UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

T/45

XOCHIMILCO CENTRO DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LA DESNUTRICION EN MEXICO.

HAMBRE, DESNUTRICION, MEDICINA Y SOCIEDAD.

1214413

AUTOR: DR ABELARDO C. AVILA CURIEL.

36764

MEXICO, D.F., SEPTIEMBRE DE 1984.

I N D I C E

PAGINA

INTRODUCCION 1

PRIMERA PARTE: HAMBRE, DESNUTRICION Y SOCIEDAD

1.1 Como abordar el problema del origen de la investigación epidemiológica 7

1.2 La determinación social y la determinación natural de la desnutrición 14

1.3 Notashistóricas sobre el hambre y su relación con la medicina..... 18

1.3.1 El origen histórico del hambre 18

1.3.2 Hambrunas, epidemias y medicina 21

1.3.2.1 Formaciones precapitalistas 21

1.3.2.2 Los orígenes del capitalismo 23

1.3.2.3 México precortesiano y la Nueva España 34

1.3.3 Elprimer reconocimiento médico del hambre como enfermedad 42

1.4 La consolidación del modelo médico hegemónico capitalista y el surgimiento de la IED 56

SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACION DE LA DESNUTRICION EN MEXICO.

2.1 Los primeros reconocimientos de la desnutrición como entidad patológica 84

2.2 La base social de la investigación de la desnutrición en México 92

2.3 La investigación desarrollada a partir del Hospital Infantil de México. 105

2.3.1 La investigación de la desnutrición y la penetración del imperialismo en la agricultura 105

2.3.2 La investigación clínica de la desnutrición 109
2.3.3 La investigación epidemiológica de la desnutrición 121
2.4 La investigación desarrollada por el Instituto Nacional de Nutrición 155
2.4.1 El Hospital de Enfermedades de la Desnutrición 155
2.4.2 Encuestas nutricionales e investigación epidemiológica 163

CONCLUSIONES 180

NOTAS 183

ANEXOS 233

INTRODUCCION.

Cuando menos dos terceras partes de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la desnutrición y superan al total de las víctimas registradas en toda la segunda guerra mundial. Las raíces sociales de esta "enfermedad" son evidentes en extremo, siempre ligadas a la naturaleza de los procesos que articulados conforman la reproducción de la sociedad humana. Múltiples investigaciones muestran sin lugar a duda que el problema no es ni con mucho originado por la producción insuficiente de alimentos, por un exceso de población, o por las catástrofes naturales. Veamos algunos hechos:

---Las hambrunas más terribles se han registrado en medio de la abundancia de alimentos; muchas de las víctimas hubieron de morir por carecer de dinero para comprar el alimento que ellos mismos habian producido con su trabajo.

---Frecuentemente el aumento de la producción de alimentos se acompaña de un notable aumento de la incidencia de la desnutrición en virtud de que se introducen en la composición del valor de los productos agrícolas elementos que proceden de procesos altamente industrializados (maquinaria, fertilizantes, insecticidas), de la amortización de las obras de infraestructura requeridas, así como de los gastos de apoyo administrativo y técnico que conlleva la modernización de la agricultura, a más de que las mejores tierras dejan de destinarse a la producción de alimentos básicos.

---Los criterios para fijar la población excedente derivan de la capacidad de explotar fuerza de trabajo más que de cifras absolutas o de densidad nacional. Los paises europeos tienen la mayor densidad de pobalación. El país más poblado de la tierra ha logrado erradicar el hambre al transformar su estructura económica. Los excedentes de la riqueza producida a nivel nacional se componen en alguna proporción del menoscabo al consumo de esa población "excedente", el cual se traduce en la apropiación privada para consumo suntuario desmedido de la clase dominante y para la reproducción ampliada de estas aberrantes relaciones de producción. La reproducción excesiva de los miserables, en caso de haberla, no sería la causante de su miseria sino expresión de ella.

--Las catástrofes naturales repercuten de manera bien distinta según sea la estructura social del territorio afectado. En Europa su peor sequía de este siglo no ocasionó una sola muerte por hambre, en China popular coincidió con un aumento en las cosechas; en el Sahel, una sequía meteorológicamente de similar a las dos anteriores segó la vida de cientos de miles de seres humanos mientras los ricos ganaderos de la región exportaban millones de toneladas de carne con valor de 1 500 millones de dólares. El desierto devoraba las tierras de cultivo más que por la sequía por el pastoreo intensivo del ganado que enriquecía sin límite a los exportadores.

Desde los años sesenta se han formado múltiples comisiones - patrocinadas por las más diversas instituciones nacionales e interna-- cionalesque pretenden emprender acciones para resolver definitivamente el problema del hambre en el mundo. Desde el Informe Pearson en la --- "primera década del desarrollo" hasta el Informe Brant por un "nuevo - orden económico internacional", pasando por el Proyecto RIO, la Alianza para elProgreso, el Programa Mundial de Alimentos, etc., se ha tratadoinutilmente de encontrar formas racionales de desarrollo capitalista que posibiliten, a partir de la industrialización y el desarrollo - tecnológico, un aumento en la disponibilidad de alimentos y una situación de pleno empleo, lo que permitiría una gran capacidad de consumo, lo que, a su vez redundaría en una ampliación del mercado que estimularía la industrialización y el desarrollo tecnológico, realimentando un cicloinfinito de progreso que aceleradamente conduciría a la humanidad a un estado óptimo de bienestar.

En noviembre de 1974 la Conferencia Mundial para la Alimentación, organizada por las Naciones Unidas en Roma, se fijo la meta de erradicar el hambre de la faz de la Tierra antes de 1984. Las previsiones de Orwell se han cumplido con mucho mayor previsión que las de la FAO. Llegado el fatídico año, el absoluto fracaso del Plan Mundial Contra el Hambre es más que evidente. Sin embargo, algunas metas del programa se han cumplido. Según previsiones de la propia FAO, se espera una cosecha cerealera record de mil trescientos millones de toneladas - para este año, lo que representa una vez y media lo estrictamente necesario para la alimentación de toda la población mundial; además, buen

número de paises han logrado disminuir su tasa de crecimiento demografico. Nada de esto ha evitado la agudización del hambre mundial.

Para compensar este fracaso, los "expertos" de los diversos organismos no dejan de externar sus lamentaciones sobre el consumo irracional delos paises ricos y el demencial gasto bélico que acumula arsenales como sino bastara con destruir al mundo una sóla vez.

Lo que parece irracional no es más que la racionalidad del procesode reproducción ampliada del capital en su fase imperialista. Marx - demostró las profundas contradicciones que encierra la forma valor de -- las mercancías como mediación en la reproducción social humana, sobre todo a partir del momento en que lo que construye la esencia humana misma, el trabajo, pasa a ser, como fuerza de trabajo, mera mercancía más, con lo queel hombre mismo pasa a ser mero objeto apendicular en el proceso - productivo.

Lo que importa para el capital es su propia reproducción am--- pliada. El conjunto de condiciones para que tal reproducción sea óptima implica, entre otras cosas, la existencia de una masa desposeida, miserable, desempleada en parte como reserva de mano de obra y expoliada -- cuando las condiciones favorecen la acumulación a partir del plusvalor absoluto. La decisión entre construir un misil o producir alimentos, entre destinar los cereales al consumo humano o a engordar herfords o empaquetarlos como chatarra alimentaria, o entre destinar las mejores tie

rras a los cultivos básicos o a los comerciales, se toma en base a la - rentabilidad capitalista. Hay una cuota de hambre, miseria y enfermedad que alimenta la reproducción ampliada del capital.

Enfrentar el problema del hambre es enfrentar al capitalismo. Su solución depende de la transformación de las relaciones sociales de - producción. Los pueblos que en alguna medida lo han hecho han logrado e- rradicar el hambre por completo. Sin embargo, la transformación de las - relaciones sociales de producción no se produce sino como resultado de - un largo esfuerzo contrahegemónico que abarca todas y cada una de las -- instancias de reproducción social. Es preciso luchar contra el hambre y arrancar mejores condiciones de vida como producto de la lucha y de la organización popular. Una forma de contribuir a ello es la disolución - de las mistificaciones que ocultan la relación hambre-capitalismo.

La epidemiológía de la desnutrición ha sido sin duda uno de - los principales mecanismos mistificadores de tal relación, sobre todo - porque se nos presenta como modelo de cientificidad para reconocer y solucionar el problema nutricional. En el presente trabajo me propongo e- videnciar el carácter mistificador de la investigación epidemiológica - de la desnutrición en México y del discurso generado a partir de ella. En la primera parte abordaré de manera general la relación hambre-desnutrición y su relación con la medicina como práctica científico-ideológica. La segunda estará dedicada al analisis específico del reconocimiento médico de la "enfermedad" desnutrición en México.

PRIMERA PARTE.

HAMBRE, DESNUTRICON Y SOCIEDAD

1.1. Cómo abordar el problema del origen de la investigación epidemiológica.

Pese a que la historia suele presentarse como una continuidad cuyas raices hay que rastrearlas en los huesos fosilizados en un milenario paleolítico, la reconstrucción de su verdadera continuidad sólo es posible a través de sus manifiestas discontinuidades; de aquellos momentos de ruptura que revolucionan la estructura de un determinado bloque histórico rearticulando sus elementos constituyentes, negando unos, generando nuevos, disolviendo vínculos, estableciendo nuevas relaciones. Es posible hablar así de un origen a partir del periodo en que la rearticulación de la estructura histórico-social le confiere a ésta características definitorias que han de permanecer relativamente estables, mediante un complejo equilibrio dinámico, hasta que se produzca una nueva reordenación.(1)

La historia de la medicina, indisociable de la totalidad histórica en que acontece, también puede aparentar una continuidad que se remonte incluso siglos o milenios antes de Hipócrates, referida en un silencioso origen al acto de algún homínido al lamer una herida o entablillar una fractura(2). Tal continuidad suele justificarse apelando a la trayectoria que teleológicamente debió seguirse hasta la época de oro de la medicina actual y al personaje transhistórico llamado Médico que combate a través de los siglos, a la enfer-

medad (sustrato igualmente transhistórico de su práctica) [3]. Se ha generado así una mitología de la medicina que se opone a su estudio histórico critico al conjugar el origen de cualquier forma diferenciada del quehacer y pensar - médicos con la aparición de algun ilustre personaje que con sus hazañas fundamenta una nueva forma de concebir y aplicar las acciones médicas; si acaso -- las condiciones sociales son el escenario en el cual la genialidad del personaje acciona transformando y creando. Para esta mitología médica el problema del origen es algo trivial y se reduce a un registro del hecho: el momento en que, tras algunos precursores, aparece el fundador.

Si planteamos así el problema del origen de la investigación epidemiológica sobre desnutrición (IED), la solución parece inmediata: es continuación de una larga trayectoria epidemiológica que se remonta a milenios y que se ilumina con los nombres de Graunt, Frank, Snow, Reed, Bruce, etc. Siguiendo con esta brillante tradición, basta con ubicar el momento en que, por primera vez, algún personaje aplicó el método epidemiológico, maduro ya cientificamente, al estudio de los padecimientos nutricionales: Fletcher, 1905[4]; o Goldberger en 1914[5]. Si se pretende ser más estricto con el origen de la -- IED tendríamos que tomar en cuenta el hecho de que, no obstante que el término nutrición forma parte del habla coloquial como sinónimo de alimentación -- desde el antiguo imperio romano[6] y la relación salud-enfermedad-alimenta--- ción impregna inmemorialmente la práctica médica, el término desnutrición no aparece como entidad nosológica estrictamente definida, como concepto diferenciado y abarcativo, al mismo tiempo, de los padecimientos carenciales, sino - hasta 1946, generado a partir de la práctica del Hospital Infantil de México [7]. De aquí podríamos justificar la ubicación del origen de la IED con pos-- terioridad a tal fecha, lo que encontraría apoyo adicional en la publicación, sólo en fechas posteriores, de un creciente número de investigaciones epide--

miológicas sobre la entidad nosológica desnutrición, ya plenamente diferenciadas de los estudios sobre carencias específicas.

Para autores como Cravioto y Arrieta, ubicar el origen y seguir el desarrollo de la "investigación nutricional", específicamente la más relevante: la pediátrica, no presenta dificultad alguna:

> "... en la investigación nutricional en pediatría pueden distinguirse 3 períodos que parecen estar claramente definidos, aunque cronológicamente se sobrepongan.
>
> El primero, se caracteriza por la búsqueda o reconocimiento de una entidad nosológica. Son descripciones, reportes y observaciones que llevaron progresivamente a la identidad de la desnutrición.
>
> El segundo período correspode 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.
>
> El período descriptivo de la enfermedad abarca desde finales del siglo pasado hasta la década de 1940.[]
>
> El segundo período de investigación científica se le podría dar como inicio la apertura del Laboratorio de Investigación de la Sala de Nutrición

> del Hospital Infantil de México, donde se comenzaron a estudiar los mecanismos patogénicos de la enfermedad. []
>
> La necesidad de prevenir la desnutrición con todas sus posibles consecuencias, hizo que el Hospital Infantil de México estableciera un Centro Rural de Estudios en un poblado rural del Estado de Morelos en 1957, iniciándose con ello el período de búsqueda de la etiología a nivel comunal y la identificación de los factores cuya naturaleza fuera posible cambiar o eliminar a manera de tener soluciones alternas para prevenir la desnutrición. (8)

Sin embargo, tras la apariencia simple y neutra de esta interpretación, se ocultan contradicciones esenciales cuyo análisis ha de poner al descubierto la verdadera naturaleza de la IED en México.

Si aceptamos un desarrollo continuo, lineal y progresivo de la medicina, petición de principio implícita en toda historiografía médica oficial, cuyo motor principal sería el progreso del conocimiento científico de los procesos ecológicos que determina la salud y enfermedad, llamaría de inmediato la atención el divorcio secular de la ciencia médica respecto a la enfermedad llamada desnutrición: tuvieron que transcurrir miles de años de progreso científico de la medicina hasta que se logró identificar tal padecimiento, no obstante que lo que hoy reconocemos como desnutrición ha existido intensa y extensamente desde épocas inmemoriales consustancial a la perenne contradicción hombre-naturaleza.

