-1952 se incrementó a expensas de la clase obrera por la intensa acumulación de capital durante la industrialización.

Nos parece que el estudio de Eusebio no cumple su cometido. En primer lugar porque no se puede observar ningún remedio metodológico para demostrar el incremento de Tuberculosis -si es que realmente hubo- en la clase obrera; segundo el incremento en general que se observa es muy poco; tercero, como él mismo señala, la campaña antituberculosa fue nutriéndose de instrumental diagnóstico más preciso, lo que probablemente -o posiblemente- haya incidido en las tasas al registrarse mejor la incidencia de Tb.

Según lo que nosotros venimos diciendo, en general, la morbimortalidad tendió al descenso (vease cuadros y gráficas, 3 y 1,2) y observamos que el descenso fue más apreciable en el período de consolidación de las instituciones y que ciertamente el desarrollo industrial marcó límites al proceso. Ahora, en cuanto a desnutrición ofrecimos los cuadros que muestran un marcado incremento de ésta y ahora pensamos que muy bien puede haber influido el mejor conocimiento que sobre la enfermedad se empezó a tener desde Landa y Ocaranza, más preciso incluso en la década de 1940-1950 cuando, deciamos, se intensificó su estudio. Sin embargo, las diferencias de tasas son muy marcadas y pensamos que en efecto la desnutrición aumentó en relación con períodos precedentes, o bien sencillamente se volvió endémica. Pero al contrario del estudio de Eusebio no pensamos que la desnutrición -ni la Tb siquiera- hayan aumentado a expensas de la clase obrera. Si hubieramos pensado en la clase obrera del periodo -de acuerdo con nuestros datos recolectados- estudiariamos mejor la incidencia de -

accidentes laborales o el surgimiento incrementado delas enfermedades del "desarrollo" al interior de esta clase. Lo que en cierta forma introduciria la categoría de cambios "cualitativos" en los patrones del enfermar obrero como producto del patrón de acumulación.

Ahora bien, en términos de explicar el incremento de desnutrición -incluso de Tb si lo hubo- pensamos que este se debió dar en las clases campesinas, y lo pensamos por una poderosa razón ¿no acaso fueron los campesinos quienes sostuvieron al fin y al cabo el proceso de industrialización acelerada?

Veamos, después de 1940 el crecimiento agrícola pasó de 2898 millones de pesos a 5999 en 1950 (160) a expensas claro de la agricultura comercial de exportación principalmente. Empero, por otro lado, el crédito agropecuario bajó del 14% en 1940 al 11% en 1951 (161) lo que evidencia que el sector tuvo que sostenerse a costa de explotar una fuerza de trabajo muy barata.

Por otra parte, como se esfuerza Gordillo en demostrar; el sistema ejidal campesino estuvo destinado en el periodo 1945-1965 a proveer al modelo de acumulación implantado, de fuerza de trabajo disponible y barata.

Ciertamente tampoco contamos con datos seguros para demostrar de manera convincente que el sector campesino fué el tributario principal en el costo de sostener la morbimortablidad en el período. Pero sí podemos ofrecer un tímido remedio metodológico, por ejemplo, comparar la distribución de mortalidad por entidades federativas del pais ordenándolas por regiones de mayor "atraso" (campesinizadas) y por regiones industrializadas de "desarrollo" . En este sentido podemos aproximar que regiones "atrasadas" (campesinizadas) como Oaxaca, Chiapas, Tlaxcala, Puebla y Aguascalientes aparecen sistemáticamente como las entidades de mayores tasas de mortalidad entre 1940-1959(162)(CUADROS 1-7)

Actualmente el asunto es mucho más ilustrativo lo cual refuerza nuestra posición. Ello lo veremos más adelante. Mientras tanto sigamos con el tema de este apartado y veamos que

sucedía con el MM y el Estado Mexicano ante ésta realidad del - enfermar antes discutida.

Bien, pues, la capacidad legitimadora del MM contradictoriamente se encontró en el período ante dos hechos al parecer - incompatibles, de un lado, ante la importancia del sector obrero el discurso oficial(influenciado por el discurso burgués internacional de la segunda guerra mundial) formulaba las bondades - de la seguridad social en materia de salud -lo cual como algunos señalan seguramente surtió efecto contra las demandas obreras de incremento salarial(163)- pero de otro lado, paradójicamente - algunos empresarios y las capas obreras más radicalizadas rechazaban la seguridad social.

A fin de cuentas la débil organización -independiente del Estado- del proletariado una vez salvados algunos inconvenientes fiscales y aunada a la presión que la burguesía industrial después imprimió al asunto, en 1944 se instaló el IMSS.

La socialización en el costo de la atención médica via seguridad social y del subsidio estatal a la atención proporcionada por la SSA (1943) debieron haber transformado la estructura - de gastos y consumo de la población. Entonces es plausible que - este aspecto haya incidido más y de manera directa en la salud que las propias medidas médicas surgidas de las instituciones creadas.

Dejemos lo anterior como hipótesis más, que apoya nuestra - aseveración de que la clase obrera no sufrió cambios tan radicales en su perfil patológico por el proceso de acumulación (por lo menos en términos cuantitativos). Pero no por ello dejemos - de considerar las transformaciones que el proceso acumulativo trajo consigo. No, ya que las instituciones creadas privilegiaron el aspecto curativo de la asistencia, así las secretarias y sistemas de seguridad social pasaron de hecho a ser verdaderos "ministerios de enfermedad"(164). En adelante el crecimiento del aparato asistencial absorberá el grueso del presupuesto via uso intensivo de tecnología sofisticada, insumos menores industriales, medicamentos, y además el pago de un inmenso aparato burocrático de empleados asalariados del Estado.(165)

La influencia del MM norteamericano fue ahora determinante en la orientación seguida por el MM Mexicano. El proceso de"industrialización de la salud"que este mismo desarrollo trajo aparejado nació marcado con el signo de la dependencia. De hecho, - una vez agotado el proceso de "sustitución de importaciones", quedó muy claro que el país era incapaz de competir con los países de punta principales productores de tecnología compleja Vgr.' E.U.

Así entonces, la posibilidad de"tecnologizar la salud"dependió en mayor medida de la transferencia tecnológica. En diversas áreas del proceso médico asistencial es posible observar que, uno de los elementos fundamentales, para que el MM capitalista funcione y se vincule sólidamente al proceso técnico e industrial es sin duda la Investigación, y en este aspecto los vínculos de dependencia tecnológica son cristalinos. En la investigación sobre desnutrición -al contrario de lo que J.C. Escudero formuló- el asunto es superilustrativo.

1.13.3 INVESTIGACION: NUTRICION/DESNUTRICION; REPRODUCCION - DE LA FUERZA DE TRABAJO Y LA"INDUSTRIALIZACION"DEFINITIVA DE LA SALUD.

Todos los historiadores, más o menos modernos, de la Medicina Mexicana coinciden en aceptar que hacia 1950 "nunca como hoy se había dado valor a la investigación científica"(166)

Es cierto que los médicos mexicanos desde la década de los 30's(167) hacian notar la importancia de la investigación, "quien se dedica a un trabajo de investigación debe ser remunerado decorosamente para abandonar cualquier otra ocupación, por lucrativa que sea"(168). Es cierto también que dicha investigación se pretendió, en un inicio, desarrollar de manera un tanto autónoma - por las asociaciones médicas (dado el prurito ideológico de no - involucrar las cosas políticas con las científicas) pero la verdad es que siempre tuvieron que recurrir al subsidio estatal para efectuarlas. El propio Estado fijaba los temas de investigación más importantes y estos estaban delimitados por las necesidades económico-políticas del mismo vgr. la investigación sanita

ria relacionada con las enfermedades tropicales en las áreas portuarias y de exportación, en las que instituciones norteamericanas tuvieron gran influencia (1939 Instituto de Salubridad y Enfermedades tropicales con apoyo de la Fundación Rockefeller).Por último, es cierto además que en diversos campos la investigación medicobiológica nacional tuvo destellos de originalidad, a título individual, de varios médicos en su dedicación a la investigación, pero -al decir de Chávez y del Castillo- no siempre fue ni ha sido reconocida con el debido merecimiento. Al respecto el propio del Castillo, en su obra que hemos referido, criticaba al prof. Alfonso Herrera (biólogo) director del Instituto de Biología General y Médica (1919) por haber impedido la labor de Ocaranza y Eliseo Ramírez (médicos) ya que aquel director estaba obsesionado con la "plasmogenia" su "actividad preferente" (cfr. op.cit..[redacted]) Pero ¡Oh paradoja! Oparin y Fox estudiosos reconocidos mundialmente por sus trabajos científicos sobre el origen de la vida recuerdan al prof. Alfonso Herrera como un insigne investigador mexicano que "experimentó en forma profética con instancias que ahora se estudian por lógica y obligación al habérselas localizado en los espacios interestelares" (cfr. Luis González de Alba: "El loco de la calle de ciprés" en Uno más UNo, 21-I-1982).

Ahora podemos entender que la falta de reconocimiento y comprensión, de algunas investigaciones originales se debia al ánimo utilitario y pragmático que dominaba a la ciencia médica mexicana (en gran medida lo sigue siendo) por ello la investigación clínica era mucho más importante que la básica, sin embargo aún así la investigación clínica fue bastante limitada.

En lo que a nosotros más concierne, la investigación en desnutrición-nutrición (en este orden) sostenemos que ha sido el campo por antonomasia de la investigación médica en México. ¿Por qué en desnutrición y a partir de la década de los 40's se intensificó la investigación médica en nuestro país? Para contestar, expresemos en primer término las antítesis. Primero, convengamos que el padecimiento, en los 40's estaba lejos de tener la -

aberrante magnitud de 1915-1916. Luego que, a excepción de la crisis de 1929-1930, las tasas de morbimortalidad generales empezaron a descender, manteniéndose en un relativo estacionamiento entre 1940-1945; decíamos después que la PEA se amplió desde 1940 lo que implicó regularidad en el ingreso para gran cantidad de población (aumentaron los servicios y el aparato burocrático); anotamos también que la estructura del consumo se diversificó y al parecer la alimentación mejoró"cualitativamente" sobre todo en los medios urbanos; finalmente propusimos que la socialización en los costos de la atención médica implicaron bajas en los gastos en salud, etc.

Insistimos en lo anterior por la contradicción aparente que inmediatamente se presenta y por que formulaciones mecanicistas han pretendido si más, desprender que por efectos del desarrollo industrial debemos "teóricamente" encontrar alzas obligadas en las tasas de morbimortalidad, y más todavía, en la clase obrera. La evidencia empírica sin embargo, no permite tanta facilidad en el análisis. De hecho como podemos observar en cuadros y gráficas las tasas de morbimortalidad tendieron a la baja(169)

Empero tampoco pretendemos dar una vuelta de tuerca y concluir; ¡que viva el capitalismo! por tantos beneficios en salud que este trae consigo. Nada cercano a esto pretendemos. Más bien deseamos insistir en que el cuadro de patologías se vió transformado cualitativamente de manera heterogénea en concordancia con la heterogeneidad del proceso capitalista mexicano.

Por otra parte convenimos con Cristina Laurell (170) al aceptar que los cambios son producto del proceso de industrialización que ciertamente ha aumentado la esperanza de vida pero también ha generado un tipo de patología específico para la clase obrera que al final se manifiesta en tasas de mortalidad por enfermedades degenerativas. El hecho de que se manifiesten a edades mayores no avala de forma alguna el planteamiento "residualista" de que estas patologías ocultan a las otras infectocontagiosas. El problema, nos parece, se ha formulado pensando o bien en un esquema "desarrollista" o bien en el desarrollo de un capi

talismo clásico. En el primer caso se formula la tesis de que por efectos del "desarrollo" simplemente se van acabando las enfermedades infectocontagiosas mientras que las degenerativas y psíquicas se van mostrando por ser ahora las más evidentes, pero a la larga se habrán de erradicar y al final obtendríamos un justo triunfo sobre la enfermedad, coronándose la salud. En el segundo caso, se pretende que todos los paises capitalistas deben presentar similares cuadros de morbimortalidad a imagen de los paises centrales, o bien que la lógica de su desarrollo debe ser igual que la acaecida en estos paises superdesarrollados. Similares formulaciones se hacen en el campo económico pretendiendose que las leyes del capital rijan y se manifiesten de igual forma en E.U. que en México.

Ahora bien, diversos autores sostienen que el capitalismo dependiente se manifiesta de manera concreta en cada FES validando de manera específica particular e histórica la universalidad del modo de producción capitalista(171). Retomando ésta tesis digamos que en el campo de la Salud/Enfermedad la condición de que se presenten cuadros patológicos infectocontagiosos y degenerativos en la FES mexicana (como un modo de producción capitalista dependiente) está determinada por la universalidad de este modo de producción pero en esta FES mexicana adquiere especificidad y concresión. De manera que el hecho de existir en nuestro país un cuadro de enfermedades infectocontagiosas y degenerativas son expresión concreta del modo de producción capitalista tal y como aquí se manifiesta y se reproduce.

La característica del capitalismo mexicano es su heterogeneidad. Simplificando las cosas, digamos que subsisten procesos de trabajo campesinos que no son subsumidos totalmente al capital pero cuya existencia presupone necesariamente la lógica de reproducción del capital mismo incluyendo por tanto la reproducción de los procesos de trabajo industriales subsumidos realmente al capital global. En este contexto es lógico concluir que las patologías propias del "atraso" se sigan manteniendo (con tasas más bajas que en períodos precedentes) e incluso mostran-

do signos de exacerbación en los períodos críticos de desarrollo capitalista. Tal es el caso de la desnutrición que desde 1940 se ha venido sosteniendo e incluso exacerbándose.

1941	-----	7.40
1942	-----	10.14
1945	-----	24.53
1950	-----	33.17

Aún cuando el padecimiento no ha tenido la aberrante magnitud de 1915, y no la tenía en la década de los 40's, su presencia histórica ha sido más que suficiente para llamar la atención. - Es necesario recalcar que el hecho es histórico ya que por ejemplo, actualmente un sólo caso de viruela llamaría la atención - enormemente.

Hasta ahora tenemos un punto contestado, el más simple, de por qué en la década de los 40's se intensificó la investigación sobre desnutrición.

Deciamos por otra parte que los médicos de la década sostienen que el acicate principal para intensificarla investigación fue la letalidad de la desnutrición que-según Gravioto- era del 50 al 60%.

A lo anterior agregamos que la coyuntura de la 2a. guerra mundial evidenciando a la desnutrición como problema social influyó en los estados-nacionales de manera que difícilmente podian dejar de considerar su reconocimiento en las políticas de salud.

Pero, si los paises centrales extendian la recomendación - de considerar la desnutrición para ellos el punto principal consistía en desarrollar estudios nutricionales cuyos resultados - fueron aplicados al ejército militar y también al ejército industrial. Se requería siguiendo las propuestas Tayloristas "mejorar" las condiciones de alimentación dela clase obrera dadas las nuevas condiciones técnicas de producción(172). Fueron pues necesidades técnicas las que impulsaron el desarrollo de la investi-

gación nutricional. El saber obtenido por esta situación fue - transferido a los paises dependientes imponiéndoles su sello. - La tecnología incorporada impuso su lógica y acabó fundamentando un aparente autonomía de la práctica médica reforzando la división social del trabajo (173)

De forma indirecta la investigación sobre desnutrición - llamó la atención de los paises centrales. Interesó por que la misma mostró contundentemente la posibilidad de "industrializar la salud" con productos y tecnología que, las transnacionales de la alimentación, de equipo médico y farmaceútica, introdujeron alegremente en los paises periféricos.

No todos los paises tenian las condiciones de México que habia salido avante de una revolución social en pleno siglo XX; que había aprovechado la coyuntura mundial para consolidar su - industrial, que había prácticamente domesticado al movimiento - obrero y campesino, que había modernizado y extendido el sistema de salud convirtiéndose el Estado en el árbitro y patrón de una gran cantidad de médicos principiando por la intelectualidad médica de mayor renombre; que se observaba, en suma, por - los paises centrales como un ejemplo de "desarrollo"; y por supuesto no olvidemos "muy lejos de dios y muy cerca de E.U."; finalmente anotemos que la desnutrición en México era endémica y de altísima letalidad.

Nada pues parecía más propicio para que en México se intensificara la investigación sobre desnutrición apoyada por la - "ayuda" norteamericana, al respecto auxiliamonos citando los siguientes hechos: a menos de un año de fundado el Instituto Nacional de la Nutrición (1943) los Drs. Emury N. Morris y Benjamin Harning de la Fundación Kellog, de Michigan E.U.A. entregaron al I.N.N. equipo cedido para el laboratorio de nutriología Además proporcionaron BECAS a médicos y quimicobiólogos para estudiar nutriología en E.U.A.(174)

Luego hacia 1947 la Fundación Rockefeller levantó encuestas nutricionales en varios lugares dela República y "el INN colaboró proporcionando algunas trabajadoras sociales que fueron entrenadas para tomar datos dietéticos"(175)

Si del exterior se ofrecia tal "ayuda" al interior las condiciones para pedirla y/o aceptarla eran inmejorables "así de 1945 a 1970 se da un proceso de convergencia entre los intereses inmediatos de la burguesía agraria con los de la burguesía industrial y con el INTERES DE ESTABILIDAD de la burocracia política; convergencia sellada globalmente a nivel del modelo de acumulación implantado"(176)

En este proceso, de interés primordial era garantizar la producción de alimentos a bajo costo de forma que mantuviera bajos los costos de la reproducción de la fuerza de trabajo obrera. Además estratégica importancia tenía, mejorar la producción agrícola para exportación, cuestión que el INN tomó en cuenta de inmediato (no es arriesgado pensar que la Kellog y la fundación Rockefeller la hayan tomado en cuenta desde antes) ya que reconocían la "íntima relación entre los problemas de alimentación con los problemas agrícolas"(177) Así el INN tomó particular interés en estrechar sus lazos con la Secretaría de Agricultura y Ganadería y en colaboración "se iniciaron análisis con el fin de determinar en algunos granos de maíz, trigo y frijol, la influencia que sobre su composición determinan los factores genéticos, los fertilizantes y las densidades de siembra"(178).

El problema de la producción de alimentos era doble; de un lado, para el abasto interno a bajo costo; de otro para la exportación masiva sobre todo a E.U. en el inter de la guerra y la postguerra. Como sabemos el interés fue dominado por la exportación lo que a la larga tronaría con el modelo de acumulación implantado. La producción agrícola para exportación recibió altísima prioridad vinculando la investigación con las necesidades técnicas y productivas (revolución verde por ejemplo) pero además requirió de políticas económicas del Estado para sostener el flujo de las exportaciones agrícolas, y en cierta medida atender los circuitos de abasto interno via importaciones si fuera preciso, y también tratar de regular los precios en el mercado. El APREDIS (cuyo aparato más estable ha sido la CONASUPO) pretendió ser el instrumento operativo para hacer viable dicha política económica.

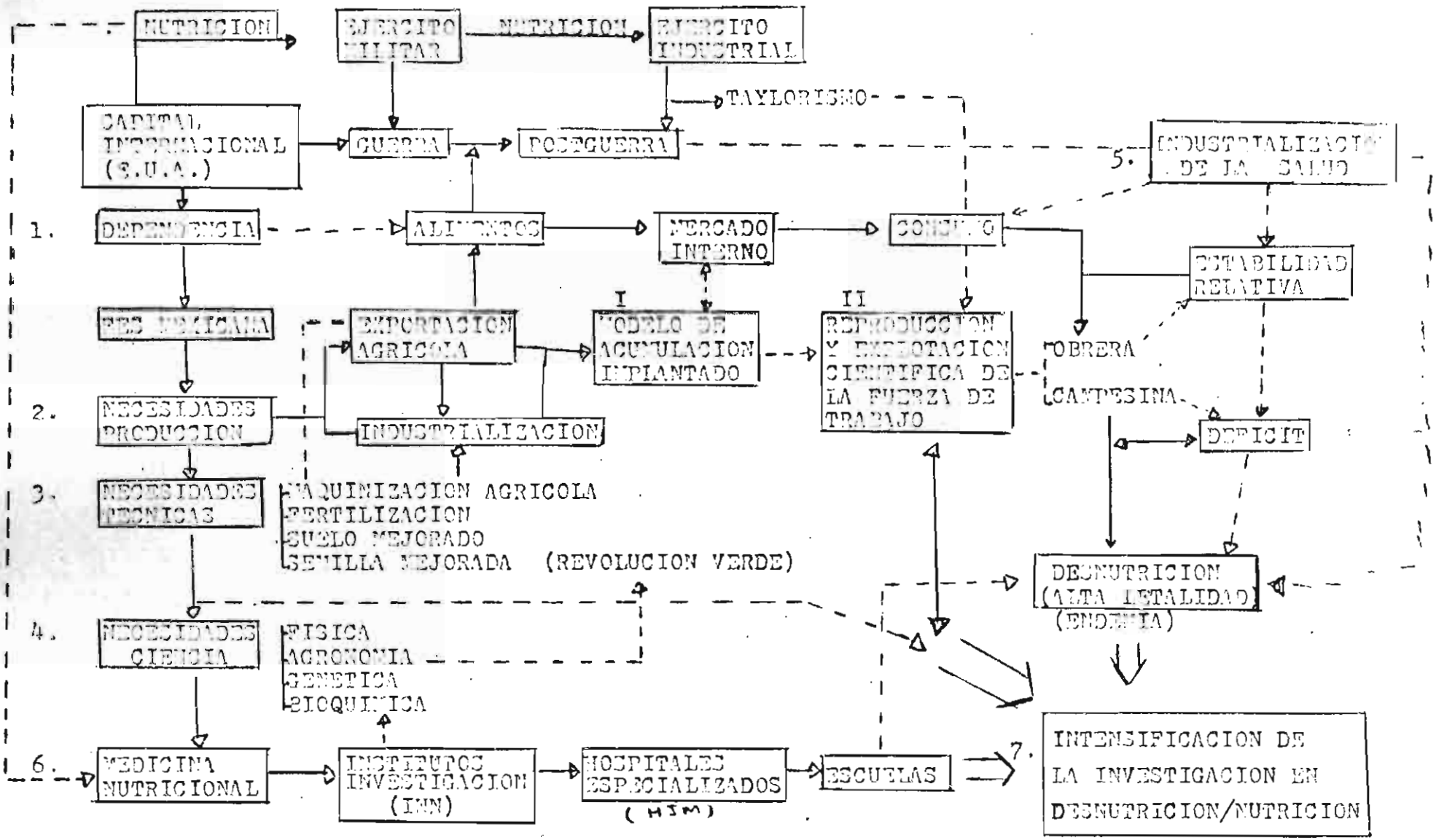
Con el problema de abastecer el mercado interno se articulaban el de la nutrición, pero para poder formular ésta se requería conocer también la des-nutrición (179). En el fondo prevalecía el problema económico fundamental: garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo obrera y con ello reproducir a nivel global el modelo de acumulación industrial.

Tenemos ahora un cuadro más amplio para contestar la interrogante ¿porqué en la década de los 40's se intensificó la investigación en desnutrición/nutrición y porqué precisamente en este campo de la salud y no en otro?

Desde luego fueron múltiples los factores que determinaron el auge en el desarrollo del SMD, vía investigación sobre desnutrición/nutrición, pero el factor fundamental resultó ser el modelo de acumulación capitalista que en realidad representa la categoría central que sintetiza concretizando a las abstracciones anteriores por ejemplo reproducción de la fuerza de trabajo. En un mayor nivel de concreción, la categoría FCS mexicana con sus características históricas nos sintetiza todavía más la multiplicidad de determinaciones que hemos señalado. Desde luego que el desarrollo lógico del capitalismo mexicano nos da explicaciones más concretas como por ejemplo el hecho de que la industria alimentaria haya sido una de las más dinámicas durante el periodo 1940-1950 (180) decimos lógico por que, a pesar de que esta industria desde el punto de vista histórico mostraba condiciones de viabilidad en su desarrollo (181) ellas no fueron más que presupuestos que la lógica del modelo de acumulación implantado en la década 40-50, integró a sus circuitos de producción, dinamizándola. Lo mismo es válido para explicar el desarrollo del SMD, pues, como hemos visto, su historia se remonta con más claridad desde 1916 con Landa y Ocaranza pero -y a pesar de no tener la desnutrición la magnitud de aquella época- se le dio impulso a su estudio por la necesidad del desarrollo lógico interno del modelo de acumulación de la década 40's. Es decir, la dialéctica de la forma y contenido de la superestructura se explican a fin de cuentas por la explicación del eje de desarrollo económico. Empero, observabamos que lo económico no actúa ni se manifiesta siempre directa, ni únicamente, de manera que aspectos esencialmente políticos e ideológicos tanto a nivel internacional como nacional influyeron para intensificar la investigación sobre desnu

trición/nutrición.