En efecto, dicha "enfermedad" ha estado presente en la conciencia - de todas las sociedades humanas de todas las épocas; se ha plasmado en la memoria escrita milenaria; apocalípsis del proceso histórico de reproducción social, ha detonado constantemente, desde las rebeliones esclavistas, las revoluciones sociales y no es aventurado suponer que a lo largo de la historia, - ningun otro padecimiento ha ocasionado tantas muertes. ¿Cómo es posible entonces que haya logrado consolidarse como entidad nosológica sino hasta fecha -- bien reciente, si, por otra parte, su diagnóstico oportuno y su tratamiento - específico no presentan ninguna dificultad?, ¿cuál fué la razón por la que ni el genio de Galeno, Avicena, Maimonides, Paracelso, Bichat, Laënnec, Virchow, o alguno de los miles de personajes que pueblan los gruesos tomos de la historia de la medicina, lograron reconocer tal entidad nosológica?.

La aporía salta a la vista y no encuentra contenido de racionalidad por más que, al remontarse sin término a los primeros precursores, se ubique el germen del reconocimiento médico de la desnutrición en las dietas hipocráticas, en las alejandrinas Sinagogai Iatrikai de Oribasio o en la cirrosis alcohol-nutricional de Laënnec. Una historia en la que la dinámica de la investigación médica esta dada por el progresivo acendramiento de la racionalidad del conocimiento como consecuencia de la actuación de las personalidades, no consigue explicar omisión de tal magnitud. Sin querer ironizar, podría decirse que a lo largo de la historia de la humanidad todo el mundo se dió cuenta que existía la desnutrición, con excepción de los médicos, quienes tardaron miles de años en descubrirla.

Pero las paradojas siempre son artificios de la mente humana que - ocultan hábilmente la naturaleza verdadera del problema. Si brotan apenas so

metemos el discurso médico hegemónico en materia de origen y desarrollo de la IED al más superficial análisis, esto quiere decir que existe un componente - artificial significativo que impide el reconocimiento objetivo del proceso -- del que pretende dar cuenta, lo cual, de inicio, descalifica la pretendida -- cientificidad de tal discurso. Hemos de ocuparnos, pues, de un discurso que - se autoproclama científico sin serlo, pero que, de nuevo paradojicamente, alcanza un amplio reconocimiento social como tal y es articulador fundamental - de la práctica médica hegemónica en el campo de los problemas nutricionales - de la población.

Para esclarecer la naturaleza real del proceso de conformación del modelo hegemónico de IED, se precisa de un análisis histórico-genético que re suelva las paradojas en tanto sistema de contradicciones en desarrollo.que le confiere su funcionalidad en el proceso de reproducción social con independencia de sus características no científicas y de su incapacidad para afrontar - los problemas nutricionales a nivel social que declarativamente. pretende resolver. Para ello es necesario invertir los papeles asignados a los intervi-- nientes de la historia médica por la historiografía oficial; confrontarla con uan historia en la que los personajes son sujetos sociales que representan -- las posibilidades de la dinámica social en momentos históricos concretos, sin estar sometidos a determinación mecánica en su proceder por dicha dinámica, - pero sin poder quebrantar por mero voluntarismo sus posibilidades. Así, el -- problema del origen de la IED debe verse en función de las condiciones históricasque permiten el surgimiento de un proceso diferenciado de investigación epidemiológica referido al objeto de estudio conceptualizado como "desnutri-- ción". De inmediato se desprende, de este enfoque, la necesidad de estudiar -

no sólo el proceso específico de investigación epidemiológica que ha tenido - lugar a través de la historia, particularmente en México, relacionándolo con las transformaciones que acontecen en la estructura social, sino que se re--- quiere investigar, además, el proceso mismo de construcción del término "des- nutrición", proceso de conceptualización en el que confluyen, contradictoria- mente, diversas formas de conciencia social, desde la más rigurosa formaliza- ción científica hasta los más arbitrarios prejuicios ideológicos[9].

1.2 La determinación social y la determinación natural de la desnutrición.

La incapacidad de satisfacer los requerimientos nutricionales al menos hasta alcanzar la edad reproductiva, ha sido uno de los mecanismos principales de selección natural en la evolución de las especies[10]. En los complejos sistemas ecológicos, la mortalidad por imposibilidad de nutrirse de parte de los miembros de las diversas especies es uno de los principales mecanismos reguladores de su equilibrio[11]. Se podría pensar que cuando el hombre se constituye como especie animal, su mortalidad relacionada con la incapacidad colectiva de alimentarse tiene una determinación fundamentalmente natural, es decir, en la polaridad mediada hombre-naturaleza, los límites objetivos en la reproducción natural de aquél se fijan en la estructura concreta de ésta que no depende casi en absoluto de la acción humana sino que se presenta como dada externamente, como relación de todo lo integrante de la naturaleza [12]. Sin embargo, la constitución humana como especie es, simultaneamente negación de su animalidad; su reproducción animal presupone ya una reproducción social esencialmente diferente. La carga filogenética que se ha acumulado en el proceso evolutivo de los homínidos, en su corporeidad y en su mentalidad, posibilita la inversión de la polaridad animal-naturaleza; en ellos su reproducción ya no refleja sólo la potencialidad dada de su entorno natu-

ral en algun grado de armonía con sus atributos orgánicos, sino, de manera -- creciente, la capacidad humana de reproducirse transformando la naturaleza intencionadamente mediante su praxis social [13].

Si al arribar como especie, al ser humano se le impone ya naturalmente una "tasa de mortalidad", al mismo tiempo se despoja de tal imposición al someter la determinación natural a su potencialidad productiva, al desligar la evolución de la especie de los mecanismos naturales: variabilidad genética, reproducción excesiva y selección natural. Si mediante estos mecanismos a través de miles de millones de años la naturaleza se ha autogenerado hasta asumir una forma dada, simultaneamente creadora de todo ser vivo y, contradictoriamente, externa a todo ser vivo, no serán ya más estos mecanismos los que regulen la posibilidad evolutiva de la especie humana; lo serán su organización social, el desarrollo de su potencialidad productiva mediante instrumentos, el desarrollo cultural, etc. , que no preexisten al hombre sino derivan únicamente de su actividad peculiar[14]. No es necesario detenerse en el conjunto de procesos implicados en esta transformación, tenemos que asumir la -- evidencia de tal transformación en la diferenciación obvia de la forma humana de reproducción social respecto a la reproducción animal.

La imposibilidad colectiva de satisfacer la necesidad de una ingesta adecuada de alimentos, si alguna vez tuvo para el hombre una determinación fundamentalmente natural, encuentra desde los albores de la civilización una determinación social creciente. La posibilidad de transformar intencionalmente la naturaleza modifica su capacidad de alimentarse al procurarse nutrientes que en su estado natural no lo son o a los que no se accede sino solo organizado socialmente.

Así, el ser humano, eurifágico por naturaleza, accede como astuto - cazador colectivo, sin garras ni colmillos sino con armas, al consumo de presas fuera del alcance de cualquier antropoide incluso de mayor fortaleza; el dominio del fuego desde el paleolítico acheulense le proporciona mayor amplitud en su capacidad de ingesta de ciertos nutrientes; el pastoreo y la agricultura expanden enormemente sus recursos alimentarios.

Si la mortalidad natural promedio la referimos ecológicamente a la de cualquier especie en una biocenosis climax, esto es a su tasa de natalidad, resulta claro que la mortalidad humana ha dejado de estar regulada naturalmente para asumir un caracter social(15). En un ecosistema el crecimiento de una especie depende, entre otras cosas pero fundamentalmente, del nutrimento presente "en cantidad mínima en terminos de necesidad y disponibilidad"(16). La socialidad humana posibilita historicamente la constante ampliación de la disponibilidad de alimentos, lo que, a su nivel, posibilita el incesante crecimiento de la población en violación directa de algunas de las leyes fundamentales de regulación ecológica de la población(17), si esto ocurre así es - evidente porque la población humana ya no sólo se regula por las leyes naturales. Con aparente contingencialidad, la mortalidad humana se redistribuye mediada aun por relaciones ecológicas pero ya no más determinada en lo fundamental por ellas.

A diferencia de las necesidades naturales en las que su satisfacción reduce las pulsiones, en la sociedad humana, la satisfacción de estas necesidades mediante el acto productivo conlleva una acción colectiva para satisfacerlas y la adquisición de los instrumentos necesarios(18); esto significa la existencia progresiva de nuevas necesidades que potencian tanto la organización social como el desarrollo de instrumentos. Las necesidades naturales

se subsumen a la socialidad, su satisfacción se media del todo socialmente, ya no se reproduce el organismo animal sino como acto que reproduce el organismo social,condición previa de toda reproducción del individuo humano.

Como la expansión de la producción de medios de vida no encuentra ya limite objetivo en la satisfacción de las necesidades humanas elementales, es posible fincar una evolución de la sociedad humana más alla de la mera adaptación individualmente pasiva al medio (19), lo cual le permite sobrevivir a catastrofes ecológicas extremas como glaciaciones y sequías.

Nos encontramos así que desde su inicio, la alimentación del ser humano se determina socialmente. Al negarse su regulación ecológica exclusiva, la alimentación de los seres humanos se regulará por la capacidad social de producir alimentos y por su distribución socialmente diferenciada entre los miembros de la comunidad en relación con la división del trabajo existente.

1.3 Notas históricas sobre el hambre y su relación con la medicina.

1.3.1 El origen histórico del hambre.

En lo que respecta a la capacidad social de producción de alimentos podríamos reconocer no sólo que nuestra especie, sino otros homínidos vivieron un largo periodo de estabilidad (y labilidad) durante el cual el alimento se consume de la naturaleza con escasa o ninguna modificación y mediante formas instrumentales apenas diferenciadas de las presentes en la naturaleza. La procura de alimentos se limitaba a una estrategia inicial de recolección oportunista de los restos que dejaban los animales predadores, combinada con la recolección organizada de alimentos vegetales, que evolucionó gradualmente y se convirtió en un estilo de vida de caza y recolección. Parece ser que "durante dos millones de años nuestros antepasados vivieron una vida tecnológicamente simple, pero muy exitosa" (20). Sin embargo, la evolución gradual de la capacidad social productiva no implicará la satisfacción creciente de las necesidades individuales, pues conduce a la producción de un excedente relativo y a la complejización de la estructura social. Esto constituye una transformación fundamental en la historia humana en la medida que la producción social

excedentaria pudo ser apropiada por una fracción de la comunidad, lo que inició la fragmentación de la sociedad en clases como grupos diferenciados estructuralmente en función de la apropiación privada de la riqueza colectiva y de su posición polarizada en la división social del trabajo.

La magnificación de la capacidad productiva no aliviará la carencia de alimentos de la fracción desposeida de la sociedad y no solo por motivo de la distribución desigual que sustenta al consumo suntuario de las clases dominantes, sino por la reorientación misma de la producción que se dirige progresivamente a la construcción de obras monumentales y al mantenimiento de un aparato administrativo-militar que asegure la dominación de clase (21). Esta redefinición de las necesidades fijan formas concretas de existencia particular, los individuos sólo pueden reproducirse socialmente y la reproducción social ya no se da como satisfacción de necesidades naturales (22), sino de ciertas necesidades suprasensibles que se imponen a los individuos, como necesidades fetichizadas(23), por encima de su voluntad y su conciencia. En la medida en que el valor de uso de los objetos se desplaza de la razón de su producción en aras de la producción de valores mercantiles (sobre todo en su forma dineraria), el exceso productivo se da como exceso de trabajo coaccionado, sin que la esperanza de un mayor consumo tenga lugar; incluso es frecuente encontrar que la forma oficial de trabajo llega a ser trabajar hasta la muerte (24).

Así, paradojicamente, la mayor capacidad productiva de alimento se transforma en incapacidad práctica de alimentarse plenamente por parte de am

plios sectores, incluso mayoritarios, de la población. Una vez escindida la sociedad en clases y sancionada política e ideológicamente la apropiación particular del excedente social, la magnitud y características de tal excedente no estarán ya más determinadas por las necesidades humanas-naturales ni será decidido en función del interes colectivo. El consumo alimenticio del esclavo no estará regido por su hipotálamo ni sus requerimientos calórico-protéicos - de acuerdo a su desgaste energético definirán la parte alícuota de alimentos que pueda ingerir; podrá morir de hambre mientras en las bacanales la aristocracia vomita el alimento , los graneros se repletan de cereales para alimentar las bestias de los ejércitos conquistadores y algún estagirita "demuestra" la bondad moral de tal situación. Aparece así, historicamente, el hambre (fames) ya no sólo con la connotación de sensación individual, subjetiva, de necesidad de ingerir alimentos, sino como imposibilidad colectiva de hacerlo, - como inanición, vacio, debilidad por carencia de comida. El aumento de la producción de alimentos se articula coherentemente con el aumento del hambre; -- las hambrunas se suceden e imbrican apocalípticamente con las guerras, las epidemias y la mortandad que periódicamente han asolado, desde entonces, vastas regiones del planeta.

1.3.2. Hambrunas, epidemias y medicina.

1.3.2.1 Formaciones precapitalistas.

Durante la hambruna del 436 a.n.e. miles de romanos se arrojaron al Tiber antes que morir lentamente de hambre (25). Ciertamente entre ellos no debieron encontrarse cónsules,magistrados u otros miembros de la aristocracia - republicana. Ni en la obra de Hipócrates (-460 a -390) ni en la de sus contemporáneos parece haber referencia alguna a la desnutricion como enfermedad (26). En "Aforismos" tal vez la única obra que pueda atribuirse con alguna certeza a Hipócrates, se menciona la "nutrición normal" sólo con el sentido de lo habitual, de lo natural. No se considera siquiera la posibilidad de que alguien sano pueda alimentarse por debajo de dicha normalidad, aunque, -- por el contrario, se advierte que "la ingestión excesiva de alimentos es in-- conveniente y puede ser causa de enfermedad. La curación por medio de la dieta lo demuestra" (27). No hay, por cierto, desconocimiento del efecto patógeno de la baja ingesta de alimentos ya que se recomienda "durante las dietas y estados de privación de alimentos, deben evitarse las fatigas"(28), más aún, ya desde entonces, los términos "tisis" y "caquexia" se utilizan para denotar estados de desnutrición extrema, pero no producidos como resultado directo de una mala nutrición, sino como consecuencia de un padecimiento orgánico que -- conduce a la consumición (phthisis, de phthiein: consumirse, y kakhexía de kakós: malo y ékhein: estar). Las muertes por inanición no tienen nada que ver con la concepción hipocrática de enfermedad, salen por completo del campo médico; la nutrición es vis naturae y no vis medicatrix naturae; si alguien no consigue alimento debido a su pobreza, no será un médico hipocrático quien sane su "enfermedad". Por lo demás, si tomamos en cuenta que "en las primeras -

épocas de la Roma antigua, los médicos eran casi todos esclavos"[29] no es inverosimil que entre los miles que saltaron al Tiber en 436 a.n.e., se encontraran algunos de ellos sin que nadie se atreviera a sugerirles "medici, cura te ipsum".