En el esquema siguiente resumiremos las relaciones lógicas de todo el proceso:



"EL HECHO DE QUE LA SOCIEDAD SIENTA UNA NECESIDAD TECNICA, ESTIMULA MAS A LA CIENCIA QUE DIEZ UNIVERSIDADES" ENGELS

Por supuesto, el esquema seguramente deja de lado otras relaciones importantes, pero creemos que destaca las fundamentales para darle coherencia a nuestras formulaciones. Ahora bien pareceria que al hacer tanto énfasis en categorías económicas nos estuvieramos - alejando de nuestro propósito central, o sea, analizar la historia del SMD y con ello la historia misma de la desnutrición en México, pero no, de inmediato objetamos que las categorías económicas nos hablan mucho más que las propiamente médicas para explicar científicamente el proceso que se denomina desnutrición/nutrición. Pero para no quedarnos en el nivel económico estricto, veamos entonces - que sucedia con la investigación médica en sí durante el periodo. Bien, pues en este lapso la investigación médica llegó rápidamente a la conclusión de que la desnutrición se debía "a la asimilación deficiente de alimentos"(182) y al finalizar el periodo "se habia llegado ya al conocimiento de que fuese cual fuesen las manifestaciones, la desnutrición se origina por el consumo de dietas probres enproteinas de origen animal con ingesta variable de calorias"(183) y claro, la pobreza tenia mucho que ver con la presencia diaria del padecimiento.

Las conclusiones fueron brillantes reafirmando lo que Lande -más de 30 años antes- pugnaba por meterle en la cabeza al fisiólogo Ocaranza: la desnutrición es una enfermedad de la miseria.

Bueno, sin embargo hacia 1945 un avance indudable existia: se habia llegado a integrar clínicamente la entidad nosológica única con variedad de manifestaciones. Se reconocia "científicamente" que la etiología inmediata era la deficiencia de proteinas y calorias. Ahora podemos observar nítidamente tres mentalidades reunidas: la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiológica, pero, como dice Entralgo, todavia reunidas eclécticamente.

No pasaria mucho tiempo, casi nada, para que el paradigma - biomolecular enunciara su reinado. La orientación que la investigación debia seguir, según las exigencias del MM capitalista, no podia ser otra.

Sobre el paradigma biomolecular y fisiopatológico los médicos (+) que habian estado prácticamente formando un "colegio invisible" en

(+) ESPECIALISTAS EN NUTRICION Y/O PEDIATRIA.

México, a partir de 1943 se integraron en equipos de especialistas dedicados exprofeso al estudio del niño desnutrido. Se abrió en el Hospital Infantil de México, la sala de nutrición comandada por Federico Gómez allegándose a Beatriz Bienvenue, Rafael Ramos, Joaquín Cravioto y Silvestre Frenk; se inauguró el Instituto de Nutriología de la SSA dirigido por Francisco de P. Miranda; y se abrió el Hospital para enfermedades de la nutrición dirigido por Salvador Zubirán.

Con desigual fortuna estos equipos de investigadores funcionaron integrados durante un lapso. Más adelante veremos su relativa disgregación y algunas de las causas que a nuestro juicio la originaron.

Mientras tanto veamos que sucedía con el SMD impulsado por la investigación.

Una vez establecida la entidad nosológica y reconocida su etiologia inmediata, el problema de su tratamiento siguió en pie. Tres fases podemos detectar en cuanto al desarrollo del saber terapeútico (uno de los más problemáticos y que tanta suspicacias a sucitado en la población,como dice Entralgo desde Rokitansky y Skoda, por aquello que se decia: mientras Skoda nos diagnostica muy bien, Rokitansky no hace excelentes autopsias...¿ y el tratamiento?)las tres fases en cuanto al saber terapéutico sobre desnutrición las detectamos asi:

1a. Enfasis en preparados multivitamínicos, transfusiones de sangre o plasma (1945-1950)
2a. Enfasis en una dieta "normal" rica en calorias y proteinas. No era necesario el uso de vitaminas (1950-1958)
3a. Enfasis en el uso de antibióticos, soluciones hidroelectrolíticas y alimentación especializada (1958-actualidad).

Respecto a la primera fase, estudios efectuados por el grupo de Federico Gómez concluyeron pronto que no eran necesarios los preparados multivitamínicos, excepto en síndromes tipicamente carenciales. El saber -hay que anotarlo- aunque fue corregido

por los investigadores del periodo hoy podemos constatar su aberrante influencia, via la reducción y el estereotipo, que en la población ha tenido. Huelga decir que ha sido el médico "genérico" el principal transmisor de aquel estereotipo, cumpliendo cabalmente con el papel que el MM mercantilista y pragmático le reservó desde entonces.

La producción de preparados multivitamínicos recayó como es lógico suponer en las principales empresas transnacionales. Se arribaba con plenitud a la lógica imperialista de "industrializar la salud". "A nivel tanto mundial como nacional son las décadas de 1940 y 1950 las que suponen el desarrollo creciente de la producción de fármacos"(184).

En el lapso, consecuentemente la inversión de E.U.A. se incrementó (185) asi como la transferencia tecnológica en el campo de la salud, pero independientemente de la cantidad debemos observar como dice Alponte que "la tecnologia no es neutral, sino al contrario, representa la forma más exigente, concreta, definida y específica de la acumulación organizada del saber. Supone el uso intensivo de la organización... la invasión tecnológica desde los centros de dominación a la periferia no descansa sólo en el intercambio desigual... sino en la INTRODUCCION DEL ESQUEMA DE SU TOTALIDAD EN EL ESQUEMA DESARTICULADO DEL IMPORTADOR"(186).

Este poder tecnológico -que se tiende a subestimar por términos cuantitativos- definiría su influencia trastocando incluso la objetividad del saber. Los investigadores nacionales habian "descubierto" después de 1950 que la desnutrición respondia a una dieta"normal" rica en calorias y proteinas sin ser necesario el uso de preparados multivitamínicos. Este saber acrecentó la objetividad en el tratamiento racional de la desnutrición, pero de haber sido consecuentes con la etiologia identificada de "asimilación deficiente de alimentos" y con el tratamiento racional de emplear "dietas normales" lo más lógico y científico es que hubieron de pasar al estudio riguroso de la causalidad social de la desnutrición. No sucedió así y, por el contrario, en la tercera fase -complemento y continuidad de la segunda de "dieta normal"

(derivada según Ramos Galván de la sistematización hecha por P. Escudero de las leyes de la alimentación en 1955) esta continuidad lo que dejó en claro fue que para poder establecer en forma "científica" reglas alimenticias/nutricionales habia que profundizar en el conocimiento fisiológico-biomolecular de la desnutrición. Una revisión de las principales investigaciones realizadas entre 1957 y 1960 destacan la importancia atribuida al aspecto fisiológico-biomolecular de la desnutrición(187). El saber adquirido fue sin duda ingente, y el tratamiento "racional" de la desnutrición severa redujo impresionantemente su letalidad en las salas hospitalarias. Así "durante la década de los años 50's (se logró) el tratamiento racional del padecimiento y disminuir su letalidad diez veces"(188).

Aceptemos entonces la eficacia pragmática del MM y el impresionante triunfo de la medicina nutricional apoyada en el investigación intensiva del niño desnutrido. Investigación que dice Cravioto fue requiriendo de "métodos y técnicas cada vez más sofisticadas y modernas para la época, como la electroforesis y la cromatografia en columna de intercambio iónico, prácticas de biopsias y empleo de isótopos radioactivos"(189). En esta línea de desarrollo la investigación clínica, aunque en pie, no alcanzó la intensidad de la fisiopatología-biomolecular. De hecho el criterio biomolecular logró integrar las manifestaciones clínicas tan diversas de la desnutrición concluyéndose que: "la depleción crónica de potasio intracelular, incremento notable del contenido intracelular de agua y sodio por kilo de peso...(y que) esto era válido para los dos tipos clínicos de desnutrición, el marasmo y el kwashiorkor"(190) con este paradigma se lograba unificar en otra perspectiva los anteriores.

El paradigma emergente, rápido diversificó los campos de investigación bajo su eje, espoleado por los circuitos de producción y comercialización. La investigación devino en el centro articulador entre la clínica y el aparato productivo de equipo médico, fármacos y preparados comerciales. Una transformación sin precedentes revolcó la mentalidad médica y de la población, imprimién

dole una dinámica que Lain Entralgo bautizó como de "perplejidad", pero añadimos, una perplejidad tan emarañada por multitud de mecanismos alienantes y sin embargo, creemos, transparente a partir de develar el fetichismo rampante que rinde culto al producto "cotidiano" del fármaco introducido masivamente con la expansión imperialista. La "industrialización de la salud" se sintetiza en el comprimido o la cápsula vitamínica que representa fetichistamente la realización acabada de un modo de producción cuya expresión manifiesta se ofrece en la normatización del cuerpo y su exterior, del tiempo y del espacio que asumen medidas de valor de cambio. Por ello todas las referencias al consumo o no de productos y servicios médicos se encuentran ordenados bajo la óptica de criterios de accebilidad (espacios) urgencia (tiempo) de mantenimiento de la fuerza de trabajo (cuerpo) aspectos claramente emanados de las condiciones en que se desenvuelve el modo de vida y trabajo de la población, población sin duda, pragmática e inmersa en el mundo cotidiano de lo seudoconcreto. Mundo desarticulado en esencia, que recibe la "totalidad" de una realidad a través de algo aparentemente inocente: el fármaco. Pero digamos, parafraseando a Alponte que la invasión del fármaco no descansa en el consumo desigual por las diferentes clases sociales, sino en la introducción del esquema de su totalidad en el esquema desarticulado del consumidor... nacional. El prestigio de las vitaminas y los antibióticos no descansa, tanto, en su eficacia pragmática real, sino en mucho mayor medida en su eficacia simbólica fetichista. Fetichismo que ensalza el "poderio" capitalista y sume en la "perplejidad" (alienación) mediados por la "lógica" desgarrante de la "normalidad". Poco a poco parecerá "normal" la desnutrición y "normal" el tratamiento (consumo) de preparados multivitamínicos y el uso indiscriminado de antibióticos, de sueros y soluciones, etc.. Claro la dialéctica de la "perplejidad" se volverá carnal ante la dura cabeza de los hechos; tanto poderio fue incapaz de acabar con la desnutrición, que aunque sea "normal" también lo "normal" es que la medicina del capital la erradique. Ello cuanto más si lo ubicamos en el contexto "desarrollista" del evolucionismos social, esgrimiendo con tanto empeño en la década de los 40's y 50's.

Después de esto interesó,no tanto la recuperación física ni el problema de la letalidad sino la relación entre desnutrición y desarrollo psicológico, relación interesante para estos médicos cuando justo el paradigma biomolecular mostró una realidad más compleja que la sustentada e el solo discurso de la ciencia natural, y lo mostró porque ni vitaminas, ni antibióticos, ni soluciones podían ofrecer alternativas más allá de la opción curativa hospitalaria, para acabar con la desnutrición.

Era consecuente pensar: sí se reciben en el hospital los casos conspicuos del daño desnutricional, y si la etiología no puede ser únicamente biológica, entonces allá donde viven los desnutridos debe haber algo digno de investigación que explique más globalmente porque se genera el padecimiento.

Según Cravioto (191) el asunto se presentó así: se requería contestar la pregunta lógica ¿a que edad empieza la desnutrición? nótese la preocupación por empezar a preguntarse a que edad. Cuando podía haber empezado por preguntarse ¿porque es frecuente la desnutrición en el área rural? y podía haberlo hecho por lo siguiente:

1o. Ya se conocía que la desnutrición era cuasi privativa de la infancia
2o. Ya se conocía la etiolgía inmediata: deficiencia de alimentos
3o. Ya se conocía que era en el área rural donde era más frecuente.

Analícese la siguiente cita para reafirmar lo anterior: "Se requería un estudio longitudinal de niños en alguna comunidad rural en las que la desnutrición fuera frecuente"(192). Esto según Cravioto para responder a la pregunta ¿a que edad comienza la desnutrición? En realidad la investigación en esta etapa se realozó para conocer lo que el mismo Cravioto señala como "la etiología a nivel comunal". Sin embargo obsérvese que la pregunta de Cravioto no guarda relación lógica con el tema: preguntarse por la edad en que empieza la desnutrición, con la etiología a nivel comunal.

El caso fue que de manera insensible la investigación fué enfatizándose del plano biológico al social y las variables psicológicas y económicas empezaron a ser consideradas con cierta amplitud en los estudios sobre desnutrición. Esto se verificaba a finales de los 50's -que representa el período en que la sustitución de importaciones rebasaba el momento "fácil"- y en tanto hacia principio de los 60's se imprimió el giro de la investigación pasándose del área urbana clínico-hospitalaria al área rural-epidemiológica.

Con los estudios rural epidemiológicos parecía que el modelo médico hegemónico deseaba vehementemente abordar el estudio de lo social en desnutrición. Pradójicamente, justo entonces, se inición una plena escición entre lo biológico y lo social, es decir, a finales de los 50 en México.

1.14 PLENA ESCICION ENTRE LO BIOLOGICO Y LO SOCIAL, EL PAPEL DEL ESTADO Y DE LA INVESTIGACION.

La intensidad de la investigación biomolecular no se canceló en forma alguna por el hecho de ampliarse la investigación "social" que incorporó variables psicológicas y socioeconómicas en el estudio de la desnutrición. El giro fué antes que nada cualitativo.

De los equipos fundamentales de investigadores (uno formado por Gómez, Galván, Cravioto, Frenk, etc.; otro integrado por Zubirán, y Chávez) el primero profundizó en los estudios biomoleculares de la desnutrición con más entusiasmo destacándose en este grupo Cravioto en el campo de estudios psicométricos; el segundo, con apoyo directo y apremios estatales, se extendión en estudios socioeconómicos privilegiando las variables: ambiente, educación y cultura. Remarcábase con especial interés el famoso circulo vicioso de pobreza-baja productividad-mala alimentación-pobreza... La repercusión entre ambos equipos potenciaron sin embargo, la escición entre lo bológico y lo social. A pesar de las aparentes inclinaciones un tanto divergentes ambos en realidad sotenían las mismas bases conceptuales y metodológicas en sus estudios, el aspecto político la variable unificadora. Por otra parte la separación de áreas investigativas nunca estuvo tajantemente establecida de hecho a la larga la variable política orilló al grupo Gómez, Galván, Cravioto a incursionar en la línea de investigación que el Estado definió prioritario, aquellas que desarrollaban preferentemente el grupo Zubirán-Chávez: Estudios ambientales (193).

Veamos ahora la tesis de que precisamente cuando mayor interés se empezó a mostrar por los estudios de tipo "social", cuando según Cravioto se quería conocer la etiología de la desnutrición a nivel comunal, su escición con lo biológico fué plena. De un lado la investigación biomolecular subordinó a la clínica, como dice Menéndez, descalificándola. El uso intensivo del laboratorio significó el abandono paulatino de la clínica estricta, ello supuso una resuelta actitud "laboratorista" en los médicos inclinados a establecer un disgnóstico siempre presuntivo que solo el dato del laboratorio confirmaría. En continuidad se contribuía a la no percepción clínica de la desnutrición. Cuestión que desde temprano llamó la atención de los propios investigadores. Se decía que los médicos no valorizaban los datos clínicos evidentes para establecer el disgnóstico de desnutrición.

Deficiencias en la enseñanza escolarizada se tomaron como factor explicativo inmediato. Más adelante se llegó a la consideración de que la endemia del padecimiento fijó la idea "de normalidad", es decir, por ser tan común.

Convengamos que estos factores resultan en alguna medida explicativos. Pero incursionando en e proceso tendremos que acotar el papel determinante en última instancia del nivel económico productivo: "las necesidades de la reproducción ampliada y de la apropiación de plusvalía a través de la producción y venta de drogas y fármacos (para investigación y atención), y de equipos (para investigación y atención) constituyen necesidades funcionales del sistema capitalista" (194).

Que la investigación biomolecular fué determinante en la vinculación medicina-productividad-plusvalía lo prueba el hecho de que los principales utilitarios y difusores del saber alcanzado por la investigación médica han sido las empresas químico-farmacéutica y las empresas procesadoras de alimentos artificiales (caso más conocido la Nestlé). Que los agentes más dinámicos para realizar la comercialización de los productos han sido los médicos y el Estado también es un hecho conocido. Hugo Mercer (195) planteó la tesis de que existe un circuito que va de la industria químico farmacéutica a la propagandización, comercialización y formación médica pragmática para garantizar el consumo de los productos por la población. Chávez en 1965 (196) hacía ver la importancia del médico como transmisor efectivo del saber nutricional, aunque mejor dicho la mayoría de las veces transmisor de un saber desnutricional. Menéndez (197) en sus estudios en Yucatán muestra como el médico "enseña" a la población indígena el consumo de la medicina capitalista.

Las consecuencias de esta práctica han sido la generación de un saber sintetizado en los caracteres básicos del modelo médico: biologismo, ahistoricidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y para el caso que estudiamos un claro reconocimiento-desconocimiento de lo social en la desnutrición potenciando la escición que formula Menéndez entre lo biológico y lo social.

Por lo anterior se entiende que la investigación relativa a desnutrición-nutrición pretendiendo involucrar las variables socioeconómicas y psicológicas al ser estas reducidas al ambiente educación, cultura y conducta observables constituyó la forma de reconocer/desconocer lo social. Una revisión de las principales investigaciones efectuadas por el HIM durante la década de los 60's (198; cuadro 12) confirman la aseveración. En efecto el tratamiento dado a la variable socioeconómica hace reacer el peso de su causalidad a través de indicadores relacionados con el ingreso, la ocupacin, la educación y la cultura, para rematar al fin proponiendo medidas educacionales e higiénicas tendientes a contrarrestar la desnutrición endémica en la país. Esto era lo que desde 1941 el Dr. Rafael Rojas (199) proponía. Se desprende de las investigaciones efectuadas que al Estado correspondería garantizar el desarrollo social a travpes de políticas productivistas y distributivas. Los médicos deberían ser los agentes técnicos aplicativos sin exceder el rol predestinado. Los médicos paradójicamente, en el momento mismo en que la escición entre lo biológico y lo social fué plena, adquirirían tal conciencia de su rol que en lo sucesivo formularán de manera novedosa aquel añejo problema de no involucrar la ciencia con las "cosas políticas", lo que Menéndez expresa de que los médicos asumieron lo ideológico como opuesto a la eficacia positiva de la práctica científica (200).

Empero al realizarse la escición que venimos señalando, los médicos ya no asumirían más lo político-ideológico como opuesto a la eficacia positiva, al contrario, en la década de los 60 se empezó a manejar el criterio de que se debía considerar la eficacia "como necesidad política y no solo como objetivo de la técnica" (201) Es decir, se formulaba la idea de considerar lo político como necesario para garantizar la eficacia de la ciencia médica. ¿porque se presentaba este giro? Son varias las razones. Por un lado, la escisión plena entre lo biológico y social se dió porque lo social se reconoció-desconoció justamente por la ingerencia acusadísima del Estado como administrador de la salud, incluídos una alta proporción de médicos en tal administración, o sea, cantidad mayúscu

la de éstos se convierten en asalariados directos del Estado. -- Por otro lado, la visión de considerar lo político se columbra - en la convulsiva década de los 60's: triunfo de la Revolución Cubana, auge de los movimientos populares (68 mexicano), crisis económica generalizada, contínuo incremento en los costos de la atención médica, etc. En este contexto "lo político" se incorporó en el campo médico cuando el Modelo económico mostraba todos los síntomas de su deterioro y agotamiento. Pero anotemos que se incorporó bajo la lógica socorrida de reconocerlo/desconocerlo al - tratarlo con los criterios utilitarios y pragmáticos del capitalismo. Como dice Sánchez Vázquez:"tratando de satisfacer las aspiraciones 'prácticas' del hombre común y corriente se desarrolla, a veces,desde el poder,una labor encaminada a deformar,castrar o vaciar su conciencia política.Esta labor tiende,al parecer,a incorporar a este hombre común en la vida política,pero a condición de que se interese exclusivamente por los aspectos'prácticos' de ella..."(202)

En mayor o menor medida la intelectualidad médica dedicada al -- estudio de la desnutrición incorporó lo "político" pero a condición de interesarse por los aspectos "prácticos" de ello.Considerese la siguiente cita para evaluar lo anterior.Para delinear perfiles de investigación se dice:

> "Criterio No. 6: Aceptación política,a manera de no implicarse en temas del tipo de ¿ cómo fomentar una revolución en un país con ingresos muy asimétricos? Es mejor plantear preguntas del tipo¿ cuál es el efecto nutricional de la política - actual de precios o cuál sería el efecto nutricional de una- política de subsidio familiar directo? (203)

Con recomendaciones de este tipo no sabe uno si elogiar la claridad ideológico-política de nuestros investigadores o recriminar - su cinismo.
En fin,como asalariados directos del Estado representa una exigencia en la carrera profesional del médico estar y no estar involucrado en lo político,muy lejos quedaba la vieja preocupación de - los socios de la Academia Nacional de Medicina,de los 60's en adelante la disyuntiva se vuelca hacia el polo lastimoso de no -- estar fuera de las "cosas políticas"...estatales por supuesto.
Y a medida que el sentimiento de comunión entre médicos y Estado- se profundizaba,paulatina e inversamente el saber generado sobre- desnutrición decaía en cuanto a originalidad y eficacia positiva. La repetición,la copia,lo absurdo en los temas de investigación - se volvieron la regla. El discurso orientado a la solución espectacular de la letalidad de la desnutrición pronto no tuvo nada - que ofrecer ni a la población,ni al Estado en términos políticos. Sin duda esto fue el principal factor que originó la disgregación de los equipos de investigadores sustentados en el paradigma biomolecular, Tal vez en el campo del estudio de la desnutrición los- efectos del agotamiento de aquel paradigma se manifiestan con excesiva claridad. Ello por la simple razón de que la desnutrición- pese a lo intensivo de su estudio siguó con altas tasas de mortalidad y morbilidad e incluso incrementándose con las crisis económicas,

Sin embargo, no por esto se trastocó la continuidad investigación--biológica-práctica médica-producción.Multitud de mecanismos empresariales de la IQF han manipulado la investigación para justificar la producción de "nuevos" fármacos,fórmulas mejoradas,innovaciones terapeúticas que han controlado el saber terapeútico sobre desnutrición sometiendolo al uso constante de antibióticos nuevos,de fórmulas alimenticias más sofisticadas para atender problemas capaces de producir desnutrición secundaria cuya causa es otra enfermedad de base generada a su vez por la nueva modalidad social-productiva,por ejemplo el cáncer y demás enfermedades degenerativas.

En otro sentido la formación del médico ha seguido sosteniendo el circuito que refiere Hugo Mercer,para nuestro caso,por ejemplo se sabe que la receta-venta-consumo de vitaminas sigue como si nada hubieran dicho los investigadores en la década de los 50's "no es necesario el uso de preparados multivitamínicos" ,vana recomendación pues hasta 1976 la venta de vitaminas representaba el segundo lugar en los 10 medicamentos más vendidos.(204)

El Estado no se ha quedado atrás para dinamizar el mencionado circuito,en nuestro caso se ha convertido en el mayor comprador de leches industrializadas (205) Con el pretexto de los programas denominados de "alimentación complementaria" el Estado a beneficiado más las empresas trasnacionales productoras de alimentos industrializados que a la población denominada "objetivo".

En 1966 Chávez expresaba "...se están produciendo algunos alimentos a base de proteinas vegetales,investigandos especialmente para la prevención de la desnutrición infantil, y de hecho su uso en programas de alimentación popular...no es debido más que al interés comercial de los productores..."(206)

Es cierto que Chávez señalaba la separación de la labor científica de los investigadores del uso distorsionado que el interés comercial le dió a sus resultados "ya que - dice Chávez - el propósito para el que fueron elaborados por los especialistas de nutrición, no-

es el sustituir la leche que consumen los niños sanos" sustituirla - por preparados comerciales -concluye Chávez- tal como lo pretende - el desmedido interés comercial.

Con lo anterior puntualizemos que de ningún modo se crea que todos - los investigadores,aún estando bajo la férula del Estadp,actúen intencionadamente investigando para mantener el ciclo medicina-productividad ni tampoco intencionadamente para reforzar un discurso ideológico y político decididamente reaccionario . No, la mayoría actua viviendo como dice Kaplan "en una contradicción permanente entre su papel creativo,que reivindica la iniciativa humana y el cambio,y su sometimiento a sistemas que tienden a la perfección cerrada y estática y al endurecimiento conservador. Esta contradicción es vivida confusamente por investigadores e innovadores" (207) A esta se sometían por ejemplo- los miembros más preclaros y romáticamente liberales de la antigua - Academia Nacional de Medicina de México,claro,los actuales tienden a romperla sobre todo en las épocas de crisis políticas y tienden a romperla a favor del Estado. Exactamente como lo hizo Jiménez al romper- con Barreda a favor de Maximiliano e igualmente como lo hizo Abad y - Queipo al asesinar a Hidalgo. Es dice Gramsci el problema de la unidad del bloque hegemónico-histórico. Pero aún así el control de los - intelectuales por parte del Estado no debe rebasar ciertos límites,los límites inefables de la relativa autonomía de la labor intelectual.Al Estado mismo le molesta el burdo discurso del vil subordinado.Aún más dice otra vez Gramsci los intelectuales deben conservar cierta autonomía que les permite convertirese en la "autoconciencia" de la clase hegemónica.(208)

El hecho de que Chávez -y otros- critique el "interés comercial" en - aras de la ciencia es indicativo de cierta autonomía que a su vez se- verá constreñida en sus propios límites estructurales.Es decir,el poder ejercido por la clase hegemónica a través de abiertos o sutiles - mecanismos terminará por integrar al científico y a la ciencia en el- engranaje triturador de su empuje. Y esto puede ser comprendido o no,

o bien ser conciente o inconcientemente aceptado por el científico. Pero también de suyo se entiende que la situación de asalariado ,- sea del Estado cuanto más si de empresas privadas,de entrada impone reglas específicas a su labor de investigación. Labor que contradictoriamente exige el máximo de"honestidad intelectual". Ahora que,la división social y técnica del trabajo sirve de coartada salvadora - para asimilar la contradicción. Asimilación que la ideología volverá operativa en el plano de la práctica. Por eso dice Chávez que lo elaborado por los especialistas en nutrición-desnutrición es "ajeno" al uso distorsionado que le dá el "interés comercial",como quien dice es harina de otro costal..Para redondear el cuadro el poder supraclasista que el Estado aparenta poseer y aplicar para mantener el - "equilibrio" entre las partes del todo social, permitirá hacer sentir al científico que bajo la férula del Estado labora que puede -- hasta cierto punto proporcionar elementos científicos,objetivos y - críticos,capaces de afectar por ejemplo el desmedido "interés comercial# ello en aras de mantener el equilibrio entre las partes. Y en verdad sus planteamientos revestidos de cientificismo pueden llamar a la conciencia de la clase hegemónica (autoconciencia pues) para - que combine mejor,consenso con represión.

Ciertas posiciones criticas de los científicos que en apariencia lo afectarían políticamente en realidad constituyen el espacio elástico donde su labor se inviste de relativa autonomía. Esto permite - mantener en sus límites la contradicción vivida confusamente por - los especialistas investigadores. Por supuesto habrá quienes la rompan haciendo efectivamente ciencia pero asumirán necesariamente las consecuencia políticas. Desafortunadamente son los menos,hasta ahora. Volviendo a Chávez comprobemos que su preocupación contra el "interés"comercial" bordó a fin de cuentas en el vacio,terminando por ser triturada por el engranaje capitalista:

"En 1977,en el Seguro Social se atendieron 461 520 partos. Si con base en los datos anteriores calculamos que un 30%

de las mujeres atendidas demandaron una dotación de le - che por espacio de 6 meses, y que el precio de esta fuemenor en un 30% al vigente en el mercado,tenemos que elgasto en leches en polvo para 1977 fue de alrededor de - 314 millones de pesos(poco más de 13.5 millones de dólares),lo cual probablemente haría del IMSS el cliente más importante de las grandes compañías productoras de leche en toda latinoamérica y quizás en el mundo entero"(209)

En suma, concluyamos que la articualción entre investigación y el papel del Estado han sido fundamentales para asegurar la continuidad potenciada de los caracteres básicos del modelo médico capitalista,plenamente institucionalizado en México en la década de los 40's. Los caracteres del MM son fácilmente identificables en el - estudio de la desnutrición,de suerte que,al analizar el SMD generado podemos observar como la estructura misma del modelo de acumulación económica implantado desde aquella década se sintetiza - eficientemente en la estructura del saber médico sobre desnutrición.

1.15. AGOTAMIENTO DEL MODELO DE ACUMULACION; AGOTAMIENTO DEL MM BIOLOGISTA Y LA BUSQUEDA DE LA ETIOLOGIA A-NIVEL COMUNAL DE LA DESNUTRICION.

Hacia los 60's,como he mencionado,fueron notorios los síntomas de agotamiento de un modelo de acumulación implantado en los 40's y subordinado a la importación creciente de tecnología y bienes de capital. Pasado el período "fácil" de sustitución de importaciones y relativa industrialización del país, basada en la extracción de-excedentes agricolas,una profunda crisis económica y política amenazaba con resquebrajar no sólo el modelo de acumulación sino la -

alianza entre la burguesía industrial y la burguesía agrícola(210). El problema inmediato que se vislumbraba era justo el de "modificar drásticamente el patrón de acumulación seguido por el país..."(211) Y en ello iba de por medio el papel que la agricultura debía seguir cumpliendo.El problema de la reproducción a bajo costo de la fuerza de trabajo se dió de la mano con el ingente problema de la producción de alimentos baratos y del abastecimiento interno.

La producción agrícola que durante el período 1940-1950 había alcanzado altas tasas de crecimiento,aún cuando la inversión crediticia disminuyó en ese lapso,para los 60's la producción bajó abruptamente a una tasa de crecimiento del 4% (contra el 5.5% alcanzado en 1940-1950) aún cuando la inversión crediticia aumentó inicialmente en los 60's pero luego disminuyó continuamente(212) A partir de entonces la producción agrícola mostró aguda crisis sobre todo desde el trienio-1965-1967 (213) Los productos que más vieron afectados su crecimiento fueron los considerados de consumo popular como el maíz y el frijol. La ganadería y los productos forrajeros en cambio pasaron a ocupar altas tasas de crecimiento.

Diversas hipótesis se han esgrimido para explicar las causas básicas de la crisis agrícola. Algunos sostienen que la prioridad asignada a la industrialización a costa de una agricultura comercial de exportación produjo a la larga agudos desequilibrios en el campo. Otros sostienen que durante la década de los 60's no se puede hablar de una intensificación en la producción exportadora y que luego ésta haya dado lugar a la crisis productiva (214) de hecho se plantea que la exportación de productos agrícolas clásicos (café,caña de azúcar y algodón) tendieron a la baja. Pero por otra parte se señala que la superficie cultivada se estancó durante toda la década de los 60's. Luego el crédito bajó del 17% al 9% (215)

Lo cierto es que la producción agrícoal general disminuyó y México se transformó de exportador a importador neto de alimentos.Importación que jamás logró cubrir las demandas internas.

En cuanto al cambio en la orientación productiva ésta estuvo determinada por la creciente penetración de la agroindustria trasnacional procesadora de alimentos balanceados destinados a la producción pecuaria (aves y cerdos para engorda y postura) los cuales alcanzaron mayores tasas de crecimiento. Se estima que esta situación cambió la relación tradicional entre empresa trasnacional de plantaciones bajo control a una "Cuasintegración de la agricultura bajo forma de contratos de los productores con las filiales de multinacionales orientadas a vender alimentos transformados para los mercados internos y/o hacia la exportación.Se trata entonces de una subordinación indirecta al capital y de este modo los productores autónomos,ya sea minifundistas de la agricultura tradicional o empresarios pequeños y medianos,se transforman,no escuetamente en asalariados pero si en asalariados a trato o tarea de los complejos agroindutriales de transformación o distribución de los alimentos procesados"(216)

Finalmente señalemos que durante los 60's existieron manifestaciones políticas en todo el ámbito nacional.

Parece suficiente entonces que la prioridad asignada a la industria desde los 40's,el estancamiento de la superficie cultivada durante los 60's,la penetración y dominio de la agroindustria trasnacional, así como la baja en los créditos agrícolas, y los movimientos políticos en el campo, explican en conjunto la crisis sostenida.

Su impacto aunque fue a toda la población trabajadora del país recayó con mayor fuerza en la población campesina. Por ejemplo se menciona que :

> "la disparidad entre el ingreso promedio de las actividades agrícolas y no agrícolas llegó a ser casi de 1 a 6.Por ejemplo,en 1960 únicamente 8% de las familias rurales tenian un ingreso superior a mil pesos mensuales,mientras que en los centros urbanos la proporción era de 35%"(217)

Luego si vemos que la fuerza de trabajo empleada en las actividades

agricolas disminuyó pasando del 70% en 1950 a 50% en 1970(218) y se calcula además que el tiempo promedio de días trabajados por campesinos era de 100 días al año(219) luego sumemos una fuerte concentración económica y productiva (0.5% de los predios agrícolas contribuían con el 32% de la producción total) (220) podemos entonces redondear el cuadro explicativo de la crisis en el campo.

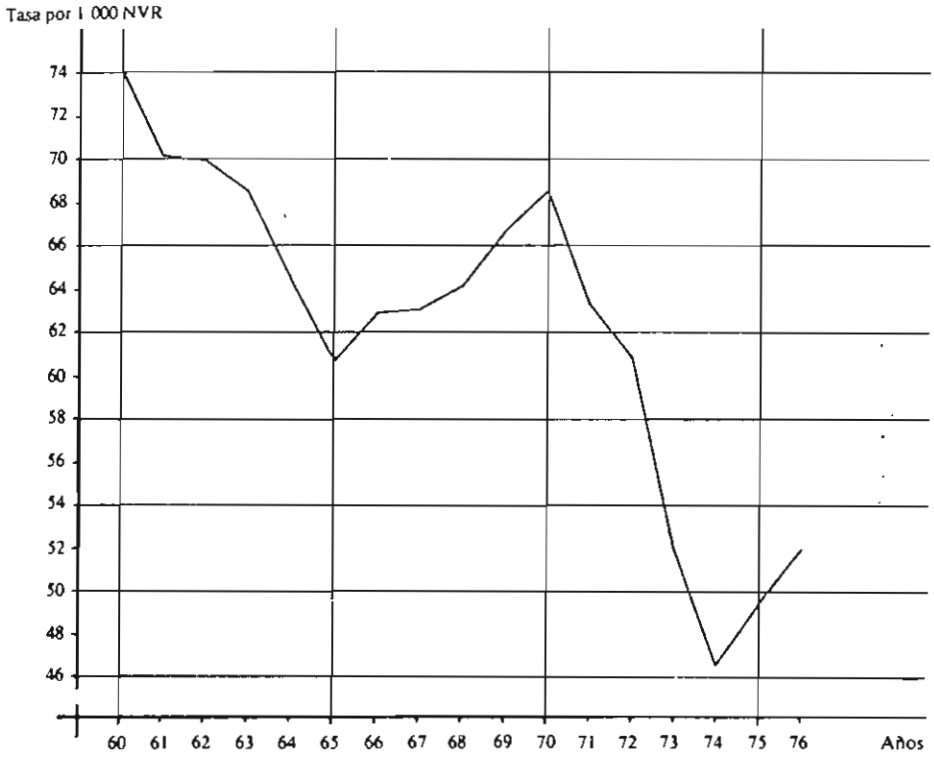
El Estado recurrió a préstamos externos pretendiendo afrontar la crisis,agravada además por el descenso de la inversión privada en la producción industrial(221),pero los préstamos provocaron un déficita crónico en la balanza de pagos del país con el exterior.

A la crisis y por la crisis contribuyeron también la cantidad de movimeitnos políticos estallados desde finales de la década anterior (1958-1959 ferrocarrileros,magisterio,electricistas,etc.)en algo influidos por el triunfo de la revolución cubana pero sin duda las condiciones internas del país eran lo suficientemente críticas para desatar el furor de las clases trabajadoras.Los movimientos en el área urbana parecieron más explosivos y relativamente más organizados que los brotes regionalizados de los movimientos en el campo,pero como dice Bartra (222) representaron uno de los signos definitorios de la crisis agrícola sostenida.

Ante la crisis polítca la vocación represiva del Estado no se hizo esperar y combinando represión con hábiles maniobras políticas supo ésta controlar los movimientos impidiendo mayores avances (223)

Pues bien,en ese contexto,como siempre,las tasas de mortalidad se elevaron sobre todo en la segunda mitad de la dédada de los 60's justo cuando la producción agrícola mostró toda la agudeza.de la crisis.Por supuesto el grupo infantil fué el más atacado sufriendo los embates del capital. Su mortalidad pasó de 61 por 1000 NVR (con un considerable subregistro) en 1965 a 68 por 1000 en 1970.Las alzas más claras se ven justo desde el año de 1968. En cuanto a desnutrición ,la cual venimos infiriendo por las tasas de mortalidad por avitaminosis,se elevó de nuevo su mortalidad tal como más adelante veremos. (al respecto véase la gráfica 2)

GRAFICA 3.9
MORTALIDAD INFANTIL EN MEXICO, 1960-1976

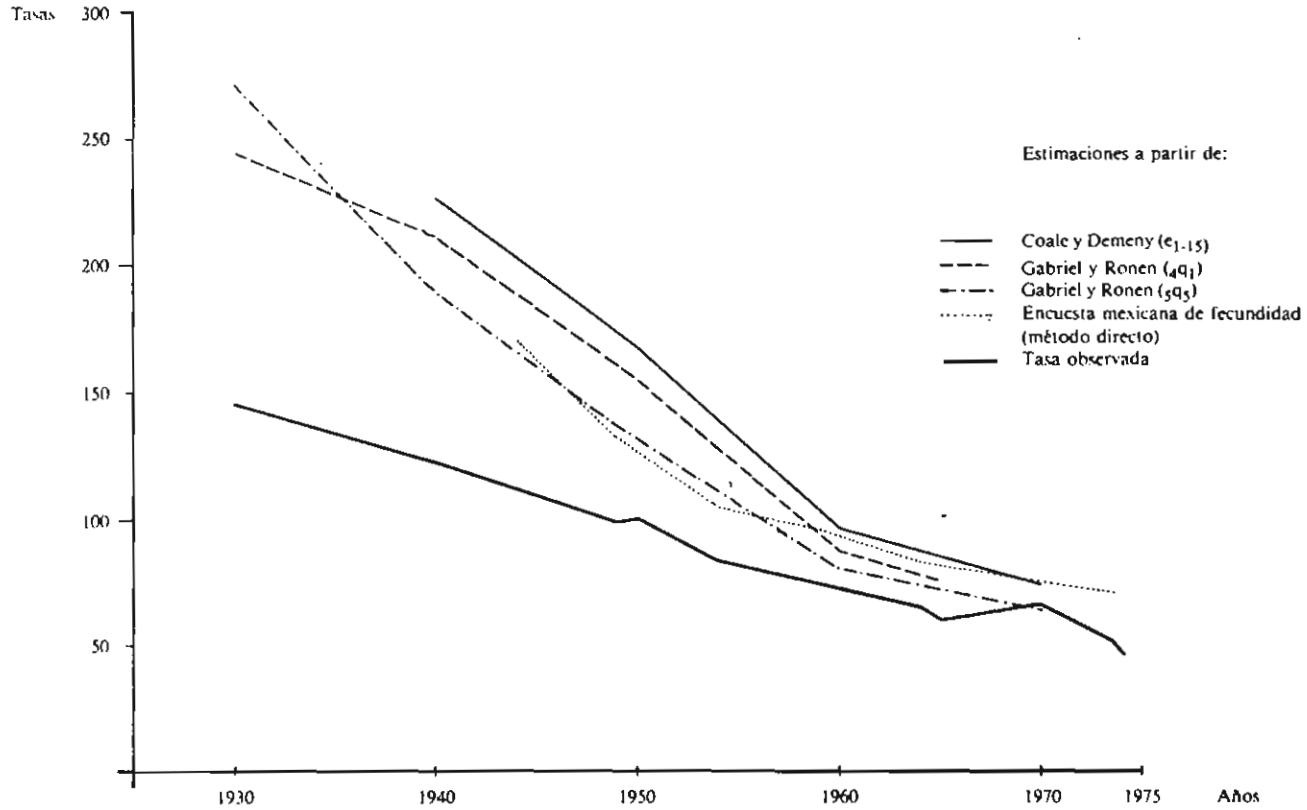


FUENTE: DGE/SPP, *Los niveles de mortalidad en México 1960-1974*, México, 1978. Para los años 1975 y 1976, SPP, *Cuaderno de información oportuna del sector salud*. 2, México, 1981.

cas vitales para el periodo 1941-1959, muestra que la tasa calculada con la primera fuente se eleva a 50.60 por 1 000 nacimientos, mientras que con las estadísticas vitales se estima en 32.88. Las diferencias son menores en las tasas de mortalidad posneonatal (61.64 según la EMF y 59.69 en las estadisticas vitales) (A. Mina, 1981).

Por otra parte, el estudio realizado por la Dirección General de Estadística en el municipio de Mazatepec, Morelos, arrojó los siguientes resultados: la TMI alcanza un valor en 1975 de 78.3 defunciones por mil, cuando según el registro en dicho municipio la tasa era de 9.9 por mil. En otro estudio de caso, realizado en Ixtilco el Grande, Morelos, por el Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se detectó un subregistro de defunciones del 83%, encontrándose las cifras más elevadas de subregistro en los menores de cinco años, grupo del que el registro oficial captó 10% de los casos ocurridos (J.L. Canales *et al.*, 1980). Como puede observarse, el conjunto de las estimaciones directas o indirectas de los niveles de la mortalidad infantil muestran que, en México, el registro de las defunciones infantiles es incompleto. Este subregistro hace aparecer una situación más favorable de la que se da en la realidad. Sin

GRAFICA 3.10
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL OBSERVADA Y ESTIMADAS, 1930-1975



FUENTE: Cuadro 3 de M.A. Aguirre y C. Campos Ortega, "Evaluación de la información básica sobre mortalidad infantil en México", en *Demografía y Economía*, vol. XIV, núm. 44.

embargo,
La des
días) y po
países con
tiene dent
ocurridas
fantil y la
vida (24%
dida que a
Con la
seleccion
mayor qu
8.3.7). Co
muestra q
mortalidad
tiene la pr
satisfacen
La estan
tes evitable
servado en
bronquitis
nutricional
(principalm
lidad perin
de la aten
patológica
funciones
Un indi
terno-infa
de mortali
mortalida
De acu
de las 44
ber sido e
oportuno
mas surgi
cal y plac
dependien
fetales, p
ción obst
La com
desarrolla

[3] La tasa
numerador
el denomina
de estadistic
E. Díaz del

Las principales causas de mortalidad siguieron siendo las mismas de 1950 (neumonias y gastroenteritis). Desagregando la mortalidad por entidades federativas del país se observan agudos contrastres obteniéndose tasas más altas para aquellos estados ruralizados vgr. las del sur (Oaxaca, Chiapas). Luego si atendemos la presencia de la crisis agrícola debemos pensar que el sustrato necesario de la mortalidad sobre todo infantil debió ser la desnutrición (224) y claro con mayor impacto en el área rural, presa de tremendo desempleo, escasez de productos agrícolas -que aún cuando se importaban eran destinados al área urbana- y además recordemos que la proporción en el ingreso era tremendamente desfavorable al área rural.

El sustrato necesario de la mortalidad infantil -deciamos- - debió ser la desnutrición. A parte del estudio de Ramos Galván que hemos citado, se sucedieron multitud de estos por otros investigadores y aunque casi todos incursionaron obligadamente en los estudios epidemiológicos rurales debemos destacar que Chávez se manifiesta - como uno de los más especializados en este campo. Por otra parte - queremos hacer la siguiente acotación: estrictamente estudios en - el área rural de hecho se empezaron a efectuar desde la década de los 40's (en 1943 y 1944 se desarrollaron estudios en el Valle del Mezquital auspiciados por la Fundación Rockefeller (225) Pero su cantidad quedaba muy atrás de los estudios biomoleculares y fisiopatológicos, y clínicos incluso, ya que como decia Ramos Galván: "si hemos de hacer una buena epidemiología y una buena medicina sanitaria debemos conocer primero correctamente la patología en cuestión es decir la desnutrición" (226) Lo cual sin ninguna duda es enteramente correcto, pero ya hemos visto la preocupación de Chávez respecto al uso distorsionado que el "interés comercial" le dió al saber generado, es más, lo impulsó consecuentemente. Y ello sin empacho fue intenso en las décadas 40's y 50's. En tanto -hemos repetido- hacia los 60's menudearon los estudios epidemiológicos en el - área rural. Desafortunadamente no se cuenta con registros sistemáticos de la magnitud de la desnutrición durante ésta etapa, empero, los datos ofrecidos por los estudios regionales efectuados por los investigadores nacionales y extranjeros dan idea aproximada de la gran magnitud del padecimiento. Para satisfacer empero el prurito

empiricista contamos con los siguientes datos sobre mortalidad por avitaminosis: en 1961 se registró una tasa de 13.7 subiendo ligeramente en 1962 a 14.0, luego en 1963 se registro una tasa de 16.4 que subió a 17.5 en 1969.(227) Lo anterior puede explicar que en 1962 se fundara el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y que en 1969 se transformara en el Instituto Mexicano de Atención a la Infancia (IMAN). Los hechos se encuentran decididamente insertos en el lapso agudo de la crisis.

Y como hemos visto la situación era particularmente desastrosa en el campo, lo cual nos induce a pensar con sobrada razón que a partir de los 60's los estudios epidemiológicos a nivel rural, encaminados a la búsqueda de la etiología colectiva, acapararan el afán de los investigadores... empleados del Estado. Una revisión de las principales investigaciones efectuadas durante la década nos muestra claramente la orientación que hemos señalado (ver cuadro anexo, cita 187). La orientación coincidía con las frecuentes críticas que el MM hospitalario, curativo, biologista, etc., empezó a recibir como reflejo ineluctable de su crisis y de agotamiento como modelo prioritario y hegemónico. Las críticas primeras brotaron de la propia intelectualidad médica con problemas económicos y sociales derivados de la crisis generalizada, ejemplo en México el movimiento médico de 1964-1965.

A nivel mundial también se sucedieron, ejemplo clásico el 68 francés. Ahora bien, nosotros pensamos que si bien -como dice Menéndez- el Modelo Médico mostró sus límites en parte por sus efectos negativos, por la pérdida de su eficacia sobre todo aplicativa, y que si bien sobre estas bases sus detractores iniciales fueron médicos, no creemos que estos factores hayan incidido gravemente sobre la población-paciente de forma que fuera capaz de conformar una crítica más o menos organizada sobre la poca eficacia aplicativa del MM. Empero no con ello queremos decir que efectivamente los médicos -e incluso el propio MM como tal- no hayan contribuido al cuestionamiento de la eficacia del Modelo. Pero también creemos que en gran medida el cuestionamiento que, durante los 60's y los 70's se ha hecho al MM a buscado en contraparte generar otro discurso modernizado para al fin y al cabo seguir manteniéndolo.

El asunto lo vemos así: Tomemos para el caso el consumo y eficacia del fármaco. Se concibe que el fármaco posee una cierta dosis de eficacia real y otra de eficacia simbólica. Con el pretexto de que la eficacia simbólica ha sido estudiada pensando que esta actúa bajo reminiscencias de la "medicina tradicional" se ha pretendido, en contraparte, objetar que tal eficacia se exagera argumentándose que la medicina tradicional se ha perdido por gran parte de la población que en efecto tiene acceso a la medicina del capital, esto es, la población urbana. Empero, señala Menéndez, "el análisis de las relaciones de los conjuntos sociales con la técnica, con la máquina, con la propia práctica médica han cuestionado la imagen intelectual que pretende excluir de dichas relaciones dimensiones simbólicas inherentes a la producción de dichas reacciones". (228)

El uso del placebo, por ejemplo, de hecho se convierte por la medicina "científica" en una magia racionalizada, y que decir del uso de la tomografía axial computarizada -cuyo nombre ya induce imagenes al respecto- y cuya función es de un auxiliar diagnóstico pero que posee propiedades "mágico-curativas" sobre todo en la hipocondria del cáncer. Entonces cuando hablamos de eficacia simbólica nos referimos a las propiedades "mágicas" de la medicina del capital. Ahora bien, la eficacia real o simbólica en ocasiones en verdad se acompaña de un proceso contradictorio: el temor a la iatrogenia. Como diria Foucault no es más el temor al no saber, sino el propio saber al que teme la población. Sin embargo tendremos que destacar que el temor adquiere matices clasistas selectivos ya que no toda la población desarrolla o hace conciente tal temor. Aquí la cuestión depende de la aparición de conjuntos sociales con mayor acceso al saber médico y a la práctica y que sean capaces de cuestionarlos. Y si los cuestionan ¿de que forma, cómo y cuándo se establece el cuestionamiento? ¿se cuestiona todo el MM como ineficaz o iatrogénico y si es así a través de que vias se conforma y expresa? Digamos que quienes experimentan la ineficacia o iatrogenia del MM lo ubican pragmáticamente en una parte específica de este y en ocasiones reivindicando otra parcela del modelo. Esto no sólo la población lo hace sino los propios médicos y funcionarios del Estado. De modo que tal cuestionamiento pragmático y comparativo se asume como una de las formas en que el MM incluye su autocrítica. Lo an-

terior resulta más evidente si consideramos la inmersión del modelo en una sociedad estratificada que establece sumarias diferencias en la asistencia médica. Pero ¿porqué quienes cuentan con seguridad social (IMSS, ISSSTE) acuden al servicio privado? el hecho es muy conocido y se comprueba al observar que casi todo paciente realiza un "recorrido" por todas las partes del modelo. Y paradójicamente ahí donde recibe más lenitivos mágico-simbólicos es donde se estaciona. Para criticar a las instituciones oficiales se dice que contribuyen el burocratismo, la despersonalización de la atención, la cosificación del paciente, la premura del tiempo dedicado a la consulta, etc. (consultar Luc Boltanski(229)) y por supuesto ineficacia curativa. Esta última ubicada en el contexto burocrático, etc., cae por su propio peso.