A finales del Imperio Romano "por virtud de la concentración de la propiedad territorial [...] y de la transformación de las tierras de labor en terrenos de pastos (provocada, aparte de las causas económicas normales todavía en la actualidad vigentes, por la importación de cereales robados y arrancados en concepto de tributos...), casi desapareció la población libre y los mismos esclavos morían en masa por inanición, y tenían que ser remplazados por otros nuevos"[30]. Mientras eso sucedía los "médicos [griegos, orientales y latinos] no pasaron de escribir pequeños tratados monográficos, compilaciones parciales o ensayos de tendencia sincrética", y Oribasio rescataba el saber galénico en sus Synagogai [31]. Ninguno de ellos se hubiera atrevido a diagnosticar el padecimiento de los esclavos que morían en masa por inanición y a prescribir medicación alguna. Esta idea, de suyo descabellada, no pasó por cerebro de médico alguno durante mil quinientos años. La relación entre hambre y organización social era trasparente y todo intento de mistificación hubiera sido absurdo: llegado un límite los esclavos se rebelaban y sabían bien donde encontrar los alimentos[32].

Las grandes hambrunas y carestías alimentarias en Francia durante la edad media ocurrían en períodos cuando no faltaban alimentos; éstos se pro

ducían y exportaban en grandes cantidades[33]. Las referencias médicas en la edad media respecto a la alimentación repiten a Galeno en su "De alimentorum facultatibus" y las dietas del Corpus hipocrático[34]. La gran preocupación de los médicos parecía orientada unicamente a evitar los excesos en la alimentación. Arnau de Vilanonova (1238-1311) dedica el capítulo IV de su "Regimen Sanitatis ad Regem Aragonum" a la alimentación. De inicio justifica la importancia del tema: "...conviene que tratemos de la alimentación por dos razones. La primera es porque el ejercicio debilita el cuerpo, y el cuerpo debilitado debe alimentarse. La segunda, porque el ejercicio, al debilitar, provoca el apetito de comer que llamamos hambre, que no es otra cosa que un aviso de la naturaleza para indicar la necesidad de alimentación...el cuerpo sano necesita alimento cuando tiene hambre. Por ello no es conveniente comer mientras no se tiene apetito... Hay que tomar alimento cuando lo apetece la naturaleza, y no retrazar mucho tiempo la comida después de sentir hambre, a no ser que las disposiciones de la Santa Iglesia, una ocupación honorable o la devoción religiosa, aconseje soportarla".[35]

1.3.2.2. Los orígenes del capitalismo.

El siglo XVII en Europa registra una crisis económica sin precedentes. La descomposición del feudalismo y la recomposición de las formas capitalistas que tienden a ser dominantes trastornan por completo la

producción, la estructura política y la organización colectiva de la vida cotidiana. La población cesó su crecimiento y en muchas regiones ocurrieron fenómenos de despoblación consecuentes a hambrunas, epidemias y migraciones.(36) Las raices de esta crisis laspodemos ubicar desde fines del siglo XV y corren a lo largo de todo el siglo XVI, periodo en el cual se transforma sustancialmente la estructura económica del agro como concesuencia de la progresiva extensión de las relaciones mercantil-capitalistas en el proceso de acumulación originaria del capital que consiste, fundamentalmente, en la escisión del productor de sus medios de producción, es decir, la separación del productor agrícola de su tierra. Al generalizarse este proceso se cancela toda posibilidad de que las amplias capas de la población eludan la venta de su fuerza de trabajo como la única manera de poder subsistir.(37)

La acumulación originaria como liberación de mano de obra de toda atadura, en cuanto propiedad, respecto a los medios de producción reviste invariablemente una violenta forma de despojo y expulsión de los campesinos de sus tierras que transformados ya en proletarios libres alimentarán el mercado de trabajo. "Expulsados por la disolución de las mesnadas feudales y por la expropiación violenta e intermitente de sus tierras -ese proletariado libre como el aire-, no podían ser absorbidos por la naciente manufactura con la misma rapidez con que eran puestos en el mundo. Por otra parte, las personas súbitamente arrojadas de su órbita habitual de vida no podían adaptarse de manera tan súbita a la disciplina de su nuevo estado. Se transformaron masivamente en mendigos, ladrones, vagabundos, en parte por inclinación, pero en los más de los casos forzados por las circunstancias. De ahí que a fines del siglo XV y durante todo el siglo XVI proliferara en toda Europa Occidental, una legislación sanguinaria contra la vagancia. La población rural, ex-

propiada por la violencia, expulsada de sus tierras y reducida al vagabundaje, fue obligada a someterse, mediante una legislación terrorista y grotesca y a fuerza de latigazos, hierros candentes y tormentos, a la disciplina que requería el sistema del trabajo asalariado".(38) Esta política de despojo da lugar a una población relativamente excedentaria en tanto que no puede disponer en absoluto de la tierra para procurarse sustento, no puede disponer en absoluto de su producto por más que éste crezca, pues ya revestido de una forma mercantil exigirá para su consumo su previo intercambio por la mercancía dinero que sólo podrá obtenerse, por la mayoría de la población, mediante la venta de lo único que aún dispone: su fuerza de trabajo. En consecuencia el despojo a la población rural llevó a las gentes de las aldeas que se desalojaron a los burgos, en un penoso peregrinar siempre acompañadas del hambre y las epidemias.

Así el auge económico de la bonanza mercantil del siglo XVI, resultado de la colonización de las tierras recien descubiertas a la rapiña de las monarquías europeas, no hace sino acelerar la descomposición de las relaciones feudales de producción y expander las relaciones capitalistas al agro con lo que se inicia la diáspora de los habitantes de las aldeas feudales y su ulterior reconcentración en las ciudades. Durante el siglo XVI el auge mercantil se traduce en una mayor abundancia de bienes, que a su vez trae como consecuencia un aumento en el crecimiento de la población, sobre todo en las ciudades, pero acompañándola, progresivamente, del proceso de descomposición de los feudos se llega a un punto crítico en el cual, aún con la productividad sostenida o creciente, el agro no pude sustentar a la población sino mediante la generalización de la venta de la fuerza de trabajo, que no es otra cosa que la expansión de la forma específicamente capitalista de producción que

tiene como figura más adecuada la producción fabril, incapaz de desarrollarse sin quebrantar las relaciones jurídico-políticas que sustentan el poder feudal y que se oponían no sólo a las aspiraciones de la burguesía, sino también a la propia supervivencia de las masas campesinas expropiadas que lo mismo forman la fuerza de choque de las guerras campesinas alemanas durante la reforma luterana cuando fueron muertos cerca de cien mil campesinos(39), que de la revolución inglesa encabezada por Cromwell, de la Fronda francesa o de la guerra de los treinta años(40), hechos históricos que sólo son comprensibles dentro del proceso de recomposición de las relaciones sociales de producción implicadas en el tránsito del feudalismo al capitalismo.

Así es como el secular proceso de acumulación de capital conduce a una crisis que se manifiesta dramáticamente con la reaparición de las hambrunas y las epidemias con la intensidad de las peores épocas durante el siglo XVII. La historia de la medicina registra en este siglo la hazaña de Harvey y, entre otras cosas, el inicio de la nosografía moderna con Sydenham y su intento clasificatoriao, muy de un siglo newtoniano que pretendía encontrar el lugar específico de cada cosa en el universo. Aspiraban Sydenham y sus seguidores reconocer en cada enfermo la presencia de "species morbosae". La abundancia de epidemias dio ocasión de observar y clasificar diferencialmente un buen número de padecimientos (tifus, tifoideas, disenteria, influenza, fiebre amarilla, pelagra, etc.), además el afán de clasificar llevó a distinguir especies morbosas bastante artificiosas(41), pero no fue suficiente para reconocer aún la "entidad nosológica" desnutrición, no obstante que la mortalidad por hambre alcanzó dimensiones nunca vistas.

Es necesario detenernos aquí brevemente a considerar el mecanismo -

de la llamada acumulación originaria, pues constituye uno de los factores --- principales que genera la "cuota de mortálidad" por hambre que requiere el capitalismo en su óptimo funcionamiento. De hecho, la llamada acumulación primitiva u originaria no es tal en sentido cronológico: como "movilidad primitiva del trabajo remite al modo de producción de la fuerza de trabajo como mercancía. Producción de un flujo de los espacios sometidos formalmente al capital hacia los espacios que le están realmente sometidos.... este flujo puede cesar sólo con la extinción de toda sumisión formal, con el reino generalizado de - la sumisión real y de la plusvalía relativa... Con otras formas conformes a - la transformación de los espacios, la llamada acumulación 'primitiva' (y las formas de movilidad del trabajo que se le vinculan) se prosigue como elemento permanente del proceso de acumulación"(42). "La llamada acumulación originaria no es... más que el proceso histórico de escisión entre productor y me--- dios de producción. Aparece como 'originaria' porque configura la prehistoria del capital y del modo de producción correspondiente al mismo. [] El proceso de escisión...abarca en realidad toda la historia del desarrollo de la moderna sociedad burguesa"(43). Es posible seguir el itinerario del hambre durante los últimos cinco siglos, no sólo de Europa hacia los otros continentes, paralelo al proceso de escisión productor-medios de producción, sino, dentro de - cada nación, ubicar regionalmente los polos de alta prevalecencia de la desnutrición generados permanentemente y cotidianamente por este proceso constante y dinámico de subordinación del trabajo al capital(44).

La forma capitalista de producción requiere la existencia de una -- sobrepoblación miserable que coexista contradictoriamente con la abundancia - de medios de producción. En las formas precapitalistas de economía natural, -

donde se produce para autoconsumo, la fuerza de trabajo no consigue reproducirse debido a la escasez de medios de trabajo: la economía capitalista, por el contrario, crea una sobrepoblación al incrementar sus medios de producción, lo que da lugar a la constitución del ejército industrial de reserva que permite al capital explotar la fuerza de trabajo ya absorbida en un grado aún mayor. Es precisamente esta sobrepoblación relativa, excedentaria a la capacidad de explotación directa por el capital, pero tributaria de la explotación de la población empleada y requisito indispensable en la conformación del capital, la que sufrirá principamente las hambrunas de la era capitalista y sucumbirá en las epidemias.(45)

La crisis del siglo XVII logra superarse una vez que las relaciones sociales de producción se han transformado como consecuencia de la constitución de un proletariado, la destrucción y asimilación de las estructuras feudales por el capital y la consolidación del poder político de la burguesía; unicamente sobre esta base podrá desplegarse la segunda revolución industrial como aparente resultado del progreso tecnológico, pero efectivamente como posibilitación de

lo devenido "tecnológico" incluso siglos o milenios atrás y como destrabamiento de su devenir.[46] Superados los obstáculos que impiden la organización de la producción sobre una base mercantil-capitalista que abarca ya como dominante la forma mercantil de la fuerza de trabajo, implicada su potencia de generar plusvalor, la producción se reactiva durante el siglo XVIII de manera expansiva dando origen a toda una revolución demográfica tanto por el incremento numérico de la población como por su redistribución urbana.[47] Los datos disponibles hacen suponer que, demográficamente, el crecimiento se debió en lo principal a una notable disminución en la tasa de mortalidad más que a un aumento de la tasa de natalidad, ya que, incluso, ésta presenta una tendencia decreciente en coincidencia con la tendencia de crecimiento poblacional. La disminución de la tasa de mortalidad debió lograrse, a su vez, a expensas de la mortalidad asociada con padecimientos infecciosos.[48]

La costumbre actual de pensar el combate en términos de acción médica, especialmente como terapéutica farmacológica, lleva a los historiadores oficiales de la medicina a enunciar como evidente que los progresos de la ciencia médica fueron una contribución fundamental en la disminución de la mortalidad por infecciones. Sin embargo, la evidencia empírica disocia tal relación: la evolución histórica de las enfermedades no corresponde, epidemiológicamente, con los avances del conocimiento médico ni con el desarrollo de terapéuticas específicas; la incidencia de los principales padecimientos infecciosos declinó mucho antes de que hubiera un conocimiento microbiológico consistente y del desarrollo de formas racionales de tratamiento específico.[49] La razón fundamental de la disminución de la tasa de mortalidad parece ubicarse en una mejora sustancial de la nutrición de la población en relación con un incremento de los suministros alimenticios[50] aunada a transformaciones

culturales y del entorno físico de las poblaciones. A su vez, si bien suele atribuirse el incremento de la producción de alimentos a los avances logrados por la revolución industrial y a la introducción de nuevos cultivos procedentes del continente americano como la papa y el maíz, lo cierto es que estos se habían introducido ya en Europa desde inicios del siglo XVI, y la expansión de la producción agrícola se produjo, al momento de la revolución demográfica, como resultado de la extensión de los métodos de cultivo tradicionales.(51) En las relaciones feudales la producción agrícola se ve limitada por las necesidades de reproducción del clero y la nobleza en base a la propiedad extensiva de la tierra y al trabajo servil; no se favorece una creciente acumulación de la producción agrícola hasta que ésta no adquiere progresivamente un carácter mercantil capitalista. La destrucción de las relaciones jurídico-políticas feudales mediante las insurrecciones burguesas y campesinas de los siglos XVI y XVII, posibilitaron las transformaciones de la estructura productiva que dieron cauce a la revolución agrícola del siglo XVII que, en un principio, no fue más que la simple reorganización de los elementos ya presentes y la liberación de las trabas económicas limitantes con la expansión del mercado y la acumulación de la producción en tanto mercancía capitalista.(52)

Sin embargo, a pesar del inusitado aumento de la producción que se registra con las revoluciones agrícola e industrial del siglo XVIII, las hambrunas lejos de abatirse se mantienen presentes y se insensifican en las regiones donde se desarrollan los procesos de acumulación originaria, paradojicamente, en los momentos y en los lugares en que se da una sobreproducción mercantil, lo que desencadena generalmente una crisis económica. Si bien la proporción de fallecimientos asociados con el hambre en relación con el total

de la población disminuye y se traduce en crecimiento demográfico, éste mismo posibilita la persistencia y aún el incremento en términos absolutos de aquéllos. En plena expansión de la producción agrícola, el hambre mató 30 000 seres humanos en Sicilia en 1763-1764 y en 1770 se contaron 150 000 personas -- muertas de hambre en Sajonia y 8 000 en Bohemia.(53) Bastaba un año de malas cosechas para privar de alimento a la masa de la población despojada de toda posibilidad de almacenar reservas y obligada a consumir mercancías cuyo precio escapaba a su alcance movido por el ocultamiento y especulación que con-- lleva todo desequilibrio en la oferta en una sociedad mercantilista.

La contradicción entre abundante producción de alimentos, crecimiento demográfico intenso e incremento absoluto de la mortalidad asociada al hambre, únicamente puede dilucidarse si penetramos en la lógica de la reproduc-- ción social de las relaciones de producción capitalista. El desarrollo del capitalismo requiere de una redistribución de la riqueza social en función de - su reproducción ampliada, de su creciente acumulación; ello implica ya no sólo un consumo suntuario desmedido de la clase dominante al igual que en otros modos de producción, sino la creación de un enorme excedente mercantil que -- nunca será consumido, la hipertrofia de la parte constante del capital, la -- acelerada obsolescencia de los medios de producción, ingentes gastos militares, irracionalidad el consumo en términos de necesidades, desposesión absoluta de la clase trabajadora respecto a los medios de producción, limitación -- del consumo de los trabajadores en función de las necesidades de reproducción de fuerza de trabajo, creación de una sobrepoblación permanente condenada a - la miseria como ejército industrial de reserva, en fin, de un mecanismo negatorio del pleno desarrollo de la potencialidad humana. Pero este mecanismo de

mencial de reproducción social capitalista debe aparecer mistificado ante el conjunto de los integrantes de la sociedad como elemento central de cohesión del conjunto de sus contradicciones disolutivas; los integrantes de la sociedad deben interiorizar dicho mecanismo y asumirlo como el único posible, como la forma "natural" del ser social, y a ello se dirigen los mejores esfuerzos y capacidades de los cuadros intelectuales formados al servicio de la defensa del buen orden burgués.

A lo largo del siglo XIX quienes eran expulsados del agro y no tenían la suerte de encontrar trabajo, frecuentemente estaban condenados sin remedio a sucumbir, sin más, de inanición; pero sobre quienes tenían la suerte de enrolarse en la industria pesaba otra condena menos inmediata pero igual de fatal: la expoliación de los obreros, hombres, mujeres y niños, en interminables jornadas laborales en condiciones de hacinamiento y la más completa insalubridad a cambio de un salario miserable, conducía a las familias obreras a una muerte de hambre más sutil, pero inexorable. La Tuberculosis, la peste blanca, darían cuenta de millones de trabajadores, pero el capital siempre encontraría, reproducidos en la misma familia obrera o arrojados del campo a la ciudad, un número excedentario de miserables dispuestos a posponer su agonía; encontraría también los ideólogos que justificarían la miseria de las clases trabajadoras alegando su irresponsable reproducción biológica excesiva que desbordaba los esfuerzos productivos de la sociedad, y los médicos clínicos que atribuyeran la enfermedad y muerte prematura de los mineros a su debilidad pulmonar "constitucional". Lo que tardaría aún en encontrar sería a los médicos-ideólogos que mistificaran los aterradores efectos de la reproducción social capitalista, disolviéndolos en entidades nosológicas particulares.

Ocultar la naturaleza del mecanismo que año con año se traduce en la muerte de millones de seres humanos no es tarea fácil y tomó más de cien años desarrollar un modelo médico eficiente que mistificara el mecanismo hambre-desnutrición-enfermedad y muerte, para ello fue preciso consolidar un complejo sistema ideológico productor de un peculiar sentido común que asimila como obvios el conjunto de dogmas, mitos, lugares comunes y verdades a medias que constituyen el discurso de la IED en adecuada mezcla con lo mejor del conocimiento científico alcanzado en el campo de lo biológico.

1.3.2.3. México precortesiano y la nueva España.

Mientras tanto, en el continente que después se llamaría América, tras un penoso peregrinar, los aztecas consolidaron su predominio en el Valle de Anáhuac y desarrollaron una civilización basada en un modo de producción sui generis en el que se combinan rasgos de las sociedades hidráulicas, esclavismo y servilismo. La caracterización precisa de dicho modo de producción es aún hoy objeto de debate, pero de cualquier manera la forma mercantil no predominaba en la articulación de relaciones de intercambio de bienes entre la población. El autoconsumo, el trueque y el tributo, predominaban y acaso la forma mercantil dineraria desempeñaba una función secundaria.(54) "El hecho es que sólo en contadísimas ocasiones fueron registradas epidemias importantes en el Altiplano Mexicano antes del siglo XVI, y ellas siempre aparecieron relacionadas con problemas sociales de gran trascendencia".(55) Hacia 1450 y durante cinco años, sequías, heladas en pleno junio e insólitas nevadas en abril llevaron progresivamente a una situación de hambruna a la población. Aún tomando en cuenta el bello uso de la hipérbole en la descripción de estos sucesos, no dejan de ser aterradoras las relaciones, crónicas y códices de esa época: "Los hombres y mujeres jóvenes parecían ancianos porque su carne estaba llena de arrugas [] fue tanta la esterilidad que los manantiales se secaron, las fuentes y los rios no corrían, la tierra ardía como fuego... a los árboles y a las plantas se les caía la flor y la hoja, se les secaban las ramas; y los magueyes no daban su acostumbrado jugo de miel, ni los tunales podían fructificar... El maíz, en naciendo se ponía luego amarillo y marchito y

así todas las legumbres, hasta las raices silvestres se secaron... moría tanta gente que parecía que no iba a quedar ninguno".[56]

Sin embargo habia alimento. Ante la mortandad y el éxodo de la población, en las cabeceras de la triple alianza, los señores, Moctezuma, Netzahualcóyotl y Totoquihuatzin dejaron de levantar tributo y abrieron sus trojes y graneros para repartir entre la población los tributos en especie recaudados en años anteriores con la disposición de que el bastimento se repartiera "solamente a los pobres y gente necesitada, porque los principales y mercaderes, trojes y haciendas tienen", y se tomaron medidas contra la especulación castigándola con la pena de muerte.[57] Además, cuando la hambruna era más intensa, quienes poseían alimento en abundancia, los miembros de la casta dominante, podían obtener un provecho adicional: los miserables se vendían a si mismos por el alimento de dos o tres días, hubo de intervenir el emperador para fijar en cuatrocientas mazorcas de maíz el precio de una mujer y quinientos el de un hombre.[58]

Una vez que el clima se normalizó, hubo abundancia de alimentos, los efectos del hambre y las epidemias que le acompañaron fueron desapareciendo paulatinamente y se reanudo el esplendor que caracterizó el reinado de Moctezuma Ilhuicamina. Poco más de medio siglo después se iniciaría una de las catastrofes mas terribles de la historia cobrando como víctimas a nueve de cada diez indígenas; lo que tal vez constituye el genocidio mas grande de la historia. La fértil tierra de la meseta central permitía que los 371 pueblos que conquistaron los aztecas rindieran año con año cuantioso tributo en alimentos. La corona española continuó exigiendo esos tributos y aumentó la demanda en oro y piedras semipreciosas[59], de tal forma que en muy poco tiempo

una población hambrienta, despojada de sus tierras por los peninsulares y sometida a un desgaste agotador fue presa de las más terribles epidemias.

Acostumbrados a pensar con la mentalidad médica actual, la mayor parte de las interpretaciones acerca de la terrible letalidad de las epidemias en el Nuevo Mundo se centran en la ausencia de mecanismos inmunológicos eficientes de los aborígenes por falta de contacto previo con los microorganismos importados por los españoles y en los caprichosos e ignotos ciclos "naturales" de las epidemias.(60) Cierto que en 1520 cuando se produce la primera epidemia de viruela que causó decenas de miles de muertes(61) puede invocarse con cierto sustento este mecanismo, aunque es imposible disociarle de un contexto social tan extremo como es la situación de conquista. Pero este modelo explicativo, al tomar en consideración las situaciones concomitantes a la evolución de las epidemias resulta tan burdo como las explicaciones que daban en esos tiempos algunos españoles para quienes las epidemias no eran otra cosa que castigo a la idolatría de los indígenas(62) y su alta mortalidad era provocada por "la costumbre que ellos tienen de bañarse a menudo".(63) En efecto, las epidemias se mantienen y reaparecen durante los tres siglos de la Colonia, tiempo suficiente para "habituar" los organismos de los indígenas, valga el desliz lamarckiano, a los microorganismos; padecimientos de suyo no mortales en organismos bien nutridos como el sarampión y las paperas se presentan causando gran mortalidad sólo en la población indígena pobre; las epidemias se relacionan estrechamente con las hambrunas y las crisis agrícolas afectando diferencialmente, con mucha mayor intensidad, a las clases sociales más pobres(64); algunas de las epidemias más severas no fueron tales en sentido estricto, sino de un incremento en la mortalidad de la población pobre, en

relación con una variedad de padecimientos endémicos exacerbados por la desnutrición consecutiva a las hambrunas[65]; por otra parte, la relación hambre-enfermedad-muerte la advierte ya Fray Jerónimo de Mendieta en 1595 cuando refiere que, en ese año, "aunque hubo sarampión, orejones o paperas y tabardillo", fue baja la mortalidad, según parece porque hubo muy buenas cosechas.[66]

Aunque pudiera parecer, siempre con la mentalidad que sólo piensa la historia con la visión y la semántica dominante del presente, que ya la medicina se hace cargo pleno del problema nutricional en la medida que son precisamente los hospitales los que se encargan de atender a la vasta población que sufre los estragos de epidemias y hambrunas desde el día siguiente de la conquista, continuando una tradición española hospitalaria que se remonta mil años atrás[67], y de acuerdo al modelo imperante en los incios del siglo XVI en Europa. Sin embargo hospital, y no sólo etimológicamente, en ese entonces, es más hospicio, asilo, reclusorio, lugar de segregación, que centro de atención médica[68]; otras son las funciones que ha de cumplir, más en relación con las necesidades políticas e ideológicas de los conquistadores, la corona y el clero, que con una función médica propiamente dicha[69]. "Los franciscanos ...adonde quiera que extendían su orden -y cubrieron prácticamente toda la extensión del país- abrían un convento y dentro de él una escuela y junto a él un hospital. Así, mediante convento, escuela y hospital fue como España afianzó su conquista y como pudo rápidamente cristianizar a los ocho o diez millones de indios que tenía México (sic) en ese tiempo". [70] Los hospitales hospedaban, daban alimento y cuidado a los hambrientos y a los enfermos, quienes ingresaban a veces, por necesidad, voluntariamente, a veces coercionados por el gobierno. En los hospitales se cuidaba, no se curaba; la presencia de un médi

co llegaba a ser accesoria pues el funcionamiento hospitalario descansaba fundamentalmente en religiosos y legos que proporcionaban alimento y auxilio espiritual a los hospedados. (71) La transformación del hospital en organismo médico fue paulatina y no alcanzó tal calidad sino hasta principios del siglo XVIII. (72) Nuevamente la historia ha de luchar contra la ilusión de una continuidad que no es sino retrospectiva cegada por una ideologización contemporánea.

Por supuesto que los médicos intervienen activamente en el manejo de las epidemias en cuanto enfermedades, pero lo hace con una mezcla de "mirada" anatomoclínica, curanderismo, teoría humoral, iatroquímica, etc., propios de una época en que no acaba de conformarse un conocimiento biológico y terapéutico consistente. Las medidas de aislamiento, cuarentena, inhumación y saneamiento ambiental, eran decididas y ejecutadas por la autoridad civil o eclesiástica, prescindiendo de la intervención médica limitada en muchas ocasiones a los consejos del Protomedicato, las más de las veces futiles. (73) La intervención médica se hizo patente en las descripciones clínicas del padecimiento y en las necopsias (74), pero "los especialistas médicos... no encontraron durante tres siglos la solución adecuada contra las enfermedades, que cada vez que aparecían acababan con miles de seres humanos". (75) Las sangrías, purgas, cataplasmas, abluciones y lavativas, lo mejor del repertorio médico, en ocasiones llegaban a ser eficientes complices de la epidemias.

Con los desfasamientos cronológicos correspondientes al itinerario del proceso de acumulación de capital y con las modalidades que le imprime ya una incipiente división internacional del trabajo, la crisis europea del siglo XVII, encuentra en cierta manera su equivalente en las colonias de España y Portugal durante el siglo XVIII. No se trata de tomar partido en la interesante polémica acerca de los modos de producción en Latinoamérica y el momento en que el modo de producción capitalista deviene dominante; para nuestros fines es suficiente considerar la producción de proceso de acumulación de capital y liberación de mano de obra subsecuentes a la concentración de la tierra mediante el despojo y a la generalización de las relaciones económicas mercantiles. Es claro que estos procesos se presentan ya desde el inicio de la Colonia y se proyectan expansivamente al correr los años.(76)

Si en Europa esto trajo como consecuencia hambrunas y epidemias que arrojan una mortandad inaudita,en Latinoámerica fue mucho peor. En los tres siglos de coloniaje las epidemias llegaron a ser un mal común y las muertes a contarse por millones(77). LLama la atención la hambruna registrada en 1784 a 1787 asociada con una "epidemia" que ocasionó aproximadamente 300 000 defunciones. Los autores que relatan esta epidemia describen el fenómeno de las masas que abandonan el campo para ir a la ciudad en busca de alimento y atribuyen el fenómeno a las escasas cosechas que "naturalmente" hacen subir los precios de los alimentos por encima de las posibilidades de la población empobrecida; en consecuencia, esta se desnutre, enferma y muere.(78) Sin embargo los mismos autores aportan los datos para ilustrar que no se trata de una calmidad natural, sino que deriva de la organización social en una etapa de progresiva

consolidación del capitalismo. En Nueva Galicia bastó la pérdida de una cosecha para desatar la hambruna. El precio del maíz se quintuplica y el del trigo se incrementó dos y media veces; los salarios se mantuvieron al mismo nivel y aumentó el desempleo; creado un atractivo mercado, 50 000 fanegas de maíz procedentes de la provincia de Colima se destinaron a satisfacer la alimentación de quienes podían pagar su precio. Aquellos despojados de todo medio de producción no podían sino lanzarse en tropel a los centros urbanos a buscar su sustento. La "opinión pública", las clases acomodadas de la ciudad, se alarmó por la magnitud del flujo de desocupados que deambulaba en tropel por las calles mendigando y robando. "Eran tantos los casos de prostitución abierta, robos, asesinato y violación que la policia no se daba a basto y las propiedades y la vida de todos los ciudadanos estaban en constante peligro... se propuso un programa de obras públicas para ampliar la pequeña industria del tejido de algodón y así proporcionar empleo a unos 600 o 700 mujeres y niños".(79) Allí donde el médico ve una calamidad natural, el científico social puede ver la objetividad de un proceso de acumulación de capital que se impone como necesidad.