Bien pues, todo ello, es reconocido por una buena parte de los médicos principiando por aquella que ejerce simultáneamente en el sector privado y el institucional. Es sabido también que los médicos privados reciben su clientela de la práctica institucional, entonces ahí en la práctica privada, cuestionadora de la práctica institucional, es probable se realice el intercambio cuestionador a gran nivel de entendimiento puesto que el paciente goza de las prerrogativas de preguntar, exigir tiempo, relación personalizada, etc. en su atención. Ahora, si el médico participa en el cuestionamiento tendremos que recordar -como dice Hugo Mercer- como el médico es formado, es decir, el educador que a su vez es educado. La relación que formula Mercer es a grandes rasgos: producción-comercialización-propaganda-formación del médico. Formación que se realiza según Mercer de manera pragmática e influenciada por un criterio comercial que embota al médico con rutilante propaganda revestida de drilles cientificistas ante la cual este médico "no esta en condiciones de juctipicar racionalmente las afirmaciones de las empresas farmacéuticas"(230) Veamos empero como es presentada en concreto tal propaganda, se observa claramente que la eficacia de un fármaco se establece en comparación con otro fármaco nocivo o ineficaz y al que intenta el anunciado desplazar del mercado. Este modelo de propagandización al ser retomado integra e irreflexivamente por el médico es transmitido de igual forma a la población-paciente. Paradójicamente el "T" contribuye por su carácter comercialista y competitivo

a cuestionar comparativamente al interior, su eficacia.

Hasta ahora vemos sólo el mecanismo probable del cuestionamiento interno del MM. A partir de los límites contradictorios de la supuesta pérdida de su eficacia aplicativa. Pero nosotros sostenemos que tal mecanismo no ha sido el definitorio en términos globales para incidir en la crítica apabullante que el modelo ha recibido, sobre todo en las décadas de los 60's y los 70's. ¿Entonces por dónde se ha formulado la crítica más acerba?

Realizamos una investigación en una población de Saltillo, Coahuila, en 1980, y a la pregunta de porqué se aceptaba la construcción de un Centro de Salud de la SSA -en una población donde la mayoría cuenta con los servicios legales del IMSS- la respuesta fue que por su mayor accesibilidad (90 %) geográfica y además por las urgencias que pudieran presentarse. Luego a la pregunta de que si el servicio del Centro de Salud mejoraría sus condiciones de salud, la respuesta fue "bueno para cuando estemos enfermos si". Pero para no enfermarse, respondian, "lo mejor seria quitar los basureros, poner agua potable y drenaje público" sin embargo aceptaban ampliamente el centro de salud que se les iba a construir, "mejor si las medicinas van a ser más baratas".

Interesa señalar que quienes carecian del IMSS insistian más en la construcción del centro de salud, y estos asistian al servicio privado más cercano o al hospital universitario de Saltillo.

Conviene anotar también que la población se constituyó como comunidad después de una intensa movilización política y entendian muy bien que obtener los servicios de agua potable, drenaje, etc., representaba un serio problema, en cambio, si el Estado ofrecia un centro de salud bienvenido era. Cuanto más si iba a estar cerca (accesibilidad) y si las medicinas iban a ser más baratas.

Bien pues el asunto fue que nunca se cuestionó la eficacia o ineficacia aplicativa de las instituciones médicas mencionadas, lo que se cuestionaba, sin quitar el dedo del renglón, era la inaccesibilidad geográfica, la no cobertura de los servicios, el problema de las urgencias y el costo de los servicios. Al respecto se insistia en contar con la cobertura cercana del Centro de Salud. Al interrogar porqué?se encontró que la necesidad de contar con los servicios inmediatos tenia que ver con la necesidad de"desprenderse" del enfermo que representa en tales condiciones una verdadera "carga"

para la familia, menos en cuanto al aspecto monetario inmediato y mucho más respecto a la interferencia -"cuesta más trabajo"- de las actividades de trabajo de los restantes miembros de la familia incluidos mujeres y niños.

Además se referia "en el centro tendrian aparatos que a la mejor hacen más que nosotros" y aún el "que tal si lo curan".

En suma observamos que la eficacia aplicativa-curativa era poco cuestionada y lo importante en el cuestionamiento era la cobertura, la accesibilidad geográfica para los casos de urgencia, el costo de los medicamentos, etc. Con estos datos nos pareció congruente el concepto esgrimido desde los 60's de considerar a la eficacia no sólo como objetivo de la técnica sino como una necesidad política. Más claro queda al referirnos a las declaraciones vertidas por la OPS en la década, que razonaba; donde se puede medir la eficacia médica ciertamente es sobre la base del estudio de las tendencias en las curvas de morbimortalidad de una población pero "otra medida, menos objetiva, será la satisfacción de aspiraciones de la comunidad. A pesar del fuerte componente subjetivo y emocional de este indicador, suele ser el elemento más decisivo como medida de eficacia"(231) y según ellos las aspiraciones -de cubrimiento de necesidades sentidas- son las causantes cuando se exageran o sufren distorsiones de la formación de grupos de presión de cierto poder político. La necesidad de contar con la cobertura de servicios de salud es por tanto generadora de conflictos políticos, y no es en realidad la "salud" lo discutido pues "nadie disiente por ejemplo lo deseable que es tener salud... las controversias se trasladan a la consideración de los medios para hacer posible los estados de salud deseados".(232)

La "salud" desde este punto de vista es una categoria de valor a nivel universal y no conlleva en si misma conflictos políticos, los medios para alcanzarla son, ellos si, elementos generadores de conflictos y confrontación de intereses. Es entonces en los medios (medicamentos, equipos, insumos, cobertura, etc.) donde se traslada toda discusión.

Bien mirado el asunto, basados en la"necesidad" manifiesta de las clases subalternas, ha sido la cobertura, los medicamentos más

baratos, el equipo "los aparatos que pueden hacer más que nosotros", quienes han llamado la atención tanto del Estado "benefactor" como de la izquierda refractaria que por años han reivindicado "más servicios de salud" a lo que Laurell llama la atención "o las demandas se formulan en función de una concepción poco elaborada de la relación entre lo social y el proceso salud/enfermedad, y se concretan en la simple búsqueda de más servicios médicos"(233). Al respecto no hay duda que el MM y el Estado capitalista han funcionalizado muy bien éstas demandas. De manera que el discurso de la "extensión de cobertura" ha cobrado visos de modernidad -no en el vacío sino apoyados por el pragmatismo de las clases subalternas y el mal concebido discurso izquierdizante- y en el caso que ahora nos concierne el Estado mexicano ha intentado a través de multitud de programas, extender la cobertura alimenticia a las áreas rurales del país. Programa conocido ha sido el de "alimentación complementaria" cuyo objetivo es prevenir la desnutrición infantil. Esta política fue respuesta temprana a las recomendaciones "científicas" hechas por investigadores nacionales y extranjeros.

Investigaciones que al decir de Cravioto(234) deben atender al criterio de aceptación política implicándose en preguntas de efecto pragmático reducidas a diseñar recomendaciones técnicas de medicina nutricional.

La extensión de cobertura, como discurso, ha embonado perfectamente con la eficacia política del MM y el carácter pragmático de la población y cierta izquierda. Pero además como dice Donnangelo(235) no es sólo la eficacia política la puesta en juego, puesto que en determinadas condiciones compatibles con la lógica de acumulación capitalista la expansión del consumo, vía servicios médicos extendidos resulta benéfica al capital sobre todo para reactivar el área químicofarmacéutica.

De múltiples maneras se intenta justificar "científicamente" la política de salud denominada extensión de cobertura. Cravioto, por ejemplo, llega a proponer que los criterios epidemiológicos tradicionales se ven modificados argumentando que la relación identificada entre pobreza igual a enfermedad se cancela al exten-

derse la cobertura médica a las "clases pobres". La demostración "objetiva", de este hecho, la realiza Cravioto al observar que en niños de diferentes clases socio-económicas, que padecían otitis media y otros trastornos auditivos, al ser atendidos oportunamente la frecuencia y gravedad del padecimiento se vuelve más baja y homogénea para las diversas clases. Con lo cual a fin de cuentas se deriva que a igual cobertura para todas las clases, se cancela la diferencia entre éstas. Singular conclusión ideológica revestida de cientificismo para intentar cancelar las diferencias de clase. Por supuesto coincidimos con Cravioto -hasta cierto punto- en su recomendación de extender la cobertura de salud para evitar por ejemplo, el aumento y gravedad de otitis media y otros trastornos auditivos en la población infantil, pero de aquí a que consideremos que con ello cancelamos la diferenciación clasista existe obviamente enorme trecho.

Respecto al problema de desnutrición infantil, "modernos" estudios epidemiológicos experimentales han pretendido dar la luz para resolverlo. Así se ha "demostrado" la prevención de la desnutrición a través de programas experimentales donde la variable principal es el aporte/consumo de leche, u otros alimentos ricos en proteinas, a cierta población infantil que luego es comparada longitudinalmente en su desarrollo con otra población infantil que no recibe el aporte/consumo de aquellos alimentos. Obviamente los resultados han indicado que el primer grupo de población se desarrolla aceptablemente sin padecer desnutrición. De esto han derivado cantidad de propuestas prácticas como la creación de unidades médicas en las áreas rurales o urbanas marginadas con el fin de detectar tempranamente la desnutrición infantil y evitar su avance. (236)

Estudios de tal naturaleza han campeado aquí y allá por toda latinoamérica sobre todo a partir de los 70's. El fracaso real ha sido evidente, empero ha servido de discurso político que el Estado y la intelectualidad médica cuestionadora del MT curativo, biologista, etc. retora en nueva perspectiva. Y no olvidemos que la propia población a asumido pragmáticamente esta perspectiva exigiendo sin más la extensión de los servicios médicos presionando y cuestionando desde esta óptica al MT.

En el contexto, la eficacia como objetivo político y no solamente como objetivo de la técnica devieno prioritaria, justo cuando el Estado asume resueltamente el enfrentamiento de una problemática de salud cuya obviedad "social" es del dominio cotidiano.

Ahora bien, por otro lado, en los 70's la dialéctica del SMD empieza por esclarecer sus contradicciones de desarrollo, de suerte que en la década se escuchan con singular insistencia cuestionamientos político-científicos encaminados a desestructurar la pseudoconcreción de la explicación "social" identificada con el pensamiento cotidiano. Grupos de investigadores inspirados en el materialismo histórico emergen como de un "colegio invisible" bajo el paradigma de reconstituir la dialéctica biológico-social del proceso salud/enfermedad. Particular presencia, sin ninguna duda, ha mantenido Cristina Laurell y el grupo de investigadores de la Maestria de Medicina Social de la Universidad Metropolitana, a los que debemos considerable influencia.

A partir de los 70's la investigación médica sufrió un giro cualitativo acercándonos a encontrar, en las investigaciones efectuadas por Marx en 1862, la clave para estudiar científicamente la desnutrición en su dialéctica biológica-social.

El giro, antes dicho, en la investigación cobró relativa fuerza cuando una nueva crisis azotó al país incidiendo en las tasas de mortalidad infantil a mediados de la década. En 1970 había alcanzado una tasa de 68 X 1000 N.V.R. descendiendo en 1974 hasta 47 X 1000 NVR, pero luego volvió a subir hasta llegar a 51.9 en 1976(237) Otro factor que puede explicar el relativo auge de la investigación marxista en salud depende de la política echeverrista de "apertura democrática" secuente al cruento episodio de 1968, y 1971.

Los mecanismos del poder estatal sin duda inducen a la escisión esquizofrénica que venimos padeciendo, ya que por un lado abre canales al libre ejercicio de la crítica teórica y por otro cierra los caminos de casi toda expresión práctica, que no sea la práctica política oficial dirigida por el partido revolucionario institucional.

En concreto entonces, en realidad, prevalece con increíble fuerza el discurso de la investigación estructural-funcionalista articulado arteramente con los circuitos "industrializadores de la salud". Discurso que en verdad es asimilado pragmáticamente por la intelectualidad médica reduciendolo al extremo, con tan mala suerte que la desnutrición por ejemplo sólo aparece registrada a través de estudios regionales epidemiológicos funcionalistas y casi en nada contribuye el médico genérico a través de la consulta clínica.

El médico genérico no percibe la desnutrición en su práctica cotidiana, por otro lado la población misma no alcanza a percibirla. Ambos entonces potencian la virtual negación del padecimiento. Contradictoriamente ambos saben que existe y todos han escuchado insistentemente de su gran magnitud, pero la reconocen a través del ojo avizor del libro, del artículo científico, del periódico y el panfleto denunciante. En un artificio mistificante se traslada al discurso una realidad propia como si fuera el discurso mismo el que contiene y padece la desnutrición. Médicos y población parecen incapaces de palparla en lo inmediato real, objetivo y concreto. Para ambos, la desnutrición existe pero allá, en el discurso que revela una sociedad externa a la materialidad del individuo, y es que el discurso cotidiano a fin de cuentas representa -dice Gramsci- al discurso cientificista que ha sido reducido y estereotipado por las clases subalternas, por eso -dice Portelli siguiendo a Gramsci- "El rol esencial de la filosofía en el seno del bloque histórico se manifiesta por su influencia sobre las concepciones del mundo propagadas entre las clases auxiliares y subalternas: el sentido común". (238)

El discurso cientificista dominante se esfuerza por hacer aparecer a la sociedad como algo externo que actúa sobre el individuo. Es decir la totalidad sobrevalorada por la parte o la parte desligada de la totalidad, en tanto la sociedad es concebida como totalidad. Clásico enfoque del estructural-funcionalismo, concepción tan cara a los investigadores oficiales. De forma que -como gusta decir Laurell- detrás de lo "social" en este enfoque se encubren fenómenos harto diferentes.

La reducción de lo social a través de este enfoque ha permitido - uno de los macanismos más eficaces para su virtual desconocimiento. Es difícil encontrar a un médico,a un estudiante de medicina,o a - un individuo común que no acepte la causalidad "social" de la desnutrición y no acepte se enorme magnitud. Todos la ubican preferentemente en el área rural.

Pero indágese lo "social" y se verá enseguida que prevalece el famoso círculo funcionalista de enfermedad-pobreza-enfermedad. Deformándose el concepto de lo social. La consecuencia más clara ha sido una plena escisión entre lo biológico y lo social de donde se nutre aquella esquizofrénica actitud que he referido en la introducción- de este trabajo.Escisión,que decia,se expresa en reconocer lo"social" en el discurso para desconocerlo en la práctica.El discurso,pues,- ha adquirido tal poder que es terrible escuchar cotidianamente los estragos que la desnutrición causa en nuestro país, y se repite -- tanto que parece no despertar ni conmover ya más las conciencias,- y es que todo parece ¡tan normal¡

TERCERA PARTE

A.- EL PROBLEMA DE LA PERCEPCION COTIDIANA DE LA DESNUTRICION POR LA CLASE OBRERA.

Ahondemos en ese todo parece tan normal para finalizar con este - trabajo de tesis.

Empezemos por preguntarnos ¿ por qué todo parece tan normal ? ¿ por qué la desnutrición se percibe/despercibe al considerarla normal - sobre todo el común de las clases subalternas ?

En primer lugar acotemos que es justamente porque la ideología de- la cotidianeidad se opone a la historia.A la historia,por ejemplo,- que hemos visto del SMD/N y con ello de la desnutrición misma.Historia que sin duda impone las condiciones de los sujetos en su actividad perceptiva de la realidad.Para el caso de nuestra sociedad ca -

pitalista la historia de su desarrollo económico,político e ideo - lógico marca los límites del horizonte perceptivo de lox cotidiano. Percibido como fatalidad,sin ser percibido como resultado de la historia y de la actividad social,lo cotidiano oprime,corrompe el deseo de lo esencialmente humano pero,también,en su dialéctica engrenda el gérmen del deseo en su comprensión científica-revolucionaria. Pero-tal comprensión no brota espontáneamente,de la misma manera que su-corrupción por el capital no lo hace. Tal comprensión requiere de - una reflexión acompañada de la acción práctica correspondiente.Pero como diría Lenin la práctica sin teoría es ciega. Es decir,aquella-reflexión debe de ser científicamente fundada,sólo de este modo po - drá ser revolucionaria.

La percepción de lo cotidiano requiere de una reflexión,científicamente fundada, que guie la actividad práctica cotidiana del revolucionario una vez comprendida. Ya decia Gramsci que toda revolución-requiere de la necesidad de elaborar una historia del sentido común. En este sentido es impresindible abordar ,aunque sea someramente,la de percepción de la realidad que las clases explotadas tienen y tratar de que en su análisis develemos los mecanismos que permiten en lo cotidiano la enajenación, su extrañamiento ante los procesos históricos que no logran percibirse en las relaciones sociales cotidianas.

La desnutrición sin duda pertenece al mundo cotidiano de las clases subalternas por esto es fáctible que analizando,explicando el proceso por el cual estas clases perciben la desnutrición nos acerquemos al estudio de la percepción de lo cotidiano en general.

———————— ⊕ ————————

Se ha dicho que la mayoría de los médicos,y personal de salud en general,raras veces establecen el diagnóstico de desnutrición en su práctica cotidiana(1) La población que la padece,se enuncia, tampoco repara en ella o bien la concibe como "normal",o bien la integra en síndromes construidos en base a categorias y modelos populares.(2)

El proceso por el cual se percibe/despercibe la desnutrición,sobre todo infantil,en la vida cotidiana de las clases que la padecen de manera endémica,poco ha sido estudiado.A losumo se ha llegado a investigaciones impregnadas de un fuerte sicologismo que pretenden explicar la prevalencia e incidencia de desnutrición infantil a partir de problemas psicológicos y deficiencias educativas de las madres pertenecientes a las"clases bajas"(3)mecanismos-dicen-que impiden la percepción del padecimiento. Sobre estas bases los estados capitalistas han ideado múltiples estrategias,funàmentalmente educativas, dirigidas a la población objetivo. Los resultados han sido,siguen siendo,totalmente ineficaces para acabar con el problema ya que los enfoques de las estrategias persiguen,más que otra cosa,fines políticos e ideológicos de control de la población. Los estados han privilegiado estos fines valiéndose incluso de un discurso que le concede una total neutralidad a la ciencia.Los objetivos en realidad han sido tratar de organizar la vida cotidiana,el pensamiento cotidiano,de las clases subalternas principales proveedores de desnutrición infantil.

A través de programas educativos lanzados a colectividades,familias, grupos de participación popular,etc.,el estado busca impulsar formas de organización no clasistas(4) a fin de que la"población" resuelva "con sus propios recursos el problema".

La creciente incursión del estado en el control de la vida cotidiana y el pensamiento cotidiano de las clases subalternas deben conducir al estudio de sus complejos mecanismos que tienden a reproducir,a favor del capital,el mundo nebuloso de la seudoconcresión,ese mundo

del traficar y el manipular,que oscurece la conciencia de los individuos mutilando su desarrollo.

La desnutrición infantil pertenece al mundo cotidiano de las clases sublaternas.Mundo que,como dice Kosik,es"ante todo,la organización, día tras día,de la vida individual de los hombres" Es el problema de la organización de ese mundo el que impulsa a estudiar la percepción de la desnutrición infantil tal y como lo hace la conciencia ingenua. De este modo es factible incursionar en la esfera ideológica y política que mediatiza la deseada erradicación de la desnutrición.

———————o———————

La percepción supone una actividad perceptiva del sujeto y "tiene relación con la conciencia que tenemos de los objetos y las circunstancias que nos rodean. Es la manera de presentarse las cosas a nuestra vista,oido,tacto,gusto o al olfato.Pero la actividad perceptiva implica también una aprehensión inteligente,un significado o un reconocimiento de los objetos y las circunstancias." (5)

De lo anterior destaquemos dos puntos: 1. la percepción supone una actividad física,biológica esctricta. 2. Supone además una actividad psíquica-intelectual,cognocitiva entonces.

Los problemas de la percepción relacionados con el primer punto han sido estudiados por la biología y la física.Enredadas con ellas corrientes psicológicas de cuño conductista han pretendido enlazar la biología y la física con los procesos cognocitivos del ser humano.La corriente más difundida ha sido la de la escuela de la Gestalt (6)

Los aportes y deficiencias de ésta corriente han sido tratado críticamente.Especial hincapié se ha hecho en el enfoque fisicalista del estudio de la percepción que traslapa procesos físico-biológicos con procesos cognocitivos.En este enfoque se mulifica la actividad intelectiva del sujeto en los mecanismos de la percepción.

Piaget,criticando la teoría de la Gestalt,hizó hincapié en la constante actividad constructiva del suejto aún desde la etapa elemental -

de la percepción,que para Piaget representa "una toma de contacto - cognocitiva más inmediata entre el sujeto y los datos del medio"(7) Los aportes de Piaget,con ser significativos,también han recibido - criticas.Fundamentalmente por las corrientes epistemológicas marxistas que remarcan el componente social e histórico que toda activi - dad del sujeto supone ineludiblemente.

A grandes rasgos veámos las formulaciones de Piaget y las criticas - que han recibido,sobre todo en el punto que más nos concierne.

Desde un ángulo epistemológico-dice Piaget-en la actividad perceptiva se producen errores o ilusiones subjetivas que son el resultado de - centraciones del sujeto sobre la apariencia inmediata de los objetos. (8) Se requiere-prosigue-que el sujeto tome distancia del objeto a través del razonamiento lógico matemático más desarrollado en la - etapa de las operaciones mentales reversibles propias del sujeto adulto. De ésta manera el sujeto descentrado "ya no interviene como sujeto individual o deformador,sino como sujeto epistémico,condi - ción e instrumento de la objetividad" (9)

Tesis como esta han sido formuladas por Kosik y otros filósofos marxistas.Kosik,por ejemplo,retomando tesis de Marx,señala que para trascender la apariencia de los objetos,de las cosas,el sujeto debe dar - un rodeo para penetrar en su esencia,condición para lograr la obje - tividad en el conocimiento. Dar un rodeo quiere decir distanciarse - de la apariencia y construir modelos teóricos que puedan explicar la estructura y el movimiento real de las cosas,de los procesos.

Ahora bien,el sujeto cognocente no es un individuo aislado.Es un sujeto social e histórico. Piaget ha recibido la critica más acerba - precisamente en ese punto. Para este autor el sujeto construye efectivamente el conocimiento,pero se queda -Piaget-en demostrar el mecanismo por el cual el sujeto lo construye. Formula la base imprescindible pero no explica los contenidos del conocimiento construido,ni- como participan estos en la creación de modelos que intente explicar- la realidad.

La socialidad del sujeto (10) la ideología inherente al mismo,- las condiciones materiales históricas que determinan al sujeto -- para Piaget no son más que agregados que matizan el conocimiento- lógicamente construido.

Bien,entonces,partamos con este autor de que la percepción representa la toma de contacto cognocitiva más inmediata entre el sujeto y- los datos del medio. Que presupone una actividad físico-biológica - necesaria y un determinado nivel de desarrollo psíquico-intelectivo. Pero además partamos del presupuesto de que el sujeto cognocente es un sujeto social e histórico y que esta condición determina inclusive su actividad perceptiva. Como lo expresa claramente Kosik: "En - mi audición y en mi visión participan...todo mi saber y mi cultura- toda mi experiencia,viva o arrinconada en el olvido que aflora en - determinadas situaciones,mis pensamientos y reflexiones,aunque todo esto no se manifieste en forma predicativa explícita en los actos- concretos de la percepción..."(11)

Haciendo abstracción de la integridad física,órgánica del ser humano es decir,presuponiendo que la base necesaria para conocer este pre - sente hasta las estapas de lasoperaciones intelectuales reversibles, los contenidos del conocimiento sólo se pueden conseguir a través de la socialidad del sujeto a partir de las transformaciones que este - realiza a la naturaleza, a él mismo,y a la sociedad por tanto. El - nivel y grado del proceso productivo que la sociedad lleva a cabo -- serán determinantes del proceso cognocitivo.Y ello en una perspectiva histórica que acumula el saber precedente y sus expresiones objetiva- das en medios productivos y medios de conocimiento.Lo que supone tran formaciones continuas del sujeto,no sólo en cuanto a su sujetidad in- telectual cognocitiva sino en su sujetidad biológica.Genotipicidad y fenotipicidad se inscriben siempre en una historicidad y socialidad- delineables,inclusive.

Estudios del padecimiento que nos ocupa han dado muestras fehacientes de añejas tesis marxistas respecto a lo anterior.

J.Cravioto (12) y otros investigadores han mostrado que la desnutrición infantil afecta el crecimiento y desarrollo de neuronas cerebrales,afectando el desarrollo de los procesos intelectivos de niño,especialmente si la desnutrición se combina con deficiencias en la estimulación afectiva . En ambos casos la presencia o ausencia de los factores asociados dependen finalmente de la estructura y relaciones sociales donde el niño se desarrolla. Y estas son un producto histórico que se expresa,se sintetiza,en la propia historicidad de los sujetos concretos que padecen desnutrición:madres desnutricidas originan hijos desnutridos,etc.,manteniendo el continuo histórico de desnutrición.