"Para atender al aumento súbito de forasteros enfermos y desnutridos se necesitaron hospitales".(80) Para el médico actual la necesidad del hospital derivó de que "la clase dirigente... era definitivamente ilustrada en lo que toca a salud".(81) Lo cierto es que las bandas de menesterosos representaban un grave peligro al orden establecido. Las asonadas se registraban siempre coincidiendo con las hambrunas; ya en 1692, en la ciudad de México, se había registrado un motín gigantesco a consecuencia de la carestía, en 1761 se produjo la rebelión maya encabezada por Jacinto Canek en un periodo -

de hambre extrema; el sistema colonial se descomponía aceleradamente y las -- idéas de independencia fincaban hondas raices en el pensamiento de los nati-- vos de las colonias[82], el temor a la rebelión de los hambrientos era el motivo de confinarlos, aún contra su voluntad, en hospitales, hospicios y lazaretos y no la necesidad de prestar atención médica a los enfermos y desnutridos: El hospital provisional establecido en Guadalajara en el año de 1786 en el Colegio de San Juan, específicamente construido para albergar "menesterosos, medigos, vagos, ociosos y forasteros", no contó sino con un sólo médico para atender a centenares de pacientes.[83] De cualquier modo, la interven-- ción médica nada tenía que ver con la nutrición de los internos ni encontramos referencia alguna a considerar la desnutrición como un padecimiento curable mediante dicha intervención.

1.3.3. El primer reconocimiento médico del hambre como enfermedad social.

Que las revoluciones se hacen por hambre puede tener un gran fundamento empírico, lo cierto es que las revoluciones las hacen los pueblos, por más que no sean ellos quienes las disfruten, y las hacen para sacudirse de la opresión. Los movimientos populares no se limitan a los vientos de fronda o al acto político-militar del derrocamiento de la tiranía; implican un amplio proceso de conciencia social del sentido de la historia humana que se plasma en el hacer y en el pensar de los individuos. Surgen así personajes que encarnan la conciencia social de la época, que intuyen o reconocen plenamente el complejo proceso social y toman partido en el proceso transformador con lo mejor de su ánimo y su ciencia.

El surgimiento del capitalismo se acompaña del surgimiento del proletariado, organizado políticamente, portador de un proyecto histórico transformador revolucionario. La miseria, el hambre y la explotación de los obreros lleva aparejada la potencialidad social humana de terminar para siempre con la miseria, el hambre y la explotación y construir una nueva sociedad organizada a partir de la satisfacción de las necesidades que conduzcan al pleno desarrollo en común de la potencialidad humana.

Las miserables condiciones de la clase obrera, las enfermedades producidas por sus agobiantes condiciones laborales y de vivienda, su mortalidad asociada con un deplorable estado nutricional, encontrarán por fin eco en un discurso médico que se genera claramente articulado, en parte, con las reivindicaciones de las organizaciones político-sindicales obreras.

Es posible rastrear la percepción que algunos médicos lograron acerca de la relación entre las condiciones laborales de los trabajadores y su salud. En pleno renacimiento (1533-1534) Paracelso escribe una monografía sobre las enfermedades de los mineros.(84) En 1700 Ramazzini publica "De morbis artificum diatriba" que puede considerarse el primer tratado sistemático de medicina laboral, en el se recoge con gran sensibilidad las observaciones de -- los trabajadores sobre sus condiciones de trabajo y el daño que referían a su salud; aparece ya en forma diáfana la relación que guardan las condiciones de existencia de los trabajadores con sus condiciones de salud: "Mientras hacían este trabajo en casa, observé a uno de esos obreros que realizaba su tarea en aquel infierno y me fijé que parecia muy aprensivo y tenía todos los nervios en tensión... le pregunté por qué se apuraba tanto... el pobre alzó los ojos desde la caverna, me miró y dijo: 'Nadie que no lo haya hecho puede imaginarse lo que cuesta permanecer más de cuatro horas en este sitio; es lo mismo--- que quedarse ciego'... Me deseó buenos días y se marchó a casa con las manos sobre los ojos. Después de esto, ví a varios obreros de su mismo oficio a medio cegar o ya ciegos que pedían limosna en las calles de la ciudad".(85) Con la misma dedicación, en el capítulo V de su obra se dedica a analizar los dra

máticos casos de las enfermedades de los alfareros, pintores, mineros, etc.-- (86)

En 1790, Johann Peter Frank dicta en la Universidad de Pavia una -- conferencia titulada "De populorum miseria: morborum genitrice", la miseria - del pueblo, madre de las enfermedades. En todo su contenido se deja ver una - clara visión de la naturaleza real de las enfermedades que agobian al pueblo: en medio de la abundancia los campesinos estaban oprimidos y padecian hambre: "El hambre y la enfermedad están pintadas sobre la frente de toda la clase -- trabajadora. Se las reconoce a primera vista. Y quienquiera las haya observado, no llamará a ninguna de esas personas un hombre libre. Esta expresión ha perdido todo significado. Antes del amanecer, y luego de haber comido una escasa porción de pan no fermentado, lo cual constituye su dieta de siempre, -- que apacigua su hambre solamente durante medio día, el agricultor ya se entre ga a su duro trabajo. Con el cuerpo enflaquecido, bajo los ardientes rayos -- del sol, él ara la tierra que no es suya y cultiva una vid de cuyos beneficios sólo él quedará excluido. Sus brazos caen, su lengua reseca se le pega - al paladar, el hambre lo consume. El pobre hombre no puede esperar más que -- unos pocos granos de arroz y algunos frijoles remojados en agua. Y a ello, él sólo puede agregar esos condimentos que la naturaleza generosamente provee -- sin costo a los hombres".(87)

Si Peter Frank fue un pionero que prefería hablar de estos temas en sus discursos formales en vez de disertar acerca de enfermedades hepáticas o estomacales como preferían hacerlo los demás maestros de medicina, muy pronto, este tipo de discurso social dejaría de ser excepcional. Durante la primera -

mitad del siglo XIX se dan a conocer numerosos estudios acerca de la mortalidad diferencial de obreros, comerciantes e industriales, así como investigaciones sobre las condiciones laborales y de vivienda de la clase obrera. "Para honor de la clase médica, médicos fueron los primeros en denunciar con objetividad y energía la enorme injusticia social de que eran consecuencia del pauperismo [término acuñado precisamente al mediar el siglo en relación con la situación del ejército industrial de reserva] y sus secuelas morbosas. Tras la valiente oración-denuncia de John P. Frank [], toda una serie de documentos -los tempranos estudios estadísticos del médico de Leeds C. Turner Thackrah (elaborados en 1821 y publicados en 1831), y a continuación las observaciones de E. L. Villermé en los centros franceses de la industria textil --- (1840), un célebre informe del Virchow joven sobre la situación sanitaria de los trabajadores en Silesia (1848)- con toda claridad lo demuestra. Las consideraciones de F. Engels en torno a la situación del proletariado industrial de Inglaterra vieron la luz en 1845. Muy pronto se unieron a esos autores los higienistas españoles M. Seoane y P. F. Monlau".(88)

La preocupación médica por las condiciones de vida de las clases oprimidas presenta dos vertientes, en un origen imbricadas y frecuentemente indistinguibles: la consolidación del control político e ideológico por parte del estado burgués de la reproducción de la fuerza de trabajo como salvaguarda del interés conjunto de la clase capitalista, y la identidad con la lucha revolucionaria de los trabajadores. Era frecuente que médicos integrados al movimiento revolucionario, generaban investigaciones similares a las efectuadas por comisiones médicas oficiales y llegaran a conclusiones similares y se traducían tanto en reivindicaciones populares concretas, como en medidas buro

cráticas estatales.[89]

De cuálquier manera es claro que primero en Francia encabezados -- por Bouchez, Trélat, Chateaunef, Duchatelet, Ruchoux, Fourcault, entre otros y después en Alemania e Inglaterra con Virchow, Neumann, Leubuscher, Chadwick, Farr, Hunter, etc., la conciencia de los médicos acerca del carácter social - de las masas populares, logra una objetividad como nunca antes, y en cierta - forma, nunca después se ha tenido. Neumann en 1847 afirmaba: "La ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social, y en la medida que no se conozca así en la práctica, no seremos capaces de disfrutar sus beneficios -- tendremos que conformarnos con un cascarón vacío, con una falacia". A su vez, Virchow, uno de los más ilustres personajes de la historiografía médica oficial como histopatólogo, advertía: "la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala".[90]

El propio director del registro civil británico afirmaba en 1843 en la cámara de los comunes: "por rápido que haya sido el crecimiento de la población, no se ha mantenido a la par del progreso experimentado por la industria y la riqueza... uno de los rasgos más sombrios que presenta la situación social del país... es que mientras se registra una mengua en la capacidad popular de consumo y un aumento en las privaciones y la miseria de la clase trabajadora, al mismo tiempo se verifica una acumulación constante de riqueza en las clases superiores y un constante incremento de capital".[91] "Quienes elaboran informes sobre la difusión de enfermedades epidémicas en los distritos rurales denuncian el hacinamiento habitacional como una causa que frustra por entero todo intento de contener el progreso de una epidemia ya declarada. Y - una y otra vez se ha demostrado que a pesar de las muchas influencias saluda-

bles de la vida campestre, la aglomeración, que tanto acelera la propagación de las enfermedades infecciosas, coadyuva también al surgimiento de las enfermedades no infecciosas..."(92)

El pauperismo, el conjunto de individuos desempleados que vegeta -- gracias a los socorros públicos de indigentes alcanzó, según el censo oficial de indigentes en Inglaterra hacia 1863 la cifra de un millon ochenta mil personas, es decir más de un 5% de la población y continuó aumentando en los años siguientes a razón de un 20 a un 25% anual registrándose concomitante un "terrible incremento de las muertes por inanición en Londres... que demuestra -- irrefutablemente el horror creciente que experimentan los obreros".(93) Si -- veinte años atrás Chadwick en su célebre Report había denunciado la situación miserable de la clase obrera, para 1866 el doctor Hunter, en el octavo informe sobre Salud Pública del Privy Council, organismo integrado por dignatarios de la corte, grandes señores, prelados y jurisconsultos, afirmaba : "dos cosas - son indudables: La primera, que en Londres existen 20 grandes nucleamientos - compuestos cada uno por unas diez mil personas cuya miserable condición...supera todo lo que se haya visto nunca en cualquier otra parte de Inglaterra,la segunda que el hacinamiento y el estado ruinoso de las casas que componen esos nucleamientos son mucho peores que veinte años atrás... no se exagera cuando se afirma que la vida en muchas partes de Londres y de Newclaste, es infernal".(94)

Para Virchow fue claro que la hambruna y la epidemia de tifus que - desvastó en 1847 la alta Silesia, región industrial con larga tradición revolucionaria, se produjo en medio de una creciente acumulación de riqueza por - parte de los dueños de las minas silesianas de carbón, plomo y hierro y de la aristocracia terrateniente prusiana que, contra las previsiones de Malthus, - vió aumentar la productividad de sus tierras por arriba del crecimiento poblacional ; la crisis agrícola fue consecuencia de movimientos especula

tivos que favorecían la concentración de la tierra en manos de los grandes -- terratenientes y tras la crisis industrial, los magnates de la nobleza y la - burocracia silesiana, resurgían con mayor fuerza; esto se traducía en hambre y desempleo, en epidemias y muerte de los obreros reducidos a la indigencia - (95).

El caso de la hambruna en Irlanda en 1846, que liquidó a más de un millón de seres humanos e hizo emigrar más de dos millones es invocado fre--- cuentemente en la actualidad como desastre natural.(96) Pera los inspectores de la Poor Law on the Wages of Agricultural Cabourers in Ireland, siguiendo - la tradición de Chadwick, tuvieron cabal conciencia de que las transformaciones que convirtieron a las condiciones de vida de los trabajadores agrícolas irlandeses en "una vergüenza para la civilización" no se debieron a la plaga de la patata que no duró sino dos años, sino a la política de explotación de los terratenientes a cuya riqueza no inflingió el menor perjuicio. El fin del monopolio cerealero y la pérdida de la cosecha de patatas en 1846, favorece - la transformación de la agricultura hacia una forma plenamente capitalista -- concentrando la propiedad de la tierra como pastizales que redituan pingües - ganancias a los grandes terratenientes que consumaron el despojo y aporta mano de obra más que barata a la industria de la fabricación del lienzo. Estas transformaciones crean súbitamente una población excedentaria por completo y que no encuentra acomodo alguno en las fincas ganaderas de los 1,134 propietarios que se apropian de más de la mitad de la riqueza producida por Irlanda; su enorme riqueza se ha gestado sobre la muerte y la expulsión de más de tres millones de seres humanos.(97) Esto no ha escapado a los ojos de los inspectores sanitaristas ni a la conciencia histórica del pueblo irlandés.

El empuje del movimiento obrero, la pugna entre la burguesía rural y urbana que se acusaban mutuamente de generar la mayor indigencia, el pánico ante el peligro de epidemias y la honrada conciencia científica de los sanitaristas crearon las condiciones para el surgimiento fugaz hace ya más de un siglo de un conocimiento epidemiológico altamente objetivo acerca de la determinación social y las repercusiones en la salud de las carencias nutricionales de la población. Si bien "el nexo interno entre los tormentos del hambre padecidos por las capas obreras más laboriosas y el consumo dilapidador -grosero o refinado- de los ricos, fundado en la acumulación capitalista, sólo se pone al descubierto con el conocimiento de las leyes económicas".(98), la naturaleza de las relaciones de explotación que subyace en los problemas de alimentación y salud es del todo representada en el discurso médico generado en Europa durante el siglo pasado; el carácter antagónico respecto a la salud de la población de la acumulación capitalista y por ende de las relaciones capitalistas de propiedad en general resulta tan tangible que hasta en los informes oficiales del gobierno e incluso de sociedades ultraconservadoras no puede dejarse de lado su denuncia:

> "Todo el que esté familiarizado con la asistencia médica a los indigentes o a los pacientes de hospitales, ya se trate de internados o de personas que viven fuera del establecimiento, confirmará que son incontables los casos en que las carencias alimentarias provocan o agravan enfermedades ...Sin embargo, desde el punto de vista sanitario se agrega aquí otra circunstancia extremadamente

decisiva... Se recordará que la privación de los alimentos sólo se tolera con la mayor renuencia, y que por regla general una gran exigüedad de la dieta sólo se presenta si otras privaciones la - han precedido. Mucho antes de que la insuficiencia alimentaria gravite en el plano sanitario, - mucho antes de que el fisiólogo piense en contar los granos de nitrógeno y carbono entre los que oscilan la vida o la muerte por inanición, la casa se habrá visto privada de toda comodidad material. La vestimenta y el combustible escasearán aun más que la comida. Ningún amparo suficiente contra las inclemencias del tiempo; reducción del espacio habitable a un grado en que el hacinamiento produce o agrava las enfermedades; rastros apenas de enseres domésticos y de muebles; la limpieza misma se habrá vuelto demasiado cara o engorrosa, y si por un sentimiento de dignidad personal se hacen intentos de mantenerla, cada una de esas tentativas representará nuevos suplicios de hambre. El hogar se instalará donde el techo sea más barato: en barrios -- donde la inspección sanitaria recoge los frutos más mezquinos, donde el alcantarillado es más - deplorable, menor la circulación, mayor la cantidad de inmundicia colectiva, más mísero o de peor calidad el suministro de agua; en ciudades

donde escasean al máximo la luz y el aire. Son - estos los peligros, desde el punto de vista sanitario, a los que inevitablemente está expuesta - la pobreza cuando la misma supone falta de alimentos. Y si la suma de estos males constituye - un peligro de terrible magnitud para la vida, la mera carencia de alimentos es de por sí algo espantoso... Son, las precedentes, penosas reflexiones, especialmente cuando se recuerda que la pobreza que las motiva no es la merecida pobreza de la desidia. Es la pobreza de trabajadores. En lo referente a los obreros urbanos, no cabe duda de que en la mayor parte de los casos el trabajo con que compran el escaso bocado de alimento se prolonga por encima de toda medida. Y sin embargo, sólo en un sentido muy condicional puede decirse que ese trabajo sirva para mantener a quien lo ejecuta... Y en una escala muy amplia, ese mantenimiento nominal de sí mismo sólo puede ser el rodeo, más o menos largo, que lleva a la indigencia." (99)

Si el pretexto de estudiar la desnutrición fuera exclusivamente - su conocimiento científico, "la investigación de la etiología a nivel comunal y las alternativas para eliminar los factores productores", esto es, la IED, hubiera encontrado la culminación de su fundamentación, un siglo antes de que

se constituyera formalmente, en las minuciosas y rigurosas investigaciones emprendidas en Inglaterra por el Privy Council, la Oficina del Registrador General dirigida por William Farr y las Comisiones Parlamentarias.

Se puede escribir la historia de la humanidad como confrontación entre la creciente riqueza producida y la permanente miseria de las masas populares, su hambre, su muerte, su rebelión(100), se puede también hacer lectura de la historia oficial de la medicina y tratar de entroncarla con tal historia de la humanidad.

Pese a que la historia de la medicina ha estado inextrincablemente unida a la historia social, a través de los milenios memorables, ningún médico se atrevió a considerar al estado nutricional producido por la imposibilidad de grandes capas de la población de alimentarse como una enfermedad en sí misma sino a lo más como un factor patógeno; de cualquier manera permanecía fuera del campo médico el manejo de aquellos miserables condenados a morir de inanición; no se necesitaba de médico alguno que prescribiera alimentos, era su carencia, y no la falta de prescripción médica, lo que los hacia morir de hambre. Por lo demás, en épocas y regiones en las cuales el alimento era abundante y disponible la gente solía alimentarse tan bien como el más docto de los médicos, aún prescindiendo de sus consejos bromatológicos: La sabiduría acerca de la nutrición era y sigue siendo más patrimonio cultural colectivo que conocimiento biomédico.(101)

Por otra parte, siempre se ha sabido, y ha llegado a ser perogrullada, que quien no come muere por ello o enferma y muere. En la antigua Roma de

jar de comer era forma digna de morir de los patricios y muerte común de los esclavos. Si enfermar era no poder vivir como el común de las personas no --- aquejadas de algún mal y acaso peligrar de muerte, siempre se tuvo plena conciencia que el indigente emaciado era un enfermo; ya Shakespeare ponía en boca de Nerissa el cruel diagnóstico: "They are as sick that surfeit with too - much as they that starve with nothing" (escena II, acto primero "The Merchant of Venice".). Sin embargo, junto con el digno suicidio, la ordalía, la ejecución de los vagabundos, los sacrificios humanos, el martirio de los santos y muchos otros actos similares que implican daño orgánico terrible e incluso la muerte,la desnutrición, obviamente, no entraba en el campo médico por más enfermedad que fuera: nada podía mistificar la clara conciencia de sugénesis y su remedio.

Como ya vimos no fue sino hasta los siglos XVIII y XIX cuando los - médicos se ocupan del hambre que sufren los trabajadores, pero de manera muy distinta a como lo hacen hoy en día. Uno de ellos decía: "Aunque el punto de vista oficial sea exclusivamente médico, los sentimientos humanos más comunes impiden ingnorar el otro lado de este mal"[102], sin embargo, bien pronto nada impedira ignorarlo; el otro lado de este mal desaparecerá del discurso médico dominante, se operará un enorme proceso de inversión en el cual la determinación social del hambre, de suyo transparente y tangible, se diluirá en su efecto: el estado nutricional. La desnutrición, se hará relevante como problema de salud pública; como enfermedad será reclamada para su estudio de acuerdo al paradigma médico laboriosamente forjado durante el siglo XX en armonía con las necesidades de reproducción estructural y superestructural de las relaciones de producción capitalista.

La naturaleza del proceso hambre-desnutrición-enfermedad estaba -- bien claro cuando en la India "durante los últimos treinta años del siglo pasado, más de veite millones de habitantes de ese país. murieron de inanición; sólo en el año de 1877, cuatro millones murieron de hambre... mientras tantos desdichados se morían de hambre, el Puerto de Calcuta seguía exportando al extranjero considerables cantidades de cereales. Los hambrientos eran demasiado pobres para poder comprar el trigo que les hubiera salvado la vida. [] Los -- principales importadores, comerciantes de Londres, Rotterdam y otros grandes mercados europeos... lograban ingentes beneficios de sus exportaciones de la India".(103) En cambio ya no era así cuando en 1974, Bangladesh, "el infierno rebosante de pan" que conquistaron los mongoles en el siglo XII, sufrió una - de las hambrunas más graves del siglo XX que costó varios millones de vidas - no obstante que los acaparadores tenían acumuladas alrederor de 4 millones de toneladas de arroz.(104)

Ambos sucesos, separados casi por un siglo, son prácticamente idénticos en su determinación social. Pero mientras que para la hambruna de 1877 no existía una "explicación" médica, para 1974 la desnutrición provocada por el hambre tiene ya un "status" nosológico y una explicación epidemiológica -- que diluye lo social en lo ecológico y los hospitales se abarrotan de los indigentes que, igualmente, han de morir mientras las autoridades sanitarias de los organismos internacionales hacen dramáticos llamados para el envio masivo de medicamentos y vacunas a la vez que advierten al mundo de las catastróficas consecuencias de la irresponsable explosión demográfica de los pobres,y - los excedentes del mercado mundial de alimentos encuentran una válvula de escape.

Es evidente que en intervalo de un siglo la medicina ha sufrido un gran cambio. El origen de la IED debe buscarse entonces en la transformación de aquella y en la forma como se articula con el conjunto del proceso social. Así, aún rastreada desde un milenario paleolítico, la huella del hambre en el desarrollo de la sociedad humana corre en paralelo con la medicina sin que ésta se ocupe de aquélla hasta tiempos recientes en que se acuña el concepto -- desnutrición con sentido médico. Ubicada la cronología de su encuentro, la -- idea de que fue provocado por el descubrimiento científico de la naturaleza - del proceso epidemilógico que conduce a un estado de desnutrición de amplias capas de la población parece más que deleznable. Por el contrario, el recorrido histórico-genético nos conduce a la clara identificación de que la IED se desarrolla, digámoslo de una vez, como encubrimiento del contenido social real de la desnutrición, como desincorporación mediatizada del proceso social que subyace al fenómeno epidemiológico. Pero se trata de un encubrimiento altamente elaborado y eficaz en la medida que logra asentarse como sentido común que guía una práctica cotidiana preñada de pleno conocimiento por parte de la mayoría de los médicos, asimilados al modelo médico hegemónico, que deviene consenso activo e incluso entusiasta.

¿Cuál fue entonces, el recorrido llevado a cabo en la constitución del concepto desnutrición?, ¿Cuáles fueron las condiciones de aparición del - concepto normatizado ya como entidad nosológica?, ¿Cuáles fueron los elemen-- tos fundamentales de dicha normatización?, ¿Qué cambios sufrió la medicina como modelo global y como actividad integradora de múltiples aspectos? De tales aspectos ¿Cuáles se modificaron esencialmente y cuáles son presentados por el discurso médico oficial como generadores de la práctica médica actual y por -

qué motivo?. Creo que estos son los términos en que debe plantearse el problema del origen de la IED y no ingenuamente como producto neutro de un aséptico conocimiento científico médico, que nos lleva a un callejón sin salida tan -- pronto consideramos lo tardío del reconocimiento médico de "la enfermedad desnutrición".

1.4. La consolidación del modelo médico hegemónico capitalista y el surgimiento de la IED.

Si el término desnutrición adquiere su condición de enfermedad como resultado de una práctica médica, es en el análisis de ésta donde debemos encontrar la clave de su génesis conceptual. Antes de pasar a analizar en el capítulo segundo el proceso concreto de generación del concepto desnutrición en su acepción nosológica, debemos aún dar cuenta de cómo se originó tal práctica en su determinación general más amplia, esto es, como paradigma de hacer y pensar la medicina, como modelo médico hegemónico.

La medicina se presenta sin duda como una actividad encaminada a resolver los problemas de enfermedad en el ser humano, esto es, a mediar intencionalmente en los procesos orgánicos que interfieren en las actividades cotidianas de los individuos. Se puede seguir a través de la historia un proceso de diferenciación de tal actividad que nace imbricada con las formas mágico-- religiosas de representar y mediar la relación hombre-naturaleza, en la medida que así se concibe la génesis de los trastornos orgánicos. Existe por su-- puesto en la progresiva diferenciación un componente de esclarecimiento de la estructura y el funcionamiento del organismo humano, pero este aspecto incide sólo tardíamente en la conformación de la práctica médica; previamente otros

aspectos tienen mayor peso en este sentido, sobre todo la eficacia terapéutica de las medidas empíricas. También es preciso reconocer un componente axiológico de normativización referido a lo que se llega a considerar como enfermedad: "no es un método objetivo lo que permite calificar de patológico a un fenómeno biológico considerado. Siempre es la relación con el individuo enfermo, la que justifica la calificación de patológico. [] Hay medicina ante todo porque los hombres se sienten enfermos. Sólo secundariamente los hombres, porque hay una medicina, saben de qué estan enfermos".(105) En este aspecto la definición de la práctica médica, al mediarse por la capacidad de reconocimiento subjetivo se imbrica,con las conformaciones históricas ideológicas y cognitivas. Más aún, como práctica social, la medicina se subsume necesariamente a la dinámica de los procesos de reproducción social, articulando la posibilidad de enfrentar los procesos patológicos orgánicos con una amplia gama de funciones relacionadas, ajenas o aún contradictorias con dicho propósito: reproducir fuerza de trabajo, formar parte de los mecanismos de enajenación social, servir como vehículo de hegemonía, conformar un mercado para las industrias de equipo médico y química farmacéutica, conformar una élite que funcione como aparato de estado, etc.(106)

La medicina, entonces, aparece determinada en su devenir por múltiples aspectos y como práctica multifuncional. Es posible en consecuencia que se genere un discurso ideológico que seleccione determinados aspectos y asigne supuestas virtudes en consonancia con sólidos esquemas de sentido común. Discurso sustentado institucionalmente que se articula con el discurso total reivindicador de la hegemonía de las relaciones capitalistas en la organización de la sociedad y que se introduce en el conjunto de los sujetos sociales

que la conforman como libre convicción de su verdad fecunda y universal y no como prodigiosa maquinaria destinada a excluir toda forma discursiva opositora.[107] Idealmente se nos presenta una práctica médica ligada a la salud y al progreso, por encima de cualquier interes ajeno al logro del bienestar humano; se invoca en su respaldo a todas las eminencias médicas de la historia, reclama para si el mérito de cada descubrimiento biológico, de cada hazaña quirúrgica, de cada éxito terapéutico. La falacia de esta concepción de la medicina se oculta bajo tal cúmulo de imbricados valores científicos e ideológicos, genuinos y artificiales, que es difícil arribar a su análisis crítico sin confundir unos con otros.[108] Los ejemplos son abundantes pués el discurso se expresa cotidianamente y está implícito como marco de referencia de toda epidemilogía tradicional; veamos uno de ellos: En 1950, para anunciar un antibiótico parecía preciso recurrir a todo el respaldo del progreso social y al papel de la medicina en éste:

> "La civilización moderna invade con las armas de la industria y la ciencia los últimos bastiones de la superstición y la ignorancia. Hoy unas cuantas naciones guían, más bien que avasallan y esparcen bienestar y progreso por las fecundas y extensas tierras del Africa... A la vanguardia de esta invasión humanitaria está la Medicina que, en poco tiempo, hará más sana y confortable la vida de todos los habitantes del Africa, sin distinción de origen o de raza".[109]

Como consecuencia de esta "invasión humanitaria" hoy Africa contri-

buye en primer término a la cuota de muertes por hambre que requiere el capital internacional para su óptima reproducción ampliada; su creciente producción de riqueza se traduce, siguiendo las leyes del modo de producción capitalista, en la creciente miseria de su población.(110) El papel que en ello ha jugado la medicina como "vanguardia" puede evaluarse en múltiples aspectos -- tanto a nivel de alimentación(111) como en las devastadoras consecuencias para la salud que trae aparejadas el desarrollo de un modelo de atención hospitalaria de alta complejidad tecnológica y énfasis en el consumo de medicamentos promovido por los organismos públicos y privados internacionales de "ayuda" a los paises subdesarrollados.(112)