Ahora bien,dicha historicidad-como advierte Kosik-participa en la audición,en la visión,etc.,del sujeto que percibe,es decir,en la primera toma de contacto cognoscitiva.Aunque ello no se manifieste de modo predicativo explícito en los actos de la percepción.

En la actividad perceptiva cotidiana,la historia,las relaciones sociales aparecen "petrificadas en la conciencia del sujeto" de manera que generalmente no se manifiestan explicitadas.

Cuando se estudia desde un enfoque funcionalista la desnutrición,se niega en primer término su socialidad.Tanto más si el objetivo es estudiar el proceso por el cual la desnutrición se percibe,se le conoce en una primera toma de contacto,y cuya determinación es eminentemente social.

Cravioto ha formulado la tesis de que las madres de niños desnutridos en grado avanzado(3er grado) son madres que no "atienden" debidamente las necesidades del infante. Se debe -dice Cravioto- a deficiencias educativas y sicológicas de las madres,detrminadas éstas por un ambiente familiar monotónico.En tanto-prosigue-los grados de desnutrición menos avanzados dependen de un macroambiente económico.

Aún desde el punto de vista de un enfoque funcionalista la tesis de Cravioto es extremadamente débil.Por elemental lógica los niños que llegan a desnutrición de 3er grado tuvieron que pasar por los grados

menos avanzados,de manera que aún con su enfoque metodológico debería concluir que cualquier grado depende finalmente del macroambiente económico.Pero su enfoque no es por un simple problema metodológico sino que deriva del enfoque epistemológico implícito en su abordaje de la realidad. Esta es concebida como estructuras independientes que a lo sumo se articulan por exterioridad o difusión de elementos de una a otras.La metodología de estudio se subordina entonces a esta concepción. De suerte que el problema del "cuidado",de la "atención" del niño por la madre es producto de un microambiente familiar monotónico separado arbitrariamente del macroambiente económico o bien,cuando mucho,tal macroambiente desde fuera-relación funcional de exterioridad causal-modela las condiciones del microambiente.En esta línea de razonamiento Cravioto podría llegar a fundar que todos los grados de desnutrición dependen del macroambiente. Desecha esta línea y prefiere quedarse con el análisis del microambiente familiar monotónico en el que la baja educación de las madres constituye la variable independiente que afecta su actividad perceptiva ocacionando "no darse cuenta" de los requerimiento y necesidades y desarrollo del niño.

Los estudios de Cravioto son clsicos y han tenido impacto incluso a nivel mundial.La consecuencia inmediata es que se han puesto en relieve programas de educación nutricional como estrategias para reducir las altas tasas de desnutrición infantil. Programas impulsados por los estados capitalistas que revelan ovjetivos de control político e ideológico.Perpetuación,reproducción de las relaciones de clase y de explotación que son la base del sistema. Reproducción que se verifica de manera intrínseca a la organización de la vida y el pensamiento cotidianos. La reproducción del sistema se inicia,se desarrolla,se despliega,se transforma,termina y reinicia insesantemente en esa cotidianidad.

Cotidianidad donde las cosas se perciben en su aspecto fenoménico, aparencial,espontáneo.En la práctica cotidiana las cosas se per-

ciben con una existencia independiente,extrañas al hombre.
El trabajo enajenado es la categoria básica e irreductible para poder hacer inteligible en su totalidad el estudio de la percepción - que logra el suejto social de los objetos y las circunstancias e incluye desde luego la percepción del propio cuerpo humano.Para nuestros fines es importante ver este aspecto.
La percepción del cuerpo se puede expresar en la imagen corporal que un individuo realiza a través de imagenes gráficas de otras personas. Dicha imagen depende "de las sensaciones propioceptivas e interoceptivas" que el individuo tenga de su propio cuerpo,pero además de "la impresión intelectual de si misma: atractiva o no,de estatura y peso escaso o excesivo,etc,,y todo ello depende a su vez de su tono emo - cional,de sus experiencias con las demás personas,de sus objetivos- en la vida y de diferentes convencionalismos sociales" (13).
Expresiones como esta,elaboradas por la sicología perceptiva moderna, se pueden encontrar en escritos de Marx hechos en el siglo pasado. Marx trata con singular claridad el problema de la autopercepción del sujeto. El hombre dice Marx no aparece, como quería Fichte, enfrentandose así mismo como ante un espejo expresando " yo soy yo" Y no aparece simplemente describiendo a si mismo su sujetidad física. Por el contrario - advierte Marx - el hombre se reconoce en otros hombres en la relación social productiva y creadora, solo en la medida de reconocer a los demás me puedo reconocer a si mismo . En otras palabras, yo no soy yo simple y llanamente sino que soy la síntesis de muchos hombres. Síntesis lograda a partir de relaciones de transformación: Hombre - naturaleza - hombre - sociedad - naturaleza, etc. Relaciones que se sostienen en continuidad y rupturas históricas donde jamás se regresa al mismo punto.
En el modo de producción capitalista la forma básica y relación entre los hombres es a través de la producción, intercambio y consumo de mercancias. El propio cuerpo humano se revela como mercancia de especial naturaleza. Mercancia explotable, valorizadora del valor.

Mercancía cuyo valor de uso se enajena violentamente por el capital. El trabajo enajenado, enajena al individuo de su objeto producido, de su propio proceso de trabajo, de si mismo y además de sus cogeneres humanos, de su ser genérico como dice Marx. El trabajo y la vida productiva se le presentan al sujeto como medio para la satisfacción de una necesidad perentoria, la necesidad de conservación física, la vida como medio de vida. (14) En esta medida, el sujeto enajenado mantiene relaciones de enajenación con las cosas, con las demás personas y consigo mismo. De ésta relación dependerá " la impresión intelectual" de su propio cuerpo y el de sus congéneres. Para el sujeto enajenado su principal objetivo en la vida es mantener la vida como medio de existencia física. Desde esta perspectiva, releyendo la formulación de la psicología perceptiva de que la imagen corporal de un individuo dependerá de diferentes convencionalismos sociales, digámos que el principal "convencionalismo social" que determina la percepción de la imagen corporal de un sujeto enajenado y la que este tenga de otros individuos será precisamente la reproducción de su enajenación, fundamentalmente la enajenación de su trabajo. Lo que entraña por tanto el mantenimiento de las relaciones de explotación.

Ahora bien, las condiciones de enajención, de explotación, pueden ser percibidas - de hecho generalmente lo son - ya decía Marx que si bien el trabajo enajenado envilece, embrutece al obrero, también es el único que lo violenta ya que sabe lo que en el trabajo le espera: " que le curtan el pellejo " Sin embargo, percibir la enajenación puede llegar a ser otra forma de enajenación más, sobre todo, cuándo está " t divorciadas de nuestros poderes de transformación históricas ... En l medida que tendemos a ser enajenados y percibir nuestra enajenación, dicha percepción de nuestra situación es también a su vez enajenada o mistíficada" (15) Es decir, la realidad tiende a ser percibida como fatalidad inexorable, natural y petrificada sin concebir que no son más que " la proyección de determinadas condiciones históricas ".

La persistencia de este embrollo debemos poder explicarlo desde el m

vel de la percepción - en tanto toma de contacto cognocitivo más inmediato entre el sujeto y el medio - que las clases explotadas, enajenadas de su trabajo, tienen de la realidad.

Partiremos de la premisa de que las condiciones de explotación en el proceso productivo determinan en última instancia la actividad perceptiva del sujeto enajenado. Desde luego que existirán múltiples mediaciones que es menester considerar. Mediaciones que sin embargo no podemos esperar se desligen de la determinación principal que las estructuran.

Tómese como fin en particular y como medio en general el estudio de la percepción del niño desnutrido que tienen diversos individuos de la clase obrera, para, como decía, incursionar en el estudio de la vida y el pensamiento cotidiano de estas clases. Considerando que " el sentido común de los explotados contiene un núcleo de buen sentido, un sentimiento elemental de superación y de antagonismo frente a los dominadores. Estos núcleos aglutinan experiencias pasadas y presentes; y aunque el sentido común se ocupa de sabotearlos y de obscurecerlos de mil maneras, hay juegos de lenguaje específicos que lo preservan. Son estos, justamente,los que deben ser elaborados y fortalecidos" (16) Esto con el propósito que expresa Vigorelli (17) " urge una recomposición teórica entre las luchas cotidianas y contenidos del comunismo, que permitan desarrollar las nuevas necesidades de conocimiento como negación determinada de la conciencia enajenada y de la vida cotidiana enajenada del capitalismo" .

o

Para las familias obreras la organización de su vida cotidiana gira en torno - de manera fundamental - al diseño constante de estrategias para sostener la reproducción de la fuerza de trabajo de los padres obreros en el plano inmediato de su soporte físico, biológico (cfr.op.cit. Marx). El diseño de dichas estrategias se encuentra determinado por las condiciones en que se consume la fuerza de trabajo en el proceso productivo y las condiciones consecutivas en que se realiza el consumo individual a través de los medios de sustento para mantener su soporte

físico. En conjunto son pues las condiciones de su reproducción.
Los principales factores que dan cuenta de las condiciones del consumo de la fuerza de trabajo en el proceso productivo serán la no propiedad de los medios de producción, el nulo o escaso control del proceso de trabajo y la nula o escasa calificación técnica de su actividad. En cuanto a las condiciones del consumo individual serán el monto de los ingresos salariales en relación con los precios del mercado de productos para la adquisición de medios de sustento. De igual forma debemos observar las posibilidades de elevar la capacitación de la fuerza de trabajo y las posibilidades de elevar la educación en general.
Considerando todo lo anterior digamos que las variaciones en las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo determinan diferentes perfiles en el mantenimiento físico del obrero y su familia. Así a mayor desventaja en las condiciones de reproducción tenderá a corresponder mayor desnutrición en los hijos de éstas familias. Por otra parte, dichas desventajas determinarán la constitución de un sistema ideológico cultural " menos desarrollado ". Llamo a éste sistema a la expresión de niveles educativos más bajos, menor riqueza en el lenguaje abstracto menor uso de categorias clasificatorias y relaciones sociales sumamente limitadas de los obreros padres con los individuos de su entorno.
Ahora bien, la constitución de dicho sistema ideológico cultural tenderá a girar, a un "ponerse al servicio" de la organización de la vida cotidiana de estas clases con el propósito de elaborar estrategias para sostener el ciclo reproductivo de la fuerza de trabajo inmediatamente productiva. Si las condiciones tienden a ser de mayor desventaja esta fuerza inmediatamente productiva tenderá a ser el centro de atención, a menudo inconciente, en la organización de las estrategias familiares. En este contexto la obrera-madre juega un papel de primer orden. Su actividad y su sistema ideológico-cultural tenderá a girar, " puesta al servicio" de las necesidades de reproducción de aquella fuerza. Por tanto el cuidado de los hijos - el problema de la reposición generacional de la fuerza de trabajo obrera - ocupará un plano secundario, pero, sin embargo, negativamente sancionado a nivel social. La secundariedad en

cuidado de los hijos será más profunda a medida que las desventajas señaladas sean más pronunciadas. Las obreras-madres "cautivas" en estas relaciones sociales de producción "descuidan" a sus hijos percibiendo-despercibiendo las necesidades y manifestaciones de desarrollo y crecimiento de los niños. En la sicología perceptiva se diría que los hijos pasan a ser "el fondo" de su campo perceptivo y las condiciones para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo inmediatamente productiva del pdre-obrero pasan a ser "la figura" del campo. Y la percepción deésta "figura" será sólo en sus manifestaciones inmediatas,aparenciales,que impulsarán acciones pragmáticas que en su relativa eficacia tenderán a reforzar la visión cotidiana y espontánea de un orden "naturalmente" establecido,que se percibe fenomenológicamente "divorciado de sus poderes de transformación histórica" El"cuerpo biológico" dominado por el"cuerpo productivo",maquinizado, robotizado y desmembrado por la división técnica del trabajo.Por el trabajo enajenado que extraña al individuo de su propio cuerpo biológico en lo que tiene de auténticamente humano,hasta volverlo un simple objeto,cuerpo codificado,que se percibe a través de "nombrarlo" "identificarlo","clasificarlo"(18) con los símbolos del lenguaje propios de la clase social a que el individuo pertenece. Que se organizan en unsistema ideológico-cultural estático y dinámico,cuestionador y al mismo tiempo integrador. Dialéctica que el engranaje del "cuerpo productivo" tiende a romper cotidianamente bajo la sujetación de las relaciones de explotación.Ello porque aún cuando el obrero perciba su trabajo como enajenado,dicha percepción-como dice Lichtman-es también a su vez enajenada. Se mistifica el poder opresivo del capital,se mistifica el poder del "cuerpo productivo" en su dominación sobre el "cuerpo biológico" de manera que desde aquí todo empieza a parecer tan "normal" o,mejor dicho,tan "normado".

Analizemos una parte del discurso popular en sus propios juegos de lenguaje para observar indirectamente la percepción que del cuerpo biológico tiene el común de las clases subalternas mexicanas.
Signos comunes para designar al cuerpo son una serie de pares opuestos o complementarios: alto-delgado,alto-gordo,flaco-chaparro,alto-flaco,gordo-chaparro,etc.
La construcción más común es sin duda la de gordo-chaparro,construcción que la ideología de la cotidianidad realiza versalizando para - designar sin reservas al mexicano corriente,miembro genérico de las clases subalternas. Así se versaliza: "gordo,chaparro y güevón, mexicano es el cabrón"
En el sintagma se puede observar una ambivalencia de desvalorización/ reafirmación rimada en adjetivos agudos:güevón-cabrón.Lo que constituye dos gritos en uno,contradictorio y conciliado por el término - medio Por un lado se tiene el grito de burla y desvalorización donde se parte de la percepción del cuerpo burlado,efecto final de la - desnutrición histórica:gordo-chaparro. Al que se auna el calificativo asociativo causa-efecto:güevón,o sea flojo,indolente,apático,poco trabajador. En el extremo opuesto del sintagma se observa la reafirmació sarcástica: cabrón. En el término medio aparece la proposición que da coherencia al juicio enunciado: mexicano es. Término que parece conciliar la contradicción y la ambivalencia rimada. La proposición se - inserta en una valorización universalista de la cultura que reconoce sin decirlo sus términos opuestos: los extranjeros. En lo concreto - los que dominan e invaden con sus imagenes y productos: norteamericanos y europeos.
Ser mexicano es igual a ser flojo,indolente,poco trabajador en con - traste con el "gringo" laborioso y emprendedor.Cada cuatro años el culto al cuerpo,comercializado y politizado, lo reafirma. Pero por otro lado ser mexicano es ser cabrón,o al revés incluso, juicio valorativo - que afirma la identidad de ser,o sea, el que es cabrón "es" sea como sea pero tiene el orgullo de una identidad.

Con el par gordo-chaparro se designa al sujeto representativo de - un rol clasista velado/develado en el sentido de la comuncación - del sintagma, el receptor-emisor: el anónimo-masa,el pueblo común y corriente portador de un destino manifiesto: desnutrido histórico.

El par gordo-chaparro realiza su oposición comparativa con el alto mesomórfico el cual es velado en la expresión. Tal vez indicaría la indeferencia externa para demostrarle repudio al contrario pero al-mismo tiempo ocultaría la atracción por el rol tomado como referencia para identificarse como gordo y chaparro. Por su parte el ausente juega al parecer el rol asignado,pues en efecto,en tanto no forma parte del pueblo,no se siente mexicano, y no es gordo-chaparro - el mensaje no le llega en su intimidad. En efecto,el alto-mesomórfico se identifica con lo extranjero,con lo norteamericano,con la clase - social dominante nacional

En fin,manifestaciones,epifenómenos cargados de contenidos clasistas implícitos,no explicitables so pena de desgarrarse en la contradicción a saber: la existencia del rol ausente es obviado como protección a la desgarradura.No se puede,sin traicionar la identidad afirmada,sin desestructurar la ambivalencia del ser mexicano;no se puede gritar - sin cortapisas lo otro,lo que escondido se lleva dentro : aspirar al rol velado,es decir,admiración al extranjero alto-mesomórfico,laborioso,emprendedor,dominante,nutrido histórico que se identifica con el - burgués nacional,el rico.

El rol ausente no explicitado funciona como "norma" o "patrón" prestablecido que da sentido y significado a la "normalidad" vivida confusamente de ser gordo-chaparro. En este sentido "norma" y "normalidad" son diferentes,pues por un lado la "norma" se establece tomando como referencia al alto-mesomórfico con el cual se compara y vela,en un - intento de negación frustrada, el gordo-chaparro. Por otro lado, este último necesita observarse en la "normalidad",en lo aceptado(como se espera) para poder mantener su identidad.

Ser mexicano, es ser gordo-chaparro por indolente, flojo, pero ello deviene "normal", aceptado, porque se es así.

Tenemos una viviente fenomenología de la cotidianidad, apariencia - rutilante de las clases, oscurecidas por el sentido común y reforzadas por el discurso cientificista del funcionalismo : desnutrido histórico, obeso y disminuido en talla, con bajo nivel educativo y - víctima del desempleo, mexicano del subdesarrollo es, y el muy ca... usante de la pobreza del país.

Convengamos que el famoso círculo funcionalista de pobreza-enfermedad-pobreza...se refunde en el discurso popular analizado, contri - buyendo arteramente a la percepción-despercepción de la desnutrición histórica mediada por la lógica desgarrante de "normalidad", pero - concluyamos exclamando junto con Bertold Brecht:

NOSOTROS OS ROGAMOS
¡ AUN SI ES HABITUAL ENCONTRADLO EXTRAÑO,
INEXPLICABLE, AUN SI ES NORMAL ¡
¡ QUE LO USUAL OS PUEDA SORPRENDER ¡
¡ EN LA NORMA RECONOCED EL ABUSO, Y
CUANDO LO HAYAIS RECONOCIDO
BUSCADLE REMEDIO ¡

BIBLIOGRAFIA

PRIMERA PARTE .

1.Ramos,Galván,R.; "Introducción.Seminario sobre Alimentación del - Niño, en "Cuadernos de Nutrición",Vol.1,No.1,Enero-Marzo,Méx.,1976

2.Cravioto,J.,"Investigación en Nutrición,Crecimiento y Desarrollo- en el Campo de la Pediatria",INCyTAS-DIF,s/f.

3.Bourgues,H.,"Desnutrición Infantil",Esfera Médica Merck,s/f.

4.Rivera Dommarco,J., y Casanueva,E.,"Estudios Epidemiológicos sobre Desnutrición en México,1900-1980",IMSS,Colec. Salud y Seguridad - Social,México,1982.

5.Departamento de Nutrición,Dirección General de Educación para la- Salud,Subsecretaria de Salubridad y Asistencia,SSA,"Unidades Normativas para la Educación en Nutrición",México,1982.

6.Fernández del Castillo,F.,"Historia de la Academia Nacional de -- Medicina de México",México,1956.

7.Kosik,K.,"Dialéctica de lo Concreto",Ed.Grijalbo,México,1976.

8.Al respecto ver Alburquerque,Los Determinantes del Proceso Salud- Enfermedad,en"Medicina: economía y política",Rev.84,FCPyS,UNAM,1976

9.Al respecto ver Menéndez,E.,"Poder,estratificación y salud",Ed. de La Casa Chata 13,México,1981. Del mismo autor "Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional",Ed. Casa Chata 32,México,1980.

10.Broccoli,A.,"Antonio Gramsci y la Educación como Hegemonía",Ed. Nueva Imagen,México,1979.

11.Marx,C.,y Engels,F.,"Obras Escogidas",Ed, Progreso,Moscú.

12.Lain Entralgo,P.,"Historia de la Medicina a través de la Historia Clínica",Seminario Saber Médico,Maestría en Medicina Social,UAM-X.

13.Lektorski,W.A.,"Teoría del Conocimiento y Marxismo",Ed. Taller - Abierto,México,1980.

14.Marx,K.,"El Método en la Economía Política",Ed.Grijalbo,Colección 70,México,1971.

15.Lain Entralgo,P.,Op.Cit.

16.Marx,K.,"Contribución a la Crítica de la Economía Política",Módulo Saber Médico,Maestría en Medicina Social,UAM-X.

17.Cardoso,C.,"Los Métodos de la Historia",Ed.Grijalbo,México,1976.

18.Kosik,K.,Op.Cit.

19.Kaplan,M.,"La Ciencia en la Sociedad y en la Política",Ed.SepSetentas,México,1979.

20.Marx,K.,"El Capital",Tomo I,Ed.FCE,México,1978.

21.Escudero,J.C.,Desnutrición en America Latina,su magnitud(una primera aproximación)en "Medicina: economía y política",Rev.,84,FCPYS UNAM,México,1976.

22.Engels,F.,Carta a Borgius,en "Obras Escogidas",Ed,Progreso,Moscú.

23.Saxe,F.,J.,"Etiología de la Patología Revolucionaria y Profilaxis Contrarevolucionaria",Citado por Gomezjara F.,en Técnicas de Desarrollo Comunitario,Ed.Nueva Sociología.

24.Ramos,GAlván,R.,Op.Cit.

25.Cravioto,J.,Op.Cit.

26.Bouggues,H.,Op.Cit.

27.Fernández del Castillo,F.,Op.Cit.

28.Bourgues,H.,Op.Cit.

29.Lain Entralgo,P.,"Historia de la Medicina",Ed.Salvat,México,19

30.Ibid

31.Lektorski,Op.Cit.

32.Lain Entralgo,P.,"Historia de la Mediciba"

32.IBid

33.D.Bernal,J.,"LA Ciencia en Nuestro Tiempo",Ed.Nueva Imagen,Méx,1981

34.Lain Entralgo,Op.cit.

35.IBid

36.Ibid

37.Ibid

38.Ibid

39.Ibid

40.Ibid

41.Ibid

42.Ibid

43.Ibid

44.English,R.,"Brujas,Comadronas y Enfermeras", Módulo Formación de Recursos Humanos,Maestría en Medicina Social,UAM-X,1981.

45.D.Bernal,J.,Op.Cit.

46.K.Derry,T.,"Historia de la Tecnología",Ed. Siglo XXl,6ta.Edición TomoI,México,1982.

47.Ibid

48.Ibid

49.Ibid

50.Kosik,K.,op.cit.

51.Dubos,R.,"El Espejismo de la Salud",Módulo Distribución y Determinantes del Proceso Salud-Enfermedad,Maestría en Medicina Social UAM-X,1980.

52.Lain Entralgo,op.cit.

53.Marx,K.,"El Capital",Tomo I,FCE,México,1978.

54.Sánchez Vázquez,A.,"Filosofía de la Práxis",Ed.Grijalbo,México,1978

55.Portelli,citando a Gramsci en "Gramsci y el Bloque Histórico",Ed. Siglo XXI.

56.Lain Entralgo,op.cit.

57.Ibid

58.Marx,K.,y Engels,F.,"La Sagrada Familia",Módulo Saber Médico,Maestría en Medicina Social,UAM-X.

59.Cfr.A.Dynnik,"Historia de la Filosofía",Tomo I,Ed.Grijalbo,1968.

60.Cfr.Mac-Mahon,B., y Puhg,T.,"PRincipios y Métodos de Epidemiología" La Prensa Médica Mexicana,México,1975.

61.D.Bernal,J.,op.cit.

62.Foucault,M.,"El Nacimiento de la Medicina Soacial",Módulo Saber Médico,UAM-X,1980.

63.Singer,P.,"Economía Política del Trabajo: elementos para un análisi histórico-estructural del empleo y de la fuerza de trabajo en el desarrollo capitalista" Módulo Distribución determinantes del Proceso

Salud-Enfermedad,UAM-X,1981.

64.Engels,F.,"La Guerra Campesina en Francia y Alemania".Obras Escogid

65.Lain Entralgo,op.cit.

66.Ibid

67.Engels,F.,op.cit.

68.Cfr.Korch,K.,"Tres Ensayos sobre el Marxismo",Ed.Era,México,1979.

69.Foucault,M.,Abrid Cadáveres,en "El Nacimiento de la Clínica",Módulo Saber Médico,UAM-X.

70.Lain Entralgo,opcit.

71.A.Dymnik,M,op.cit.

72.L.Entralgo,op.cit.

73.Ramos Galván,R.,op.cit.

74.Lain Entralgo,op.cit.

75.Ibid

76.A.Dymnik,op.cit

77.Engels,F.,op.cit.

78.Ver Cardoso,C.,op.cit.

79.Didier,D., y Güréry,F.,"El Cuerpo Productivo",Ed.Tiempo Contemporáneo,Argentina,1973.

80.Marx,K.,"El Trabajo Enajenado",en E.Fromm,"Marx y su Concepto del Hombre",FCE,Colección Breviarios.

81.Marx,K.,"El Capital",TomoI,FCE,1978.

82.Ibid

83.Ibid

84.Menéndez,E.,"El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores" en La Salud de los Trabajadores,Ed.Nueva Imagen,México,1978

85.Lain Entralgo,Op.cit.

86.Ver De Kruif,P.,"Los Cazadores de Microbios",Ed.Epoca,S.A.,1a.Ed. México,s/f.

87.D.Bernal,J.,op.cit.

88.Ibid

89.Méndez,E.,"El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores",op.cit

BIBLIOGRAFIA

SEGUNDA PARTE

1.- Engels,F.,"La Guerra Campesina en Francia y Alemania", OBRAS Escogidas.
2.- Lain Entralgo,P.,"La Historia de la Medicina", Ed. Salvat, México.
3.- Somolinos D'Ardois,G.,"Historia de la Medicina",Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México, 1980.
4.- Lértora,A.C.,"Medicina y Estructura del Hombre".
5.- Lain Entralgo,op.cit.
6.- Engels,F.,op.cit.
7.- Lértora,A.C.,op.cit.
8.- Moreno Toscano,A.,"El siglo de la conquista"en la Historia General de México,Tomo I,Colegio de México,1981.
9.- Venegas R,C.,"Régimen Hospitalario para Indios de la Nueva España",
10. Foster,G.,,(1958)
11. Moreno Toscano,A.,op.cit.
12. Ibid
13. Ibid
14. Somolinos d'Ardois,G.,"Capítulos de Historia Médica Mexicana.El Fenómeno de fusión cultural y su trasdendencia médica"?México,1979.
15. Ibid
16. Méndez,E,"Clases Subalternas y el Problema de la medicina denominada 'tradicional'",Cuadernos de la Casa Chata,32,INAH,1980.
17. Lain Entralgo,op.cit.
18. Venegas,R.,C.,Op.cit.
19. Moreno Toscano,op.cit.
20. Lain Entralgo,op.cit.
21. Moreno Toscano,op.cit.
22. Venegas,R.C.,op.cit.
23. Ver Florescano,E.,"Ensayos sobre la Historiografia Colonial de México",Cuadernos de Trabajo 27,INAH,1979. Y Florescano,E., y Gil Sánchez,I.,"La época de la reforma borbónica y el creciniento económico,1750-1808",Historia General de México,TomoI,1981.
24. Ibid.
25. Somolinos d'Ardois,"Capítulos de Historia Médica Mexicana."op.cit.
26. FlorescanoE.,Op.cit.
27. Alperovich,M.S.,"El Número de Habitantes de México en el Período Colonial",Ensayos de Historia de México,ECP,México,1973.
28. Ver Venegas,R.,opcit y Florescano,E.,op.cit.
29. Lain Entralgo,op.cit.
30. Lira,A., y Muro,L.,"El Siglos de la Integración",Historia General de México,TomoI,México,1981.
31. Ibid
32. Ibid
33. Ver Florescano,op.cit.
34. Ibid
35. Cardoso,C.,"México en el Siglo XIX(1821-1910),Historia Económica y de la Estructura Social"?Nueva Imagen,México,1983.

36. Ibid
37. Ver Florescano,E.,op.cit. y Cardoso,C.,op.cit.
38. Florescano,E.,op.cit.
39. Ibid
40. Cfr. Chávez,A.,"México en la Cultura Médica" y Somolinos d'Ardois "Historia de la Médicina"op.cit.
41. Fernández del Castillo,F.,"Historia de la Academia Nacional de Medicina",México,1956.
42. Ibid
43. Ver Cravioto,J.,"Investigación en Nutrición,Crecimiento y Desarrollo en el Campo de la Pédiatria",INCyTAS_DIF,s/f.
44. Florescano,E.,op.cit.
45. Ibid
46. Portelli,"Gramsci y el Bloque Histórico",Ed.Siglo XXI.
47. Florescano,E.,op.cit.
48. Villorio,L.,"La Revolución de Independencia",Historia General de México,Tomo II,México,1981.
49. Ibid
50. Vázquez,Z.,J."Los Primeros Tropiezos",Historia General de México, Tomo II,México,1981.
51. F.del Castillo,op.cit.
52. Chávez,A.,op.cit.
53. F.del Castillo,op.cit.
54Ibid
55. Citado por Cardoso,c.,op.cit.
56. Cardoso,C.,op.cit.
57. Ibid
58. Diaz,L.,"El Liberalismo Militante",Historia General de México,tomo II,México,1981.
59. F.del Castillo,op.cit.
60. Ibid
61. Martínez,J.,L."México en Busca de su Expresión",Historia General de México,TomoII,México,1981.
62. Berlinguer,G.,"Medicina y Sociedad",UAM-X,
63. F.del Castillo,op.cit.
64. González,L.,"El Liberalismo Triunfante",Historia General de México, TomoII,México,1981.
65. F.del Castillo,op.cit.
66. Cardoso,C.,op.cit.
67. F.del Castillo,op.cit.
68. Ibid
69. Ibid
70. Ibid
71. Ver Frenk,S.,"Dos Informes Tempranos acerca de la Desnutrición avanzada con edemas,lesiones cutáneas y diarrea",Gaceta Médica de México,114:513,1978.
72. Ibid
73. Menéndez,E.,"Poder,Estratificación y Salud",op.cit.

74. Cardoso,C.,op.cit.
75. Ibid
76. Ibid
77. Menéndez,E.,"Poder,Estratificación y Salud"op.cit.
78. F.del Castillo,opcit.
79. Ibid
80. Ibid
81. Marx,K.,"El Capital", Tomo I,FCE.
82. Cardoso,C,op.cit.
83. Ibid
84. Ibid
85. Ibid
86. Ibid
87. Ibid
88. Ibid
89. Ibid
90. Ibid
91. F.del Castillo,op.cit.
92. Ibid
93. Ibid
94. Ibid
95. Cardoso,op.cit.
96. Chávez,A.,op.cit.
97. Cardoso,opcit.
98. González,L.,op.cit.
99. Venegas,R.,C.op.cit.
100. F.del Castillo,op.cit.
101. Ulloa,B.,"La Lucha Armada"(1911-1920)",Historia General de México, TomoII,México,1981.
102. Ver Rivera Dommarco,j.op.cit.
103. Correa,P.G.,"¿Qué es la Culebrilla?",Revista Médica de Yucatán, XE,3,No.6,1908.
104. Dubos,R.,"El Espejismo de la Salud",op.cit.
105. Bourges,H.op.cit.
106. Landa Everardo,"Enfermedades de la Miseria.Apuntes para la Historia de la Hidrohemia Causada por Alimentación Insuficiente",Gac. Méd. Mex.(3era serie),X1,9:12:67,México,1916.
107. Ibid
108. Ibid
109. IMSS-COPLAMAR,"Las Necesidades Esenciales en México,Salud",TomoIV, Ed.Siglo XXI-Coplamar,1982.
110. F.del Castillo,op.cit.
111. Ibid
112. Ibid
113. A.Borón,A."Entre Hobbes y Friedman,Liberalismo Económico y Despotismo Burgués en América Latina",Cuadernos Políticos,23,1980.
114. Gordillo,G.,"Pasado y Presente del Movimiento Campesino en México" Cuadernos Políticos,23,1980.

115. Meyer,L.,"El Primer Tramo del Camino",Historia General de México, TomoII,México,1981.
116. Menéndez,E.,"El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores",op. cit.
117. Ibid
118. F.del Castillo,op.cit.
119. IMSS-COPLAMAR,op.cit.
120. González,H.,S.,"La Enseñanza de la Medicina en la República",Gac. Méd. Méx.,Tomo LVII,1928
121. F.del Castillo,op.cit.
122. Escontria,M.,"LA Desnutrición en la Primera Infancia",Gac. Méd. Méx.,Tomo LIX,1928.
123. Ibid
124. Cardoso,opcit.
125. IMSS-COPLAMAR,op.cit.
126. Alvarez Amézquita,J.,Bustamante,E.,L.Picazo,A., y F.del Castillo, "Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México",Tomo III, México,1960
127. Ibid
128. D.Bernal,J.,op.cit.
129. F. del Castillo,op.cit.
130. Rojas,L.R.,"La Tuberculosis y la Desnutrición de los Escolares", Gac.Méd.Méx.,1941
131. Lain Entralgo,op.cit.
132. Ibid
133. ~~XXXXXXXXXXXXXXXXX~~.Bernal,J.,op.cit.
134. Cravioto,J.,op.cit.
135. Ramos Galván,R.,"Introducción.Seminario sobre Alimentación del Niño",Cuadernos de Nutrición,Vol 1,no. 1,Enero-Marzo,México,1976.
136. Nicolaevsky,"Karl Marx",
137. Cravioto,J.,op.cit.
138. Ianni,O,"El Estado Capitalista en la Epoca de Cárdenas",Serie Popular ERA,51,México,1977.
139. Ianni,O,"Sociología del Imperialismo",SEP-SETENTAS,125,México,1974
140. Gordillo,G.,"Estado y Sistema Ejidal",Cuadernos Políticos,21,1974.
141. Ibid
142. IMSS-COPLAMAR,Op.cit.
143. Gordillo,G.,op.cit.
144. Ibid
145. Ibid
146. Reynolds,C.,"La Economía Mexicana Su Estructura y Crecimiento en el Siglo XX",FCE,México,1973.
147. Rivera,M.G.,"Estructura Social y Económica,El Mercado de Trabajo" Vol.1,FCE,NAFINSA,México,1955.
148. Meyer,L.,op.cit.
149. Ibid
150. Ver Cita Pérez F.,Eusebio,"La Consolidación Industrial y la Tuberculosis en México1940-1952", Tesis Maestría en Medicina Social, UAM-X,pp 116.

151. IMSS-COPLAMAR,op.cit.
152. Ibid
153. Chávez,A.,op.cit.
154. F.del Castillo,op.cit.
155. Cfr.Frenk,J.,"El Mercado de Trabajo Médico",Reporte de Investigación,UAM-X,1980.
156. Ibid
157. F.del Castillo,op.cit.
158. Cfr.Frenk,J., op.cit. e Imss-Coplamar,op.cit.
159. IMSS-COPLAMAR,op.cit.
160. Gordillo,G.,op.cit.
161. Ibid
162. Ver Alvarez Amézquita,op.cit.
163. Frenk,J.,op.cit.
164. Menéndez,E.,op.cit.
165. Frenk,J.,op.cit.
166. F.del Castillo,op.cit.
167. Epoca que coincide con el auge de la investigación en E.U.A. cfr. Menéndez,E.,op.cit. pp38
168. Izquierdo,J.,"Balance Cuatricentenario de la Fisiología en México" Gac.Méd.Méx.,1934.
169. Las tasas consideradas son retomadas de la elaboración hecha por Imss-Coplamar,las cuales son tasas ajustadas.
170. Laurell,A.C.,"El Proceso Salud-Enfermedad como Fenómeno Social", discusiones Módulo Distribución y Determinantes de la Salud,AUM-X 1981.
171. Bartra,A.,"La Explotación del Trabajo Campesino por el Capital", Ed.Macehual,México,1979.
172. Cfr.Méneндez,E.,op.cit.
173. Ibid
174. SSA,"La Salud Pública en México 1959-1982",Bustamente,et.al.
175. Ibid
176. Gordillo,G.,op.cit.
177. Alvarez Amézquita;Bustamante,y otros,opcit.
178. Ibid
179. Ramos Galván,R.,"La Desnutrición Infantil en México" ,Rev.Salud Pública de México,1962.
180. Ros,J., y Vázquez,A.,"Industrialización y Comercio Exterior 1950-1977",Economía Mexicana,CIDE,No.2,México,1980.
181. Cardoso,op.cit.
182. Gómez Federico,citado por Cravito,op.cit.
183. Cravioto,J.,op.cit.
184. Menéndez,E.,"Poder,Estratificación y Salud",op.cit.
185. Meyer,L.,op.cit.
186. Alponte,J.M.,
187. La lista de investigaciones fue tomada en gran parte de la citada por Cravioto (ver cuadro 11)
188. Cravioto,J.,op.cit.

189. Ibid
190. Ibid
191. Cravioto,J.,Entrevista,en "Cuadernos de Nutrición",INN-LICONSA, Vol.5,No.3,Enero-Febrero-Marzo,1982
192. Ibid
193. Cfr. recopilación Rivera Dommarco y Casanueva,op.cit.
194. Menéndez,E.,"El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores"op.ci
195. Mercer,H.,"La Prescripción de Medicamentos",en Foro sobre Empresas Multinacionales y Transferencia de Tecnologia,en el Ramo de la - Industria Quimicofarmaceútica,UAM-X,1979
196. Chávez,V.,A."La Nutrición en la Práctica Médica",Rev.Salud Pública de México,Epoca V,Vol VII,No.1,1965.
197. Menéndez,E.,"Las Clases Subàlternas y el Problema de la Medicina Denominada 'Tradicional'",op.cit.
198. La lista es continuación de la proporcionada por Cravioto y a la cual se alude en la referencia 187.
199. Rojas,L.R.,op.cit.130
200. Menéndez,E.,"El Modelo Médico..."op.cit.
201. OPS,IIPNS,"Políticas de Salud",Washington,D.C.,1972.
202. Sánchez,V.A.,"Filosofía de la Práxis",op.cit.
203. Cravioto,J.,"Investigación en Nutrición...."op.cit.
204. Bernal,S.V.,"Las Empresas Transnacionales y el 'Desarrollo' de la Industria de la Salud en México",en Foro sobre Empresas Multinacionales y Transferencia de Tecnología en Ramo de la Industria Quimicofarmaceútica,UAM-X,1979.
205. Arana,M.,"Las Fórmulas Infantiles para Alimentación Infantil",Rev. Latinoamericana de Salud,No.2,Nueva Imagen,1982.
206. Chávez,V.A.,"La Nutrición en la Práctica Médica" op.cit.
207. Kaplan,M.,"La Ciencia en la Sociedad y en la Política",SEP/SETENTAS,DIANA,México,1979.
208. Portelli,op.cit.refiriendo a Gramsci
209. Arana,M.,op.cit.
210. Gordillo,G.,op.cit.
211. Ibid
212. Ibid
213. Aguirre,G.,"Tendencias de la Producción Agropecuaria en las Dos - Ultimas Décadas",Economia Mexicana,CIDE,No.2,1982.
214. Ibid
215. Gordillo,G.,op.cit.
216. Arroyo,G.,"Modelo de Acumulación,Clases Sociales y Agricultura", Investigación Económica,Año XXXVII,Vol XXXVII,143,1979.
217. Meyer,L.,"La Encrucijada",Historia General de México,1981
218. Ibid
219. Ibid
220. Ibid
221. Ibid
222. Bartra,A.,op.cit.
223. Loyo,A.,y Pozas,H.R."La Crisis Política de 1958(notas en torno a

los mecanismos de control ejercidos por el Estado mexicano sobre la clase obrera organizada)" en Movimiento Obrero,Rev.Mex. de C. P. y S. ,No.69,Julio-Septiembre,1977.
224. Ramos Galván,R.,"La Desnutrición Infantil en México"op.cit.
225. Ver Recopilación Rivera Dommarco y Casanueva.
226. Ramos Galván,R.,op.cit.
227. Alvarez Amézquita,op.cit.(ver Cuadro)
228. Menéndez,E.,"Las Clases Subalternas..."op.cit.
229. Boltanski,L.,"Los Usos Sociales del Cuerpo",Módulo Saber Médico, Maestría en Medicina Social,UAM-X,1980.
230. Mercer,H.,op.cit.
231. OPS,IIPES,op.cit.
232. Ibid
233. Laurell,A.C.,"La Política de Salud en los Ochenta",Cuadernos Políticos,No.23,ERA,1980
234. Cfr.Cravito,op.cit.
235. F.Donnangelo,M.,y Pereira,L.,"Medicina na Sociedade de Classes" Módulo Saber Médico,Maestría Medicina Social,UAM-X,1980.
236. D.Beghin,I.,"Funcionamiento de los Centros de Recuperación Nutricional en América Latina:una evaluación crítica",Boletín OPS, Vol.LXXII,No.1,Enero,1972
237. IMSS-COPLAMAR.op.cit.
238. Portelli,opcit.

BIBLIOGRAFIA

TERCERA PARTE.

1. Osorio Victoria,M.,"Nutrición y Sociedad",Mecanografiado,Curso de Sociología Médica,FCPyS,UNAM,México,1982
Vasco,Uribe,A."Salud,Medina y Clases Sociales",La Pulga,Medellín, Colombia,1975
2. Juárez,Mercedes,"Los Contenidos Básicos de las Prácticas Curativas Populares",Cap.IV,Tesis de Grado,Maestria en Medicina Social,UAM-X
3. Cravito,J.,"Investigación en Nutrición,Crecimiento y Desarrollo en el Campo de la Pediatría",INCITAS-DIF,s/f.
4. Holloway,J.,"El Estado y la Lucha Cotidiana",Cuadernos Políticos, No.24,ERA,1980
5. Allport,F.,"El Problema de la Percepción",Nueva Visión,NV Fichas, 33,Buenos Aires,Argentina,1974
6. Braunstein,N.A.,"Sicología:ideología y ciencia",Siglo XXI,6ta Ed., México,1975
7. Piaget,J.,"Biología y Conocimiento",Siglo XXI,México,1969
8. Ibid
9. Ibid
10. Ibid
11. Kosik,K.,"Dialéctica de lo Concreto",Grijalbo,México,1976.
12. Cravioto,J.,op.cit.
13. Frostig,M.,"Programa para el Desarrollo de la Percepción Visual",

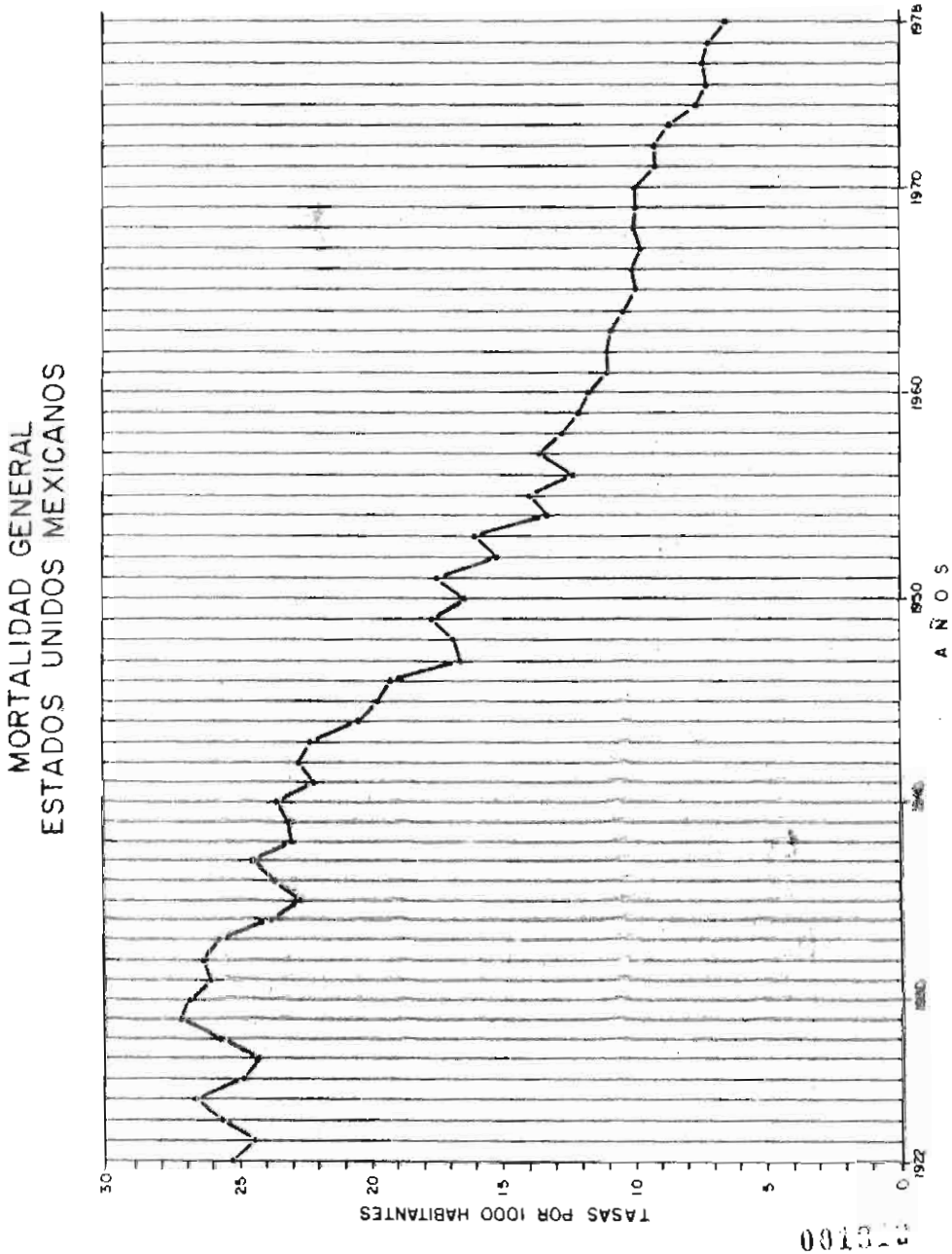
Ed.Médica Panamericana,Buenos Aires,Argentina,1980.
14. Marx,K.,"[illegible]",en E.Fromm,El Concepto del Hombre en Marx,Ed.FCE,Colección Breviarios.
15. Lichtman,R.,"La Teoría de la Ideología en Marx",Cuadernos Políticos No.10,Oct-Dic.,1976
16. Nun,J.,"La Rebelión del Coro",Rev.Nexos.
17. Vigorelli,A.,"Pensamiento Cotidiano y Ciencia en Marx",Cuadernos - Políticos,No.26,oct-dic.,1980.
18. Schautzman y Strauss,en Bordieu,"El Oficio de Sociólogo",Siglo XXI, México,1980.

CUADRO 3.1
ESTANDARIZACION[1] DE LA MORTALIDAD GENERAL POR GRUPOS DE EDAD.
MEXICO, 1950-1976

Grupos de edad	Muertes Estandarizadas						Muertes Registradas		Muertes Estandarizadas	
	1950		1960		1970		1974		1976	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Menores de 1 año[2]	251 075	26.9	193 577	29.8	178 536	30.9	121 604	28.1	135 301	30.5
1 - 4	232 093	24.9	120 949	18.7	90 488	15.7	37 983	8.8	42 172	9.5
5 - 14	57 832	6.2	34 585	5.3	26 996	4.7	17 733	4.1	16 579	3.7
15 - 24	48 932	5.2	30 900	4.8	24 435	4.2	22 640	5.2	20 421	4.6
25 - 44	98 410	10.5	68 441	10.6	58 388	10.1	51 279	11.9	46 675	10.5
45 - 64	97 156	10.4	77 009	11.9	71 519	12.4	65 817	15.2	61 019	13.8
65 y más	148 295	15.9	122 823	18.9	127 035	22.0	115 210	26.7	120 958	27.4
TOTALES	933 793		648 283		577 376		432 266		443 125	
Tasa de Mortalidad estandarizada por 1000 habitantes	16.1		11.2		9.9		7.5		9.0	

1 Se utiliza como población estándar la población de México de 1974.
2 Muertes tomadas de la población nacida viva registrada.
FUENTES: SSA, *Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1950, 1960, 1970, 1974 y* SPP, *Cuaderno de información oportuna del sector salud*. 2, p. 65.