Sin embargo, es indudable que existe un componente del modelo médico hegemónico subsidiario del conocimiento científico que se posee de los patrones estructural-metabólicos que presenta el organismo biológico humano y - que conduce a un estado homeorrésico en interacción con el medio, lo cual permite concebir racionalmente la posible intervención médica capaz de alterar - el curso probable de las variaciones de los patrones que puedan considerarse patológicas. Es este componente biomédico el que se privilegia y totaliza como la medicina científica, en tanto puede reconocer, supuestamente, la naturaleza objetiva de la enfermedad y en consecuencia intervenir racionalmente en su tratamiento; reduccionismo biologicista que ha llegado a ser la piedra angular del modelo médico hegemónico que fundamenta las formas dominantes de -- práctica médica que tienen lugar en los paises capitalistas.(113)

Este discurso biológico se presenta de una parte como defensor del orden social existente en tanto excluye y descalifica los determinantes socia

les que son, epidemiológicamente, la "naturaleza" objetiva que fundamenta la persistencia de los patrones estructural-metabólicos que son asumidos socialmente como patológicos; pero, por otra parte simultáneamente, se presenta como conocimiento científico excelente de la estructura de la materia organizada biológicamente. En esta dualidad, es el segundo aspecto el que prioriza, ya que en la medida que reconoce científicamente los procesos orgánicos y puede intervenir con bastante efectividad en su curso, finca su posibilidad de abstraer el componente social y disolverlo en meros efectos biológicos que, en muchos casos, pueden manejarse en términos exclusivamente biológicos en el organismo individual e incluso en el organo, en la célula o en el organelo subcelular. Así, es posible concebir una "solución" al problema de la mortalidad por desnutrición avanzada si se alcanzara un conocimiento lo suficientemente preciso para producir una reversibilidad en las lesiones provocadas por la inanición, por decir algo, a nivel de transporte de membrana o de matriz mitocondrial; o algo ya practicable y practicado, que un equipo médico de encargue de alimentar a niños de una comunidad de acuerdo a los requerimientos postulados por la nutriología como medida preventiva. Inclusive, sin cargo alguno de conciencia, se podría en la misma comunidad comparar este grupo experimental con un grupo testigo, registrando los indicadores pertinentes de crecimiento y desarrollo, y alimentar con los resultados a una computadora programada para decirnos la significatividad estadística de su diferencia, con lo que quedaría "demostrada matemáticamente" la eficacia de la acción médica por encima de cualquier otra variable.

Es indudable que el conocimiento biomédico ha adquirido un desarrollo impresionante. Hoy en día son pocas ya las lagunas de conocimiento que me

dian entre la estructura cuárquica de la materia y la estructura de las células y los organismos. Son pocas las enfermedades cuya etiología en términos - fisiológicos y bioquímicos se desconoce. La capacidad alcanzada en las sociedades capitalistas avanzadas para producir salud en términos de reorientar -- los patrones estructural-metabólicos parece ilimitada, sin embargo, "pese a - los importantes gastos en el sector salud y la posibilidad técnica de resol-- ver los problemas sanitarios más frecuentes, los esfuerzos por mejorar la situación han tenido poco efecto en las condiciones de salud de la gran mayoría de la población en casi todos los paises en vías de desarrollo".(114) Parecería entonces que la capacidad ilimitada del capitalismo de producir salud se compensa generosamente con la capacidad que posee para producir enfermedad. - Sin embargo, la separación de ambas capacidades es meramente formal, ya que - se complementan en tanto responden coincidentemente a las necesidades de ex-- plotación y reproducción de la fuerza de trabajo así como de realización del plusvalor y cobertura política e ideológica. Pero aún siendo meramente formal, tal separación posibilita mantener paralelos e incluso divergentes los procesos ideológicos reconocibles en dos tipos de discursos, el uno reivindicador del conocimiento científico médico como valor positivo para la salud, el otro impugnador de las relaciones de explotación como negación de la salud. Esta - especie de esquizofrenia puede incluso llegar a manifestarse como discursos - paralelos generados por el mismo personaje que divide su mente entre el "hombre de ciencia" y el "humanista", lo que logra no sólo el desplazamiento de - lo social por lo biológico, sino la neutralidad de la impugnación social por el científico que no ha de ver más injusticia social que aquella que impide - la llegada de los beneficios de su ciencia a las masas populares, lo que suele equivaler para su sentido común en un inconsciente llamado a extender más

las relaciones capitalistas de producción en cuanto representan ilusoriamente la única forma concebible de progreso: la necesidad técnica de su solución -- dentro de las estructuras capitalistas. (115)

La conformación del modelo médico hegemónico como proceso que escin de lo político, social e ideológico de la problemática salud-enfermedad, reducida ésta a lo biológico, tiene una historicidad articulada con el proceso de consolidación y desarrollo del capitalismo que determina en un principio, mediante su sometimiento al control estatal, que gran parte de la acción médica específica se encamine funcionalmente a negar las determinaciones sociales e ideológicas tratando de fundar una "mirada" médica autónoma. Este modelo médico "se instituye inicialmente en algunos paises europeos a fines del siglo - XVIII y a principios del siglo XIX, y en los Estados Unidos en la última mi-- tad de dicho siglo... se instituye prácticamente a partir de la revolución industrial, es decir, se genera conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de 'libre cambio', durante el periodo 'clásico' de la constitución de la clase obrera, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial;- además coincidirá más adelante con el nuevo proceso de expansión colonial". (116)

Como ya hemos visto, el surgimiento del capitalismo se acompaña del sugimiento de una clara conciencia social en ciertos personajes médicos que - se percatan de los efectos nocivos de la explotación capitalista en la salud de la clase trabajadora y el pueblo en general. Es obvio que la propuesta alternativa de estos médicos de una medicina estrechamente ligada a lo social - no llegó a generar en su momento una práctica médica concreta. El aplastamien

to de la Comuna de Paris en 1871 representa el inicio del repliegue de un discurso médico alternativo que encontraba su base social en las reivindicaciones de un movimiento obrero cuya derrota posponía la posibilidad de fundar una organización social que pudiera reconocer como prioritaria la salud de toda la población por encima de la acumulación de riqueza enajenada. Sin embargo, ni antes ni después de la Comuna de Paris llegó a ser dominante este enfoque crítico de los problemas de salud. El quehacer médico dominante se ocupaba de otros aspectos con total indiferencia de lo que acontecía en lo social. Los progresos que se daban en la biología y en las demás ciencias naturales absorbían la atención de una ciencia médica que progresivamente se disociaba de la clínica y terapéutica antiguas y, bajo el influjo positivista, dejaba atrás el vitalismo, las arbitrarias diátesis brownianas y la ingenua irritabilidad brusaísta, para buscar, por fín para lo biológico, las leyes naturales que explicaran objetivamente los procesos que tenían lugar en los seres vivos.(117) Ya no seran los clínicos puros los personajes que hagan la historia de la medicina de la segunda mitad del siglo XIX, como lo habían sido en gran medida hasta entonces, sino aquéllos que desde un laboratorio, "el verdadero santuario de la ciencia médica" que diría Claudio Bernard, analizan la correlación de las lesiones anatómicas de los organos en relación con los cuadros clínicos; traducen las funciones fisiológicas alteradas en simbolos numerales que manifiestan el proceso energético-material de la vida del enfermo, y establecen la identidad de tóxicos y microorganismos como "causa procatárctica" del enfermar(118), de tal suerte que logran representar los procesos patológicos en función de leyes naturales expresadas en términos de relación variable independiente-variable dependiente. Por su parte los clínicos puros seguirían aplicando los viejos métodos de la medicina preexperimental que habrían de so

brevivir hasta su total erradicación con la reforma flexneriana.

Tenemos así que, en la segunda mitad del siglo XIX, tres mentalidades se disputan la verdad acerca de la naturaleza legal de la enfermedad: La anatomía clínica que retoma de Bichat la propuesta de acercar la medicina a las ciencias exactas mediante la formulación de los diagnósticos como resultado de la rigurosa observación del enfermo unida al examen de la lesión anatómica de los organos involucrados, lo cual en cierto sentido representa un desarrollo proyectivo de la concepción de "causa sinectica" en la patología galénica, y encuentra su forma paradigmática en el empeño laennequiano de fisicalizar a ultranza el cuerpo del enfermo. La segunda mentalidad, la fisiopatológica, pretende encontrar la legalidad del enfermar como sistema procesal, como alteración objetiva del proceso general de la vida, reconocible a través de la medición del signo y del síntoma como expresión de una función involucrada en dicho proceso, reaparición de las dynámeis vitales de Galeno y residuo de la Naturphilosophie Germánica. Finalmente, la mentalidad etiopatológica, retoma la cusa externa como determinante de los procesos patológicos, cuyas índole nosográfica y, en consecuencia, cuadro clínico dependerían de la peculiaridad biológica del germen infectante.(119)

Tras perseguir el paradigma científico (120) mecanicista durante dos siglos, finalmente cada dato presente en el quehacer científico médico podía ser representado dentro de un esquema fenoménico de causalidad mecanica.(121) Así, la lesión del órgano en la mentalidad anatomoclínica, la función alterada en la fisiopatología, y el agente externo infectante en la etiopatologica, pueden funcionar como causa (variable independiente) de la enfermedad

(efecto, variable dependiente). Lo que en la ingenua historiografia oficial a parece como un avance de la ciencia médica a partir del desarrollo del conocimiento biológico, representa también la consolidación de un obstáculo epistemológico que entorpecerá el reconocimiento objetivo de la compleja totalidad de la enfermedad humana por un doble movimiento de sección: primero de lo humano en el enfermo y, después, de la unidad biológica del organismo. En la lesión, la disfunción o el germen patógeno es imposible encontrar el menor vestigio de la condición humana del enfermo y no por casualidad sino por consciente exclusión en aras de una supuesta objetividad, calificada esta en relación al paradígma científico dominante; Igualmente es imposible encontrar en ellos el reconocimiento de la unidad orgánica ya sea porque se disuelve en la separación de sus partes, o bien porque la preeminencia del agente externo la hace intrascendente. Este último aspecto, la sección de la unidad biológica del organismo, podrá ser superado teóricamente durante el siglo XX al poner de manifiesto la investigación biomédica, orientada por un nuevo paradigma, el funcionamiento cibernético del organismo.(122) Pese a ello, en la práctica médica ha de permanecer inalterable dicho seccionamiento en la medida que cumpla satisfactoriamente funciones de reproducción del orden social.

Es interesante reconocer, pues, las limitaciones teóricas y epistemológicas del componente del modelo médico hegemónico subsidiario del conocimiento científico alcanzado por la medicina, en la medida que la sacralización de éste se esgrime como argumento de autoridad en su discurso.

Un primer aspecto a considerar es que el desarrollo del conocimiento no posee un caracter progresivo absoluto que va sumando hazañas de descu--

Con respecto al paradigma epistémico, debemos de reconocer que no se trata de ninguna manera de una estructura arbitraria y casual que se impone como criterio de verdad por alguna convención de consenso o autoridad sin más. Por el contrario, dicho paradigma ha de sustentarse sólidamente como expresión de una estructura cognitiva concreta, privilegiada en la psicogénesis de los sujetos cognoscentes, pero ante quienes puede aparecer en sus manifestaciones como la forma absoluta del conocimiento, como "la manera natural de considerar la ciencia. . . que ha pasado a ser parte inherente del saber aceptado y que se transmite con él tan natural como se transmite el lenguaje hablado o escrito de una generación a la siguiente" (126).

En la medida que las interacciones sujeto-objeto conducen a estadíos progresivos de equilibración-desequilibración que se traducen en estructuras cognitivas de calidad superior (127), es posible concebir un progreso del conocimiento científico en tanto que las propiedades del universo pasan por vía de abstracciones (128) a ser aprehendidas por el intelecto en un infinito proceso aproximativo. A pesar de que el mecanismo equilibratorio implica su propiedad desequilibratoria, la reequilibración del sistema en una estructura de orden superior, le confiere una estabilidad interna que les permite resistir a las "perturbaciones". La consolidación de una estructura cognitiva plantea la posibilidad (y la necesidad) de que toda interacción sujeto-objeto aparezca referida a una forma paradigmática epistémica, la cual se modificará en la medida que no corresponda con las exigencias del sistema coherente del conocimiento objetivo que constituye la ciencia. Sin embargo, "el avance científico, la búsqueda de ciertas formas de explicación, la aceptación o rechazo de conceptos, responden a un juego de interacciones complejas

donde factores sociales y exigencias internas del propio sistema cognoscitivo se complementan y se refuerzan, o se oponen y se atenúan" (129). Incluso - - aquellos componentes que se derivan de una inspiración puramente científica, llevan en sí mismos el sesgo ideológico de una significación social: Un marco epistémico se consolidará como paradigma en la medida que se demuestre prácticamente ser instrumento eficaz en la generación del conocimiento científico: pero tal demostración práctica está inmersa en una práctica social del quehacer científico que puede hacer valer al marco epistémico más allá de su eficacia epistemológica al menos por tres mecanismos: 1) valorizando el terreno - estricto de su eficacia como la ciencia válida (así el conocimiento alcanzado en mecánica cuántica será más valioso que, por decir algo, la ciencia polí- - tica por poseer ciertas propiedades de referencia al marco epistémico, por -- ejemplo poder representar las relaciones como sofisticadas funciones matemá-- ticas, o idear situaciones experimentales donde la intervención tecnológica - asegure el control pleno de las variables, etc.) (130); 2) Correlativo a lo anterior, obligando a que todo desarrollo de la ciencia sea expresable en términos del paradigma epistémico (por ejemplo, la única forma concebible de reconocer un fenómeno biológico fue, durante más de dos siglos, ajustándolo al modelo de la mecánica newtoniana); y 3) Representando todo desarrollo genuino y original del quehacer científico como si hubiera sido producido por un - proceder apegado al paradigma epistémico (131).

Tenemos por consiguiente que un paradigma epistémico que se ha desarrollado como coordinación aproximativa de la relación del sujeto cognoscente con los atributos observables de determinado fenómeno, sufre una primera distorsión al aplicarse inevitablemente a otra serie de fenómenos que no tienen

más necesidad de comportarse en forma similar a aquellos que "generaron" el paradigma, que la representación ideológica del sujeto. Así, por ejemplo, el paradigma mecanista como modelo de cientificidad no podrá ser aplicado al estudio de los fenómenos subatómicos sin distorsionar el estudio científico de éstos, por más que aporte vías positivas en su investigación. Idealmente la falta de adecuación entre el paradigma epistémico y el fenómeno estudiado debiera llevar a la reformulación de aquel, pero la resistencia ideológica suele oponerse tenazmente a ello, no sólo en el mismo terreno epistémico al sobrevalorarse su eficacia por los tres mecanismos ya enunciados, sino, fundamentalmente, por la intromisión del paradigma social que sanciona con criterios extracientíficos el tipo de ciencia permitida y alentada con el reconocimiento institucional.