GRAFICA 1


MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
TASAS POR 1000 HABITANTES
30
25
20
15
10
5
0
1922
1950
1960
1970
1976
AÑOS

CUADRO 4

REPUBLICA MEXICANA
NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR
1,000 HABITANTES

1940-194

ENTIDAD	1940		1941		1942	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
E. U. M.	458 906	23.34	446 361	2[illegible].95	471 600	22.80
Agscs.	4 079	[illegible]5.22	3 476	[illegible].08	4 620	[illegible]27.81
B. C. Norte	1 288	[illegible]6.32	1 197	[illegible].24	1 595	15.32
B. C. Sur	666	[illegible]2.93	831	[illegible].60	877	16.[illegible]0
Campeche	1 583	[illegible]7.49	1 732	[illegible].42	2 008	20.74
Coahuila	13 373	[illegible]4.28	12 563	[illegible].03	13 669	23.35
Colima	2 145	[illegible]7.21	1 920	[illegible].27	1 799	21.07
Chiapas	12 360	[illegible]8.17	13 830	[illegible].60	14 645	20.[illegible]
Chihuahua	11 494	[illegible]8.42	12 032	[illegible].54	12 167	18.20
D.F.	42 316	[illegible]5.07	42 617	[illegible].58	43 749	[illegible]21.97
Durango	9 917	[illegible]0.49	9 302	[illegible].58	10 802	21.03
Guanajuato	36 907	[illegible]5.26	27 801	[illegible].76	30 180	[illegible]27.[illegible]2
Guerrero	13 547	[illegible]7.11	14 426	[illegible].11	13 679	17.[illegible]3
Hidalgo	17 884	[illegible]23.17	18 032	[illegible].07	19 761	[illegible]25.[illegible]4
Jalisco	33 965	[illegible]23.94	32 316	[illegible].18	33 869	[illegible]22.[illegible]8
Edo. de Méx.	31 163	[illegible]27.19	28 165	[illegible].96	31 134	[illegible]25.99
Michoacán	27 193	[illegible]23.00	27 057	[illegible].35	27 323	22.[illegible]6
Morelos	4 689	[illegible]5.66	4 727	[illegible].57	4 533	22.66
Nayarit	3 819	[illegible]7.62	4 240	[illegible].84	4 163	17.[illegible]3
Nuevo León	9 766	[illegible]8.04	9 857	[illegible].49	9 583	[illegible]16.[illegible]
Oaxaca	37 986	[illegible]1.84	32 629	[illegible].74	31 878	[illegible]25.[illegible]
Puebla	36 329	[illegible]8.06	39 701	[illegible].78	39 962	[illegible]29.[illegible]1
Querétaro	7 381	[illegible]0.15	5 852	[illegible].43	6 739	[illegible]26.57
Quintana Roo	185	9.86	269	[illegible].69	373	18.[illegible]2
S. L. Potosí	15 418	[illegible].71	15 831	[illegible].63	16 608	23.[illegible]
Sinaloa	8 363	[illegible].96	8 468	[illegible].62	8 190	15.68
Sonora	6 789	[illegible]8.64	6 733	[illegible].70	7 340	18.67
Tabasco	4 118	[illegible]4.41	4 382	[illegible].87	5 310	17.61
Tamaulipas	6 462	[illegible]4.08	6 708	[illegible].80	7 314	14.40
Tlaxcala	6 206	[illegible]7.68	5 957	[illegible].78	7 121	30.[illegible]1
Veracruz	28 650	[illegible].69	29 326	[illegible].58	32 008	18.[illegible]3
Yucatán	10 208	[illegible].40	11 433	[illegible].60	13 155	[illegible]29.[illegible]
Zacatecas	13 657	[illegible].15	12 941	[illegible].41	15 492	26.40

CUADRO 5

REPUBLICA MEXICANA
NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR
1,000 HABITANTES
1943-1946

ENTIDAD	1943		1944		1945		1946	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
E.U.M.	474 950	22.17	447 198	20.33	443 694	19.65	442 935	19.10
Ags.	4 117	24.24	3 526	20.46	3 777	21.59	4 038	22.75
B.C. Norte	1 681	15.13	1 777	14.42	1 897	13.89	1 909	12.61
B.C. Sur	898	16.52	757	13.70	796	14.17	713	12.49
Campeche	2 365	23.72	1 712	16.67	1 478	13.98	1 450	13.32
Coahulla	14 086	23.44	12 914	20.93	12 132	19.16	13 287	20.44
Colima	2 034	23.01	1 735	18.96	1 810	19.11	1 756	17.91
Chiapas	15 173	20.33	13 943	18.16	13 478	17.07	14 766	18.18
Chihuahua	12 527	18.19	13 369	17.43	12 108	16.56	12 506	16.08
D. F.	42 924	20.43	41 728	18.82	40 867	17.46	43 879	17.77
Durango	9 116	17.30	8 728	16.14	8 476	15.28	9 407	16.52
Guanajuato	36 580	22.35	29 082	25.13	29 093	24.56	28 717	23.68
Guerrero	13 582	17.22	13 178	16.34	12 380	15.01	12 354	14.65
Hidalgo	19 354	24.30	18 626	23.16	18 957	23.35	17 328	21.14
Jalisco	34 359	22.64	32 589	21.04	30 070	19.02	29 465	18.27
Edo. Méx.	29 838	24.44	32 102	25.80	29 231	23.05	34 011	26.31
Michoacán	25 886	20.62	26 085	20.41	23 027	17.69	22 209	16.76
Morelos	4 955	23.82	4 959	22.92	4 879	21.68	4 704	20.10
Nayarit	4 692	19.70	3 989	16.27	4 044	16.04	4 380	16.88
Nuevo León	11 282	18.83	10 187	16.49	9 657	15.16	10 273	15.65
Oaxaca	31 512	24.96	29 947	23.31	29 975	22.94	30 411	22.88
Puebla	39 671	28.46	34 731	24.37	36 744	25.21	39 298	26.37
Querétaro	7 127	27.68	5 931	22.68	8 369	23.99	5 984	22.20
Quintana Roo	360	17.06	377	17.25	236	10.42	229	9.76
S. L. P.	18 042	24.65	15 508	20.71	15 361	20.06	14 865	18.98
Sinaloa	7 688	14.36	7 776	14.17	7 831	14.01	7 600	13.18
Sonora	7 952	19.57	7 983	18.05	7 739	17.83	7 187	16.02
Tabasco	6 525	21.14	6 298	19.93	5 039	15.56	4 309	13.02
Tamaulipas	7 621	14.36	7 625	13.76	8 894	11.90	7 560	12.50
Tlaxcala	7 252	29.95	6 649	26.83	6 307	24.86	7 474	28.78
Veracruz	29 586	16.95	30 855	17.28	39 286	16.57	28 802	15.42
Yucatán	11 893	26.55	11 577	25.31	10 094	21.62	8 046	16.88
Zacatecas	14 261	23.92	12 355	20.40	12 632	20.52	14 015	22.41

CUADRO 6

REPUBLICA MEXICANA
NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR
1,000 HABITANTES
1947-1949

ENTIDAD	1947		1948		1949	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
E. U. M.	390 087	16.38	407 708	16.66	443 559	17.64
Agsca.	3 092	17.16	3 186	17.42	3 982	21.46
B.C. Norte	2 067	12.32	2 303	12.38	2 588	12.55
B. C. Sur	616	10.61	629	10.66	592	9.87
Campeche	1 491	13.30	1 462	12.67	1 655	13.92
Coahuila	10 937	16.39	10 827	15.80	12 110	17.22
Colima	1 593	15.69	1 813	17.25	1 978	18.18
Chiapas	13 142	15.73	13 341	15.53	14 524	16.43
Chihuahua	11 106	14.31	11 925	14.92	11 983	14.55
D.F.	39 657	15.22	43 223	15.72	47 992	16.54
Durango	8 218	14.07	7 472	12.46	8 879	14.43
Guanajuato	23 638	19.04	25 503	20.07	29 095	22.37
Guerrero	12 524	14.53	12 034	13.66	12 978	14.41
Hidalgo	15 298	18.49	16 525	19.79	17 550	20.82
Jalisco	25 755	15.65	26 507	15.78	31 964	18.64
Edo. de Mex	28 328	21.50	30 949	23.05	34 556	25.25
Michoacán	19 030	14.10	20 723	15.08	23 113	16.52
Morelos	4 296	17.66	4 397	17.38	4 409	16.76
Nayarit	3 822	14.32	3 576	13.02	4 213	14.91
Nuevo León	9 090	13.43	9 316	13.35	9 392	13.05
Oaxaca	28 877	21.36	30 332	22.05	30 720	21.96
Puebla	32 975	21.64	34 675	22.26	37 524	23.56
Querétaro	4 420	16.14	4 891	17.59	5 668	20.08
Quintana Roo	217	8.92	193	7.66	262	10.04
S. L. Potosí	12 897	16.10	13 539	16.52	14 106	16.82
Sinaloa	6 401	10.83	8 182	13.50	6 681	10.75
Sonora	6 920	14.92	7 503	15.66	6 852	13.83
Tabasco	4 663	13.76	4 776	13.77	4 809	13.54
Tamaulipas	7 125	11.27	7 121	10.78	7 940	11.51
Tlaxcala	5 768	21.70	6 380	23.45	7 048	25.31
Veracruz	27 760	14.53	26 946	13.79	26 427	13.22
Yucatán	7 470	15.35	6 757	13.60	8 476	16.71
Zacatecas	10 894	17.15	10 702	16.58	13 493	20.57

CUADRO 7

REPUBLICA MEXICANA

NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR 1,000 HABITANTES

1950-1953

ENTIDAD	1950		1951		1952		1953	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
E. U. M.	418 430	16.22	458 238	17.26	408 823	14.98	446 127	15.90
Agsc.	3 294	17.51	3 884	20.32	3 150	16.24	3 792	19.27
B.C. Norte	2 528	11.13	2 877	11.35	2 888	10.28	3 287	10.55
B.C. Sur	699	11.48	928	14.98	611	9.70	620	9.68
Campeche.	1 561	12.78	1 338	10.62	1 401	10.80	1 429	10.70
Coahuila	10 010	13.89	12 604	17.00	10 606	13.94	12 395	15.87
Colima	1 723	15.33	1 955	16.77	1 912	16.85	1 958	15.65
Chiapas	12 935	14.26	14 986	16.03	15 106	15.71	15 501	15.67
Chihuahua	11 204	13.23	12 970	14.84	12 480	13.86	13 677	14.75
Dist. Fed.	41 349	15.52	45 311	14.02	43 669	12.81	45 785	12.72
Durango	7 355	11.67	9 157	14.14	7 872	11.85	8 390	12.30
Guanajuato	27 337	20.57	31 413	22.56	25 469	18.26	28 240	19.78
Guerrero	12 964	14.10	13 455	14.29	12 370	12.85	13 641	13.86
Hidalgo	17 544	20.63	18 299	21.30	17 039	19.64	18 966	21.66
Jalisco	28 659	16.40	31 661	17.73	27 719	15.21	28 352	15.25
Edo. México	31 078	22.31	28 810	20.27	28 810	19.89	32 969	22.33
Michoacán.	21 609	15.18	22 380	15.43	20 410	13.82	22 635	15.05
Morelos	4 317	15.82	4 745	16.68	4 105	13.87	4 730	15.37
Nayarit	4 213	14.52	4 044	13.52	3 980	12.93	3 990	12.63
Nuevo León	8 592	11.60	11 094	14.50	8 106	10.28	10 375	12.76
Oaxaca	29 294	20.61	32 439	22.41	29 353	19.93	30 387	20.28
Puebla	34 013	20.92	38 538	23.14	33 905	21.16	39 009	22.41
Querétaro	5 900	20.60	6 288	21.61	5 164	17.48	6 167	20.55
Quintana Roo	258	9.56	276	9.85	231	7.98	289	9.61
S. L. Potosí	13 736	16.04	17 085	19.48	12 938	14.42	14 374	15.65
Sinaloa	7 073	11.12	8 104	12.41	7 166	10.78	7 154	10.42
Sonora	6 458	12.64	7 765	14.68	6 732	12.31	7 222	12.78
Tabasco	4 575	12.61	4 730	12.72	4 410	11.58	4 763	12.22
Tamaulipas	7 939	11.05	9 705	12.89	8 117	10.32	9 088	11.06
Tlaxcala	6 527	22.93	6 956	23.84	6 313	21.14	7 580	24.80
Veracruz	27 356	13.40	30 667	14.67	28 243	13.21	30 498	13.94
Yucatán	8 592	16.62	8 274	15.65	7 798	14.38	7 478	13.57
Zacatecas	11 265	16.92	13 237	19.55	10 781	15.67	11 384	16.29

CUADRO 8

REPUBLICA MEXICANA

NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR 1,000 HABITANTES

1954-1956

ENTIDAD	1954		1955		1956	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
E.U.M.	378 752	13.12	407 522	13.73	368 740	12.07
Agsca.	2 777	*13.90	3 191	*15.74	2 884	*14.02
B.C. Norte	3 350	9.70	3 510	9.17	3 492	8.23
B. C. Sur	557	8.56	611	9.24	690	10.26
Campeche	1 385	10.07	1 622	11.45	1 489	10.21
Coahuila	10 112	12.61	10 524	12.78	8 977	10.62
Colima	1 808	13.98	1 853	13.85	1 793	12.94
Chiapas	14 030	13.79	15 078	14.41	14 536	13.51
Chihuahua	11 938	12.49	11 847	12.03	10 782	10.63
D. F.	41 370	10.89	44 984	11.23	42 234	9.99
Durango	7 317	10.46	7 457	10.39	6 418	8.71
Guanajuato	22 097	*15.12	26 059	*17.43	21 814	*14.25
Guerrero	11 902	11.83	13 019	12.66	12 827	12.20
Hidalgo	14 337	*16.22	15 459	*17.32	13 591	*15.09
Jalisco	24 530	12.93	27 440	14.17	24 767	12.53
Edo. de Mex.	26 692	*17.74	29 141	*19.00	24 863	*15.90
Michoacán	18 894	12.33	19 213	12.32	17 956	11.31
Morelos	4 073	12.73	4 220	12.68	3 976	11.49
Nayarit	3 626	11.13	3 811	11.37	3 697	10.72
Nuevo León	8 3[illegible]3	10.02	9 036	10.45	7 568	8.49
Oaxaca	28 786	*18.89	28 772	*18.56	25 136	*15.94
Puebla	30 678	*17.24	32 713	*17.97	29 723	*15.97
Querétaro	4 655	*15.28	5 508	*17.81	4 584	*14.59
Quintana Roo	257	8.25	246	7.62	204	6.10
S.L. Potosí	11 959	12.74	13 262	13.81	11 581	11.79
Sinaloa	6 294	8.95	6 531	9.06	6 363	8.61
Sonora	7 121	12.19	7 239	11.99	6 655	10.67
Tabasco	4 528	11.35	4 899	12.00	4 367	10.45
Tamaulipas	8 253	9.62	9 284	10.36	8 061	8.56
Tlaxcala	5 499	*17.57	6 067	*18.94	5 549	*16.92
Veracruz	25 688	11.48	26 455	11.56	26 303	11.24
Yucatán	6 437	11.44	7 535	13.12	6 832	11.66
Zacatecas.	9 403	13.24	10 936	15.11	9 028	12.31

CUADRO 9

REPUBLICA MEXICANA
NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR
1,000 HABITANTES

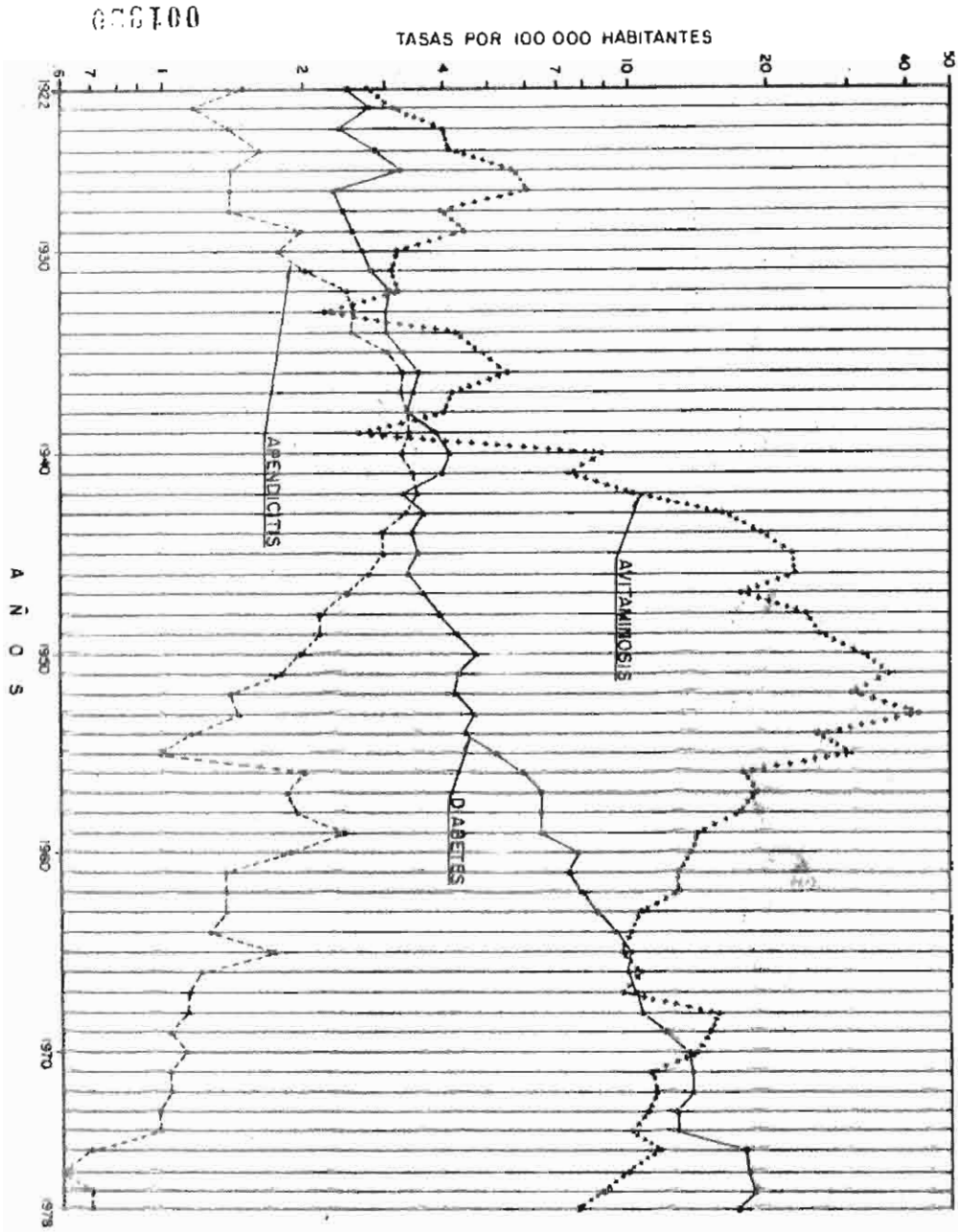
1957-1959

ENTIDAD	1957		1958		1959	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
E. U. M.	416 538	13.25	405 078	12.52	397 466	11.93
Agsc.	3 364	*16.11	3 156	*14.89	2 898	*13.48
B.C. Norte	3 899	8.29	4 039	7.75	4 180	7.23
B.C. Sur	632	9.25	708	10.19	632	8.95
Campeche	2 003	13.34	1 675	10.83	1 621	10.18
Coahuila	10 917	12.58	10 475	11.76	9 989	10.92
Colima	1 953	13.62	1 918	12.92	2 223	*14.47
Chiapas	14 943	13.50	15 575	13.68	13 772	11.76
Colima	1 953	13.62	1 918	12.92	2 223	*14.47
Chiapas	14 943	13.50	15 575	13.68	13 772	11.76
Chihuahua	11 864	11.36	13 060	12.13	11 391	10.27
Dist. Fed.	50 212	11.25	47 672	10.12	49 436	9.95
Durango	7 318	9.68	8 004	10.33	6 627	8.33
Guanajuato	26 125	*16.67	24 507	*15.28	23 020	*14.02
Guerrero	13 448	12.51	11 920	10.84	11 797	10.50
Hidalgo	14 194	*15.61	15 478	*16.86	14 803	*16.06
Jalisco	27 832	13.00	25 509	12.39	25 899	12.33
Edo. México	29 918	*18.78	28 236	*17.39	28 849	*17.43
Michoacán	19 655	12.15	17 847	10.86	18 045	10.77
Morelos	4 384	12.18	4 072	10.88	4 044	10.39
Nayarit	4 070	11.47	4 357	11.93	4 107	10.93
Nuevo León	9 055	9.85	8 707	9.19	9 012	9.23
Oaxaca	26 141	*16.29	27 206	*16.67	26 289	*15.84
Puebla	33 675	*17.70	32 131	*16.52	31 798	*15.99
Querétaro	5 253	*16.47	4 867	*15.03	5 010	*15.23
Quintana Roo	299	8.63	237	6.60	234	6.29
S. L. P.	13 190	13.13	13 404	13.04	12 979	12.34
Sinaloa	6 541	8.63	6 978	8.90	6 931	8.70
Sonora	8 013	12.43	7 842	11.77	7 689	11.16
Tabasco	4 804	11.23	5 823	13.30	4 805	10.72
Tamaulipas	9 039	9.24	9 674	9.46	8 341	7.81
Tlaxcala	5 960	*17.78	5 170	*15.05	5 540	*18.76
Veracruz	28 265	11.81	27 832	11.37	28 706	11.46
Yucatán	7 821	11.07	8 136	13.32	7 546	12.10
Zacatecas	9 758	13.10	8 863	11.71	9 176	11.93

NOTA: Las cifras para 1959 están sujetas a rectificación.

GRAFICA 2

218



MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS Y CIRROSIS HEPATICA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CUADRO 10

9. Gómez, F., Ramos Galván, R., Crovioto, J., Frenk, S., Janeway, C., Gamble, J.L.: Intracellular composition and homeostatic mechanisms in chronic infantile malnutrition. I. General considerations. Pediatrics 20: 101, 1957.

10. Frenk, S., Metcoff, J., Gómez, F., Ramos Galván, R., Crovioto, J., Antonowicz, I.: Intracellular composition and homeostatic mechanisms in chronic infantile malnutrition. II. Tissue composition. Pediatrics 20: 105, 1957.

11. Gordillo, G., Soto, R., Metcoff, J., López Montaño, E., García Antillón, J.: Intracellular composition and homeostatic mechanisms in severe chronic infantile malnutrition. III. Renal adjustments. Pediatrics 20: 303, 1957.

12. Metcoff, J., Frenk, S., Gordillo, G., Gómez, F., Ramos Galván, R., Crovioto, J., Janeway, C.A., Gamble, J.L.: Intracellular composition and homeostatic mechanisms in severe chronic infantile malnutrition. IV. Development and repair of the biochemical lesion. Pediatrics 20: 317, 1957.

13. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Bienvenue, B., Crovioto, J.: Estudios sobre el Niño Desnutrido. X. La Recuperación del Niño Desnutrido Empleando Proteínas de Origen Vegetal y Proteínas de Origen Animal. Informe de Tres Experiencias Comparativas. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 9: 339-426, 1952.

14. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Crovioto, J., Frenk, S., Vázquez, J.: Estudios Sobre el Niño Desnutrido. XI. Actividad Enzimática del Contenido Duodenal en Niños con Desnutrición de Tercer Grado. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 10: 106-113, 1953.

15. Gómez, F., Vázquez, J., Ramos-Galván, R., Crovioto, J., Frenk, S.: Estudios Sobre el Niño Desnutrido. XII. La Anemia del Desnutrido. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 10: 236-248, 1953.

16. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Crovioto, J., Frenk, S., Valderrábano, D.: Dosificación de iodo Unido a Proteínas en Niños Desnutridos y Durante su Recuperación. Rev. Mex. de Ped. 24: 94, 1955.

17. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S., Balok, R.: Estudios Sobre el Niño Desnutrido XVIII. Niveles Séricos de Calcio, Fósforo Inorgánico y Fosfatasa Alcalina en preescolares con Desnutrición Crónica Severa y en el Curso de su Recuperación Nutricional. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 6: 865-874, 1956.

18. Gómez, F., Ramos-Galvón, R., Cravioto, J., Frenk, S., Vázquez, S., De la Peña, C.: Fat Absorption in chronic severe Malnutrition in Children. Lancet 2: 121, 1956.

19. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S., Balok, R.: Los Niveles Séricos de Calcio, Fósforo y Fosfatasa en preescolares desnutridos y en su recuperación. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 13: 865, 1956.

20. Olorte, J., Cravioto, J., Campos, B.: Inmunidad en el Niño Desnutrido. 1. Producción de Anti-Toxina diftérica. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 13: 467, 1956.

21. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., and Frenk, S.: Protein Metabolism in chronic severe malnutrition (Kwashiorkor). Effect of the supplementation of lysine on the absorption and retention of nitrogen of cow's milk. J. Pediat. 51: 262-266, 1957.

22. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., and Frenk, S.: Protein Metabolism in Chronic Severe Malnutrition (Kwashiorkor). Absorption and Retention of Nitrogen From a Typical Poor Mexican Diet. Brit. J. of Nutrit. 11: 229, 1957.

23. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S.: Metabolismo del Nitrógeno en Niños con Desnutrición Severa Crónica. Absorción y Retención del Nitrógeno de Proteínas de Alto Valor Biológico. Rev. Inv. Clín. Méx. 9: 41, 1957.

24. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S., De la Peña, C., Moreno, M.F. and Villa, M.E.: Protein Metabolism in Chronic severe malnutrition (Kwashiorkor). Influence of supplements of lysine and typtophan on the absorption and retention of nitrogen from a typical diet of corn-meal and beans. Acta Paediat. 46: 286-293, 1957.

25. Cravioto, J.: Proteins in Malnutrition. Modern Problems in Pediatrics. S. Korger Basel., Switzerland, 2: 169, 1957.

26. Gitlin, D., Cravioto, J., Frenk, S., López-Montaño, E., Ramos-Galván, R., Gómez, F., and Janeway, C.A.: Albumin Metabolism in children with protein malnutrition (Kwashiorkor). J. Clin. Invest. 37: 582, 1958.

27. Frenk, S., Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J.: Fatty Liver in children with Kwashiorkor. Am. J. Clin. Nutrit. 6: 1958.

28. Cravioto, J.: Certain aspects of protein metabolism in chronic severe malnutrition. (Kwashiorkor). Am. J. Clin. Nutrit. 6: 495, 1958.

29. Gómez, F., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S.: Disorders of metabolism and Disorders of the endocrine glands in: Diseases of children in the subtropics and tropics. H.C. Trowell and D.B. Jelliffe. Ed. E. Arnold (Publishers) Ltd. London, 1958.

30. Cravioto, J., Frenk, S.: Glucógeno. Algunos Puntos de interés en Medicina Humana. Prensa Méd. Méx. 22: 27, 1958.

31. Cravioto, J., Robles, B.: Metabolismo Proteico en la Desnutrición Avanzada del Niño. Influencia de una Carga de Glucosa Sobre las Concentraciones de Aminoácidos Libres del Plasma Sanguíneo. IX Reunión Asoc. Inv. Ped. pp. 261, 1959.

32. Cravioto, J., De la Peña, C., and Burgos, G.: Fat Metabolism in Chronic Severe Malnutrition. Lipoproteins in Children with Kwashiorkor. Metabolism 8: 722, 1959.

33. Cravioto, J., Gómez, F., Ramos-Galván, R., Frenk, S., López Montaño, E., and García, N.: Protein Metabolism in Advanced Malnutrition. Concentrations of Free Aminoacids in Blood Plasma. Pediatría Internazionale. 9:21, 1959.

34. Cravioto, J.: Influencia de tipo Clínico de Desnutrición Sobre la Absorción y la Retención del Nitrógeno: Kwashiorkor Vs. Marasmo. Bol. Of. San. Panam. 48: 121, 1960.

CUADRO 11

40. Ramos-Galván, R., Pérez-Navarrete, J.L. y Cravioto, J.: Algunos Aspectos de Crecimiento y Desarrollo en el Niño Mexicano. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.). 17: 455, 1960.

41. Vega-Franco, L. y Chong-Ho, A.: Efectos de una Dieta Libre en Disacáridos Durante los Procesos Diarréicos del Lactante. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 29: 23, 1972.

42. Vega-Franco, L., Flores, E.Z. y Jiménez, E.: Estimación Indirecta de la Absorción de Grasas en Niños Desnutridos. Rev. Mex. Pediat. 42: 583, 1973.

43. Vega-Franco, L., Del Carmen, A.Toca, T. y Bautista, V.: Absorción - facilitada de Grasa Mediante el Uso de Enzimas Pancreáticas en Niños Desnutridos. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 31: 873, 1974.

44. Vega-Franco, L., Jiménez, E., y Pineda, Y.A.: Efecto de la Desnutrición Fetal Sobre la Actividad de las Disacaridasas (modelo experimental). Gac. Méd. Méx. 109: 261, 1975.

45. Vega-Franco, L., Jiménez Cordoso, E. y Vega Martínez, C.: Absorción Facilitada de Lactosa Mediante Beta Galactosidasas del Aspergillus. Rev. Mex. Pediat. 44: 137, 1975.

46. Vega-Franco, L. y Suguihara, C.Y.: La Dieta Elemental en el Tratamiento de la Diarrea Prolongada del Lactante. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 33: 335, 1976.

47. Vega-Franco, L., y López-Aguado, M.: Confiabilidad del Método para Estimar la Actividad de la Tripsina en las Heces Mediante la Licuefacción de la Gelatina. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 33: 969, 1976.

48. Vega-Franco, L., Guerra de la Garza, J., Filloy, L. y Suguihara, C. Y. y Barjas, E.: Efecto del Difenoxilato Sobre la Flora Intestinal de la Rata. Rev. Invest. Salud Pública. 36: 105, 1976.

49. Vega-Franco, L., Meza Camacho, C., Graham, S. y Toca, T.: Acidez Gástrica Durante la Recuperación de la Desnutrición. Bol. - Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 33: 1229, 1976.

50. Vega-Franco, L., Suárez, G.A. y Yochie-Suguihara, C.: Excreción - Urinaria de Indican Durante la Recuperación de la Desnutrición. Bol. Méx. Hosp. Infant. (Méx.). 35: 137, 1978.

51. Vega-Franco, L., y Toca, T.: Efecto de la Desnutrición Sobre la Longitud del Intestino. Goc. Méd. de Méx. 114: 551, 1978.

52. Vega-Franco, L., Velasco, S.F. y Toca, P.T.: Variación Cuantitativa de la Flora Bacteriana Intestinal por Efecto del Difenoxilato, según el Estado de Nutrición. Supl. No. 2, Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 36: 1979.

53. Lifshitz, F., Chavarría, C., Cravioto, J., Frenk, S. y Morales, M.: Iodo Hormonal en la Desnutrición Avanzada del Niño. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 19: 319-26, 1962.

54. Chavarría, C., Armendares, S. y Cravioto, J.: Crecimiento Somático en Niños Cretinos Sujetos a Tratamiento Sustitutivo. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 19: 285-97, 1962.

55. Chavarría, C., Castañón, M. y Quiroz, E.: Prevalencia de Bocio en Algunos Grupos de Niños Escolares. Bol. Med. Hosp. Infant. (Méx.). 19: 385-406, 1962.

56. Chavarría, C., Armendares, S., Anthony, H., Cravioto, J. y Frenk, S.: Crecimiento Somático y Desarrollo Mental en Niños con Hipotiroidismo Congénito. Revista de Investigación Clínica 16: 45-55, 1964.

57. Chavarría, C., Armendares, S. y Salgado, M.: Desarrollo Esquelético de Niños con Hipotiroidismo Congénito: Rev. Mex. de Ped. 33: 12-27, 1964.

58. Dorantes, A.L., Espinosa de los Monteros, M.A., Matus, S.A. y Chavarría, B.C.: Glucosa oral y endovenosa: Producción de insulina y de hormona de crecimiento en el recién nacido. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 33: 979, 1976.

59. Ramos-Galván, R.: Desnutrición y crecimiento físico. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 21 (Supl. 1): 11, 1964.

60. Ramos-Galván, R.: Homeorrhesis as a phenomenon of adaptation to calorie-protein deficiency. WHO/FAO/UNICEF. Prot. Adv. Group. Ginebra, 1966.

61. Ramos-Galvón, R., Pérez, O.B., Mariscal, A.C. y Viniegro, C. A.: Homeorresis. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 24: 5, 1967.

62. Ramos-Galván, R. y Luna Jaspe, H.: Estudio del crecimiento físico en un grupo de niños normales, en relación a los promedios norteamericanos. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 21 (Supl. 1): 65, 1964.

63. Mariscal, A.C., Viniegra, C.A. y Ramos Galván, R.: Predicción de talla en niños desnutridos y talla de los progenitores. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 23: 465, 1966.

64. Mariscal, A.C., Ramos-Galván, R., Viniegra, C.A. y Pérez Ortíz, B.: Predicción de talla final en niños con peso proporcionado a la talla. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 24: 43, 1967.

65. Ramos-Galván, R.: Crecimiento en peso y talla durante la etapa preescolar y escolar. En: Problemas en pediatría. IV. Evaluación y manejo de ciertos aspectos en el crecimiento y desarrollo de los niños. Asoc. Méd. Hosp. Infant. (Méx.), 1966.

66. Ramos-Galván, R. y Velázquez, S.E.: Somatometría en un grupo de preescolares y de sus progenitores, en Jumiltepec, Mor. (Para ser publicado).

67. Ramos-Galván, R. y Luna Jaspe, H.: Somatometría. (Tablas de peso y talla). Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 21 (Supl. 1): 143, 1964.

68. Ramos-Galván, R.: Análisis de peso de nacimiento y evolución del peso por ocho meses en un grupo de lactantes. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 16: 357, 1959.

69. Mariscal, A.C. y Viniegra, C.A.: Somatometría en preescolares de un barrio proletario de la C. de México. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 21 (Supl. 1): 27, 1964.

70. Ramos-Galván, R., Mariscal, A.C. y Viniegra, C.A.: Antropometría en preescolares. 1) Introducción. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 23: 33, 1966.

71. Canales Galván, C. y Ramos Galván, R.: Antropometría en preescolares. 2. Valoración en un grupo de la C. de México. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 23: 37, 1966.

72. Ramos-Galván, R. y Luna Jaspe, H.: Somatometría en tres mil niños de la clase media de la C. de México. d) Incrementos de diversos parámetros somatométricos en escolares desnutridos. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 21 (Supl. 1): 89, 1964.

73. Ramos-Galván, R.: Crecimiento físico en un grupo de escolares mexicanos de la clase media. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 21 (Supl. 1) 37, 1964.

74. Ramos-Galván, R. y Herrera, Nava, R.: Somatometría en tres mil niños de la clase media de la C. de México. a) Análisis del peso y de la talla. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 21. (Supl. 1): 45, 1964.

✓75. Ramos-Galván, R.: Crecimiento físico en un grupo de escolares mexicanos de la clase media. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 21 (Supl. 1): 37, 1964.

✓76. Viniegra, C.A., Ramos-Galván, R. y Mariscal, A. C.: Una prueba de atención aplicada a escolares de diferentes grupos socioeconómicos y diversos estados de nutrición. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 23: 741, 1966.

77. Viniegra, C.A., Ramos-Galván, R. y Mariscal, A. C.: Crecimiento físico en un grupo de adolescentes del sexo femenino. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 21 (Supl. 1): 105, 1964.

78. Díaz Bolio, J.E. y Ramos Galván, R.: Influencia de la nutrición en el desarrollo puberal de un grupo de adolescentes del sexo femenino de la C. de Mérida. Yuc. b) Somatometría. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 21 (Supl. 1): 131, 1964.

79. Díaz de M.C., Landa Rico, V.M. y Ramos-Galván, R.: Crecimiento y desarrollo en adolescentes femeninos: 1) Crecimiento físico. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 25: 775, 1968.

80. Landa Rico, V.M., Díaz de M.C. y Ramos-Galván, R.: Crecimiento y desarrollo en adolescentes femeninos. 3) Menarquia y crecimiento. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 25: 795, 1968.

81. Ramos-Galván, R. y Luna Jaspe, H.: Somatometría en tres mil niños de la clase media de la C. de México. c) Diversos valores en escolares menores de doce años, con peso y talla normales. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 21 (Supl. 1): 79, 1964.

82. Feria Cruz, A. y Ramos Galván, R.: Influencia de la nutrición en el desarrollo puberal de adolescentes del sexo masculino. a) Pubescencia. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 23: 97, 1966.

83. Ramos-Galván, R.: Somatometría pediátrica. Estudio semilongitudinal en niños de la ciudad de México. Archivos de Investigación Médica. I.M.S.S. Supl. No. 1, 1975.

84. Metcoff, J., Yoshida, T., Morales, M., Rosado, A., Urrusti, J, Sosa, A., Yoshida, P., Frenk, S., Velasco, L., Ward, A. y Al Ubaidi, Y.: Biomolecular studies of fetal malnutrition in maternal leukocytes. Pediatrics. 47: 180, 1971.

85. Yoshido, T., Metcoff, J., Morales, M., Rosado, A., Sosa, A., Yoshida, P., Urrusti, J., Frenk, S. y Velasco, L.: Human fetal growth retardation: II. Energy metabolism in leukocytes. Pediatrics 50: 559, 1972.

86. Ramos-Galván, R., Cravioto, J., Gutiérrez, G., Gómez, F., y Frenk, S.: Operación Zacatepec III.- Comparación de Un Método Indirecto y Otro Directo, en la Evolución del Estado de Nutrición de los Niños de una Comunidad Rural. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.). 15: 855, 1958.

87. Ramos-Galván, R., Vega, L., y Cravioto, J.: Operación Zacatepec VII. La Prueba de Goodenough, Estudio de 850 Dibujos realizados por Escolares de Tlaltizapán, Mor. IX Reunión Asoc. Inv. Ped. pp. 161, 1959.

88. Pérez-Navorrete, J.L., Vega, L. Vilches, A., Arrieta, R., Santibañez, B., Rivera, L., y Cravioto, J.: Operación Zacatepec V. Estudio Longitudinal de un Grupo de Niños a los que se les siguió durante su 1er. Año de Vida en la Villa de Tlaltizapán, Mor. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 17: 283-296, 1960.

89. Cravioto, J., Ribera, L., Pérez-Navarrete, J.L., González, J., Vilches, A., Arrieta, R., y Santibañez, E.: El Concepto Popular de Causa de Enfermedad Transmisible. Ensayo de Sistematización. Bol. Of. San. Panam. 52: 122, 1962.

90. Béhar, M., Cravioto, J., Guzmán, M.L., Ascoli, W., and Vega, L.: Death and Disease in the Rural Area. XIV Guatemala Congress of Medicine. Guatemala, C.A. 1963.

91. Vega, L., Urrutia, J.J., and Cravioto, J.: Estandarización de las Mediciones de Peso y Talla en Niños Escolares. Guatemala Pediátrico. 4: 84, 1964.

92. Cravioto, J., Vega, L., y Urrutia, J.J.: Mortalidad y Natalidad en el Altiplano de Guatemala. Guatemala Pediátrica. 4: 65, 1964.

93. Vega, L., Ramírez, C., Mazá, Z., y Cravioto, J.: Influencia del Estado de Nutrición sobre el Tipo y Frecuencia de complicaciones en el Sarampión. 4: 65, 1964.

94. García, B., Girón de Meneses, y Cravioto, J.: Operación Nimiquipalg. 11. Variación del Consumo de Alimentos en un Area Rural de Guatemala Durante los últimos Trece Años. Guatemala Pediátrica. 4: 50, 1964.

95. Luna-Jaspe, H., Vega, L., and Cravioto, J.: Evolution of Death and Disease in a Rural Village During the Past 85 Years. Revista Colegio Médico de Guatemala. 16: 45, 1965.

96. Meneghello, J.: Desnutrición en el lactante mayor (Distrofia Policarencial). Central de Publicaciones. Santiago de Chile. 1949.

97. Clark, M.E.: On the clinical picture of Pelagro. Afric. Med. J. 28: 229, 1951.

98. Gómez, F., Velasco-Alzaga, J., Ramos-Galván, R., Cravioto, J., y Frenk, S.: Estudios sobre el niño desnutrido. XVII Manifestaciones Psicológicas. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.). 11: 531, 1959.

99. Robles, B., Cravioto, J., Rivera, L., Vilchis, A., Santibañez, E. Vega, L., y Pérez-Navarrete, J.L.: Operación Zacatepec VI. Influencia de Ciertos Factores Ecológicos Sobre la Conducta del Niño en el Medio Rural. IX Reunión Asoc. de Inv. Ped. pp. 121, 1959.

100. Robles, B., Ramos-Galván, R., y Cravioto, J.: Valoración de la Conducta del Niño con Desnutrición Avanzada y de sus Modificaciones Durante la Recuperación. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.). 16: 317, 1959.

101. Cravioto, J., and Robles, B.: The influence of Protein-calorie Malnutrition on Psychological Test Behavior. Proc. Swedish Nutritian Foundation. A Symposium on Mild-moderat Forms of Protein-calorie Malnutrition. Bastad and Gothenburg. p. 115, August, 1963.

102. Cravioto, J., and Robles, R.: Evolution of Adaptive and Motor Behavior During Rehabilitation from Kwashiorkor. Am. J. of Orthopsychiat. 35: 449, 1965.

103. Cravioto, J., De Licardie, E.R., and Birch, H.G.: Nutrition Growth and Neurointegrative Development. Suppl. Pediatrics. 38: 319 (Part 2) August 1966.

104. This Week's Citation Classic, Current Contents. Vol. 7, August 20, 1979.

105. Cravioto, J., Birch, H.G., De Licardie, E.R., Rosales, L., Vega, L.: The Ecology of Growth and Development in a Mexican Pre--industrial Community. Report 1: Methods and Findings from - Birth to One Month of Age. Monographs. Soc. for Res. Child Develop. Vol. (5) 34: 1 - 76, August 1969.

106. Cravioto, J., Birch, H.G., De Licardie, E.R., and Rosales, L.: Ecology of Infant Weight Gain in a Preindustrial Society. Acta Paed. Scand. 56: 71, 1967.

107. Cravioto, J., De Licardie, E.R., and Birch, H.G.: Motor and Adaptive Development of Premature Infants from a Preindustrial Setting during their first year of life. Biol. Neonat. 11: 151-158, 1967.

108. Cravioto, J., Espinosa, C., y Birch, H.G.: Early Malnutrition and - Auditory-Visual Integration in School Age Children. Journal of Special Education. 2: 75, 1967.

109. Cravioto, J.: Neurointegrative Development of School Age Children - affected with Malnutrition. in: Postnatal Development in Phenotype. Proceedings of a Symposium of the Academy of Science of Czechoslovakia, Prague. September 18-21, 1967.

110. Cravioto, J.: Influencia de Ciertos Factores Ambientales Sobre el Desarrollo Intelectual. Memorias II Cong. Acad. Nal. de Med. 11: 309-321, 1969.

111. Cravioto, J., De Licardie, E.R.: Mental Performance in School Age - Children. Findings After Recovery From Early Severe Malnutrition. Amer. J. Dis. Child. 120: 404-410, 1970.

112. Cravioto, J., Piñero, C., Arroyo, M., and Alcalde, E.: Mental Performance of School Children Who Suffered Malnutrition in Early Age. Reprint for Symposium of the Swedish Nutrition Foundation VII, 1970.

113. Sanjur, D., Cravioto, J., Rosales, L., Von Veen, A.: Infant Feeding and Weaning Practices in a Rural Preindustrial Setting. A Socio Cultural Approach. Acta. Paediat. Scand. Suppl. 200: 1 - 56, 1970, Sweden.

114. Vega-Franco, L., Cravioto, J.: Sinergismo entre Desnutrición y Sarampión. Influencia del Peso Sobre sus Complicociones. Rev. Med. de Ped. 39: 25, 1970.

115. Cravioto, J.: Complexity of Factors involved in Protein-calorie Malnutrition. Bibl. Nutr. Diet. 14: 7 - 22, Karger Basel. New York, 1970.

116. De Licardie, E.R., Vega, L., Birch, H.G., Cravioto, J.: The Effect of Weight Loss From Birth to Fifteen Days on Growth and Development in the First Year. Biol. Neonat. 17: 249-259, 1971.

117. Birch, H.G., Piñero, C., Alcalde, E., Toca, T., y Cravioto, J.: Relation of Kwashiorkor in Early Childhood and Intelligence at School Age. Pediat. Res. 5: 579-585, 1971.

118. Cravioto, J., De Licardie, E.R.: The Long-Term Consequences of protein -calorie Malnutrition. Nut. Reviews. 29: 107-111, 1971.

119. Cravioto, J., De Licardie, E.R., Piñero, C., Lindoro, M., Arroyo, M., and Alcalde, E.: Mental Development and Malnutrition. Neuro integrative Development and Intelligence in School Children Recovered from Malnutrition in Infancy. In: Nutrition, Growth and Development. Proc. of the Nut. Society of India, 10: 192-215, 1971.

120. Cravioto, J., De Licardie, E.R.: Desnutrición en la Infancia y Nivel Intelectual. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.). 28: 663-682, 1971.

121. Cravioto, J.: Infant Malnutrition and Later Learning. in: Progress in Human Nutrition. Margen. S., and Wilson, N. (Ed.). The Am. Publishing Com. New York, 1971. pp. 80-96.

122. Cravioto, J.: The Ecologic Approach to the Study of Nutrition and Mental Development : The Mexico Study. in: Nutrition, Growth and Development of North American Indian Children. Moore, W.M., Silverberg, M.M., and Read, M.S. (Eds.) DHEW Publication No. (NIH) 22-26, Washington, D.C. 1972, pp. 169-184, 1972.

123. Cravioto, J., y De Licardie, E.R.: Crecimiento Intrauterino. Factores Socioculturales. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.). 29: 349-359, 1972.

124. De Licardie, E., Vega, F.L., Birch, H.G., y Cravioto, J.: Pérdida de Peso y sus Efectos Sobre el Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Primer Año de Vida. Bol. Of. San. Pan. 73: 1-9, 1972.

125. Cravioto, J., De Licardie, E.R., Zaldivar, S.: Cambio Educativo Intergeneracional en la Madre y Crecimiento Físico del Niño Rural en el Primer año de Vida. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.). 29: 575-606, 1972.

126. Cravioto, J., and De Licardie, E.R.: Nutrition and Behavior and Learning. World Review of Nutrition and Dietetics. 16: 80-96, 1972.

127. Cravioto, J., and De Licardie, E.R.: Enviramental Correlates of Severe Clinical Malnutrition, and Lenguaje Development in Survivors From Kwashiorkor or Marasmus. Panamerican Health Organization, Scientific Publication 251: 73-94, 1972.

128. Cravioto, J.: Nutrition and Learning in Children. in: Proceeding of a Conference on Nutrition and Mental Retardation. Ed. N.S. Springer. The University of Michigan Pub. Distribution Service. Ann Arbor., Mich. U.S.A., 1972.

129. Cravioto, J., and De Licardie, E.R.: The Effect of Malnutrition on the Individual. in: Nutrition, National Development and Planning. Berg A., Scrimshaw, N.S. and Call. D.L. (Eds.) The MIT Press., pp. 1-21, 1973.

130. De Licardie, E.R., y Cravioto, J.: Estimulación, Desnutrición, Clinico Grave y Desarrollo del Lenguaje en Niños Rurales. Gac. Méd. Méx. 105: 333-355, 1973.

131. De Licardie, E.R., Cravioto, J., y Carro, C.: Fertilidad y Características Biosocioculturales de las Madres de una Comunidad Preindustrial. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 30: 911, 1973.

132. De Licardie, E.R., and Cravioto, J.: Behavioral Responsiveness of Survivors of Clinically Severe Malnutrition to Cognitive Demands. XII Swedish Nutrition Foundation Symposium. (Stockholm) pp. 134-153, 1974.

133. Vega-Franco, L., Cravioto, J., y De Licardie, E.R.: Ecología de la Talla en Niños Recién Nacidos en una Comunidad Pre-industrial. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 31: 199, 1974.

134. Cravioto, J., and De Licardie, E.R.: Size at Birth and Preschool Severe Malnutrition. Acta Paediat. Scand. 63: 577, 1974.

135. De Licardie, E.R., y Cravioto, J.: Desarrollo de la Capacidad para Procesar Información Temporal e Integración Auditivo-Visual en Niños Rurales. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 31: 1089, 1974.

136. Cravioto, J., and De Licardie, E.R.: Ecology of Malnutrition Environmental Variables Associated with Severe Clinical Malnutrition. Modern Prob. in Pediat. 14: 157, 1975.

137. Cravioto, J., and De Licardie, E.R.: Maternal-Infant Relationship Prior to the Development of Clinically Severe Malnutrition in the Child. Proc. Western Hemisphere Nutrition Congress IV White, P.L., and Selvey, N. (Eds.) American Medical Association, Chicago, Ill. pp. 126-137, 1975.

138. Cravioto, J., and De Licardie, E.R.: Environmental and Nutritional Deprivation in Children with learning Disabilities. en: Perceptual and Learning Disabilities in Children. Research and Theory. Cruickshank, W.M., and Hallahan, D.P. (Eds.) Syracuse University Press New York. 2: 2-102, 1975.

139. Jurado-García, E.: Epidemiología de la prematurez. 1. Definición y ensayo de clasificación. Características del agente y el huésped. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 45: 105, 1968.

140. Jurado-García, E.: Epidemiología de la prematurez. 2. Etiopatogenia y prevención. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 27: 225, 1970.

141. Jurado-García, E., Abarca Arroyo, A., Osorio Roldán, C., Campos Ordaz, R., Saavedra, M.A., Alvarez de los Cabos, J. y Parra Jiménez, S.: El crecimiento intrauterino. 1. Evaluación del peso y la longitud corporal fetal en la ciudad de México. Análisis estadísticos de 16,807 nacimientos consecutivos de producto único, vivo. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 27: 163, 1970.

142. Jurado-García, E. y Alvarez de los Cabos, J.: El crecimiento intrauterino. 2. Consideraciones sobre el crecimiento intrauterino "óptimo" en el ser humano. Rev. Mex. Ped. 39: 343, 1970.

143. Jurado-García, E.: La antropometría neonatal como índice de las condiciones nutricionales intrauterinas del feto. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 27: 197, 1970.

144. Jurado-García, E.: El Crecimiento Intrauterino. Gac. Méd. Mex. 102: 227-255, 1971.

145. Castillo, L., Cravioto, A., Cravioto, J.: Efectos a corto plazo de la interacción Estimulación Desnutrición Protéico Calórica sobre el Desorrollo Bioquímico del Sistema Nervioso Central. Gac. Méd. Mex. 115: 225-233, 1979.

146. Cravioto, J., Arrieta, R.: Stimulation and Mental Development of Malnourished Infants. The Lancet, pp. 899, 1979.

147. Cravioto, J.: Intersensory Development as a Function of Age, Stimulation and Antecedents of Several Malnutrition. Proceedings of the Nutrition Society of India. 22: 1-24, 1978.

148. Cravioto, J.: Severe Malnutrition and Development of Motor Skills in Children. Abstracts. Nutrition and Brain Development. Annales Nestlé. 44 p.p. 22-41, 1980.

149. Cravioto, J., De Licardie, E.: Empleo del Método de Cadenas de Markov en el Estudio de la Relación entre el Crecimiento Intrauterino y el Crecimiento Postnatal. Rev. Asoc. Mex. de Estudios Perinatales, A.C. VI Reunión Reglamentaria, Tequisquiapan, Qro. pp. 57-110, 4-5 de marzo de 1977.

150. Deutsh E., Cravioto, J.: Cambios en la Patología Infeccioso del Oido - Medio a Través de los Cuidados Médicos Primarios en una Comunidad Preindustrial Mexicana. Bol. Of. San. Panam. 80: 506-511, 1979.