Las bondades del paradigma newtoniano para reconocer la mecánica de los cuerpos y otros fenómenos físicos son indiscutibles, aún considerando las acotaciones que en su aplicación han introducido la física relativista y la mecánica cuántica. Basta reconocer explícitamente su dominio como modelo basado en un sistema referencial en que masa y fuerza aparecen como funciones teóricas las cuales no puede hacerseles corresponder ni con una definición universal ni con un sólo método de determinación, permaneciendo la primera de ellas invariante en todo fenómeno mecánico, y siendo el espacio y el tiempo considerados como absolutos coordenables y la velocidad relativa a ellos. Dentro de este sistema, gran número de fenómenos encuentran en él su explicación y su descripción más precisa concebible, lo que permite a su vez un accionar práctico del ser humano para conducir tales fenómenos tecnológicamente. Sin embargo, de ello no se sigue que los fenómenos biológicos deban ser investi-

gados mediante el uso de este paradigma. El dominio que ha ejercido el mecanismo sobre la biología unicamente puede explicarse si lo analizamos comprensivamente como marco epistémico integrado tanto por el componente paradigmático epistémico como por el componente paradigmático social. Para nuestros propósitos de identificar el transfondo ideológico-político del componente del modelo médico hegemónico subsidiario del conocimiento científico centraremos nuestra atención en el componente paradigmático social del marco epistémico en que dicho conocimiento se desarrolla.

Llama la atención que previamente al siglo XVII, las materias que hoy en día considerámos de carácter completamente inorgánico eran tratadas en términos orgánicos; conceptos subsidiarios del vitalismo se aplicaban para tratar de explicar el movimiento, el calor, las combustiones, etc.; "todo cambio material era considerado como si ocurriera dentro de un organismo 'mundial' con su metabolismo y desarrollo propios" (132). De otra parte, modelos mecanicistas del movimiento habían sido ya esbozados por contemporáneos de Aristóteles, e incluso el método experimental y el papel de las matemáticas en la demostración y explicación de los fenómenos, que pretendidamente son el punto de ruptura que da origen a la ciencia moderna, ya eran bien reconocidos, explícitamente, cuatro siglos antes de Galileo por Grosetesta y sus continuadores Scoto, Roger Bacon y Okham (133).

La revolución científica del siglo XVII, en su aspecto cognoscitivo es ante todo una revolución epistemológica. En términos esquemáticos se puede representar el contenido de tal revolución como el pasaje de la articulación del pensamiento basado en seudoimposibilidades y seudonecesidades a la

necesidad lógica y casual; la introducción de mediciones allí donde sólo - - había cualidades; relativización de conceptos que aparecían como absolutos, y la transición de una "explicación física" en términos de causas últimas y causas concurrentes, a la concepción de una dinámica que solo establece dependencias funcionales. El razonamiento de Aristóteles es de un rigor lógico que - obliga a aceptar las conclusiones una vez aceptadas las premisas, que a la -- vez son presentadas como necesarias, aunque indemostrables. El razonamiento Aristotélico corresponde a una etapa en el desarrollo psicogenético en la - - cual se confunde lo que es general y lo que es necesario y permanece indife-- renciado lo que es fáctico y lo que es normativo. Hay un "debe ser así" que impone limitaciones estrictas a lo que se torna aceptable en tanto se consi-- dere posible. La lectura de los "hechos", desde esta estructura cognitiva, - no hace sino confirmar una y otra vez los predicados (134).

Pero lo que posibilita la permanencia secular de la concepción aristotélica no es solamente su rigor lógico y la aceptación de lo "evidente" de sus premisas en correspondencia con una estructura cognitiva tempranamente desarrollada en la psicogénesis de todo individuo. Debe estar presente un po-- tente mecanismo social que posibilite la contemplación mundo concibiendo su - estructura con mentalidad infantil, lo que adquiere significado histórico social trascendente no sólo para presentar una mecánica, absurda a nuestros - - ojos modernos, sino para presentar como se udonecesaria una sociedad, esclavista o feudal, en la cual el derecho divino fundamente toda la estructura so- - cial. Son precisamente los detentadores de ese derecho divino y los mecanismos de reproducción social esclavistas y feudales quienes mantendrán viva por los quince siglos que dure su dominación política e ideológica, la concepción

aristotélica del universo.

Y es precisamente por ello que, no obstante existir de siglos atrás en potencia, el método, el aparato matemático y la mentalidad mecanicista, no fue sino con el surgimiento del capitalismo y el derrumbe del orden feudal -- que pudo consolidarse otro marco epistémico. "El nacimiento de la ciencia se produjo inmediatamente después del surgimiento del capitalismo. El mismo espíritu que hizo saltar las formas fijas del feudalismo, también derrumbó la - antiquísima tradición conservadora y esclavista del mundo clásico. Tanto en la ciencia como en la política, el rompimiento con la tradición, significó -- una liberación del ingenio humano en campos que antes estaban cerrados" (135).

Desde luego que tal transformación no fue unidireccional ni estuvo libre de eventualidades y desarrollos contradictorios, pero es la dirección - histórica la que cuenta por más que en apariencia pueda presentarse como la - suma de actos contingentes; estos, ya sean acciones de personajes, descubri-- mientos fortuitos, accidentes, etc. sólo tienen significado en la medida que se inscriben en una matriz histórica que posibilita o impide su efecto social.

Las nuevas necesidades sociales que surgen como consecuencia del incipiente proceso de acumulación del capital, precisan un reconocimiento de la estructuración de los movimientos de los objetos en la medida que se acciona y se requiere accionar con mayor eficacia sobre instrumentos que, en calidad de medios de producción o equipo bélico, representan una potencia de denominación de clase, de producción y reproducción del aparato de estado burgués, en fín, de la reproducción social en general bajo la forma capitalista. Sin - -

duda entre las razones que permitieron desarrollar la mecánica, los requeri-- mientos de la artillería de un cálculo preciso de la trayectoria de los pro-- yectiles jugó un papel de gran importancia, pero también la necesidad de re-- presentar al universo acorde al orden burgués: El orden divino conservador - que justificaba el derecho del clero y la aristocrácia a gobernar, debía ser remplazado por un orden natural evolutivo que permitiera fincar el progreso - como desarrollo del conocimiento científico de la legalidad de las cosas. El futuro de la humanidad se hará depender del desarrollo de la ciencia y será - la burguesía la clase que detente tal patrimonio. Los elementos tecnológicos conocidos desde la antigüedad, aparecen ahora "reinventados" por la ciencia - moderna. Rotas las tablas sociales que impedían el desarrollo de experien- - cias del pensar los fenómenos del movimiento de los cuerpos, su reconocimiento dará lugar a tal capacidad de representación, acción y predicción del com- portamiento mecánico de los objetos, que llegará a ser el mecanicismo el paradigma indiscutible de las ciencias: El biomorfismo de la mecánica aristoté-- lica, tendrá su replica en el mecanicismo de lo biológico. La cualidad suprema de la mecánica newtoniana: el establecimiento de relaciones invariantes de - la interacción de los cuerpos expresables como funciones matemáticas, dará la posibilidad de construir, a partir de éstas, la gramática ecuacional de la legalidad de la naturaleza. La legalidad biológica procurará ser representada matemáticamente, la mutación del paradigma barrerá con todas las representa-- ciones no mecánicas de lo biológico. Descartes asigna las pasiones al alma y las acciones al cuerpo. "Si el movimiento y la acción pertenecen al cuerpo y no requieren [ ] la intervención del alma, se sigue que las actividades del cuerpo pueden ser tratadas como las actividades de una pieza de una intrin- - cada maquinaria" (136). Todo aquello de que lo biológico no era sometible a

expresión matemática tendería a ser ignorado, pero nada limitará la ambición de representar matemáticamente lo biológico e incluso la social: "un continuador de Harvey, por ejemplo, trató de explicar la acción de las diferentes glándulas del cuerpo por la cantidad de movimiento relativa de sus partículas la cual hacía depender de los ángulos a que se hacía la descarga de sus ductos. El caso extremo ocurrió en el campo de lo social, con el intento de Spinosa de reducir la ética a principios matemáticos" (137).

El nivel de abstracción y la complejidad conceptual de la mecánica newtoniana escapa a los contenidos que se pueden estudiar experimentalmente en la psicogénesis del pensamiento físico en el niño y en el adolescente. Sin embargo es posible seguir el proceso evolutivo del pensamiento a partir de su recorrido obligatorio como proceso de reequilibración de las estructuras cognitivas que presenta la forma de pasaje de un estado psicogenético al siguiente en un complejo proceso integrado por una triada dialéctica que conduce de lo intra-factual (análisis de los objetos) a lo inter-factual (estudio de relaciones y transformaciones) y de allí a lo trans-factual (construcción de una estructura total que incluya a las relaciones y transformaciones como variaciones intrisecas a ella. Tomando en su conjunto la evolución de la mecánica podemos identificar a la mecánica newtoniana como una etapa intra-factual, mientras que los desarrollos de Lagrange y Hamilton representan la etapa inter-factual y la física moderna la trans-factual (138).

No obstante ser una de las hazañas cimeras del pensamiento humano, la mecánica newtoniana constituye un sistema limitado de conocimiento en la medida que es incapaz de reconocer fenómenos de una complejidad que escape a

las formas específicas de las interacciones simples de la materia (gravitación, electromagnetismo) e incluso en estos casos, sólo dentro de un marco de referencia restringido. La teoría se limita a reconocer valores de ciertas variables, los cuales pueden ser obtenidos por procedimientos cuya justificación queda fuera de la teoría, y están solamente implícitos en el marco de referencia, avalados por su papel crucial en la coherencia y capacidad de la teoría en la representación del "sistema del mundo". De cualquier manera, el paradigma mecanicista se mantendrá como dominante dentro del marco epistémico que conduce la investigación científica en le campo de la medicina: Helmholtz fisiólogo y físico de primera línea, afirmaba aún a finales del siglo pasado que ninguna explicación en ciencias de la naturaleza era claramente inteligible a menos que estuviera expresada en términos de los principios de la mecánica de Newton (139).

Al igual que la representación aristotélica del mundo, la newtoniana llegó a conformar un marco epistémico en el que se imbrincan la potencialidad cognitiva con las formas ideológicas derivadas de la praxis social. Los paradigmas científico y social que conforman el marco epistémico mecanicista corresponden a las necesidades de representación de la naturaleza por el modo de producción capitalista (sin que necesariamente ello implique la conciencia de los individuos que como agentes de clase hacen efectiva la vida social); en efecto, se requiere representar a la naturaleza como una simple relación entre cosas, las relaciones humanas en la medida en que se medían fetichistamente por las mercancías también han de asumir un comportamiento cósico, reconocible solamente en lo cuantificable y desplazando el pensamiento de lo humano cualitativo al terreno de la especulación metafísica, de la misma manera

que las esencias de la naturaleza eran desterradas por la física clásica al - terreno de la especulación filosófica . En la comprensión de las relaciones sociales humanas aparece así el divorcio entre la economía política, descripción de las relaciones cuantitativas del intercambio que reifica a aquellas y la filosofía del derecho, especulación paracientífica sobre la naturaleza - - esencial de tales relaciones, relegada a ser ejercicio mental de los romanticos alemanes. Pero en medio de todo ello el cuerpo humano se obstina en ser realidad física y, simultáneamente, portador de relaciones sociales.

Vimos como en el capitalismo aparece la "disyuntiva" de concebir a la enfermedad como expresión de una lesión corporal o como expresión de las - relaciones sociales que a su vez se traducen en lesiones de la corporiedad -- humana. A pesar de que esta última forma de enfocar el problema es completiva y supone una cualidad mayor de reconocimiento, presupone a su vez la capacidad de reconocer científicamente la naturaleza cualitativa de las relaciones sociales, es decir, tener la capacidad cognitiva para reconocer un fenómeno de una dinámica compleja, que no se pliega a las leyes de la mecánica, - en la medida que su movimiento no se ubica en un sistema referencial de espacio-tiempo y no obedece a fuerzas absolutas que permanecen constantes a lo -- largo de los procesos con lo cual un fenómeno específico puede ser expresable algebraicamente como mera transformación o covarianza, expresión de la ley -- misma. Por el contrario, los fenómenos sociales expresan una totalidad articulada en constante reconstrucción en la medida que guardan entre sí una interdependencia general que se modifica sin cesar, lo que obliga a considerar una relativización constante de las situaciones y a comprenderlas no solo en la forma positiva de la descripción de lo que acontece sino su explicación en

función de un proceso de multiples posibilidades que implica dar cuenta de lo que no acontece y su condición de acontecimiento, aparte de que no se determinan por una legalidad dada naturalmente en forma independiente de la praxis histórica concreta de la humanidad. Representar un sistema de tales características escapa por completo a las posibilidades del modelo mecanicista. Sin embargo, cognitivamente es más que posible representar un fenómeno de tal complejidad en la medida que la dinámica misma del pensamiento, el recorrido "intra-inter-trans" del desarrollo cognitivo y construcción conceptual, es un proceso de interrelaciones de indole similar que lo va enriqueciendo a medida que las acciones del sujeto de conocimiento conducen a reequilibraciones de estructuras cognitivas de calidad superior cuya característica distintiva es precisamente su mayor aproximación a la estructura de la complejidad del Universo (140).

La contradicción salta a la vista: concebir de uno u otro modo la enfermedad es asumirla a una concepción del mundo compuesta tanto por la capacidad cognitiva como por los intereses ideológicos sometidos entre sí mediante una tensión comunicativa que mutuamente los moldea y remoldea. Existe una necesidad intrínseca al capitalismo de impulsar el conocimiento científico de la naturaleza que coincide con la misma necesidad intrínseca del proceso de conocimiento, pero existe al mismo tiempo una necesidad política de ocultar la naturaleza aberrante de la reproducción social capitalista como mecanismo de explotación negativo del desarrollo de la potencialidad humana, que origina la miseria de las mayorías y la enajenación del conjunto de la sociedad. La forma en quese resuelve esta contradicción se modifica incesantemente y va desde el procaz asalto a la razón hasta la sofisticación extrema del aparato

científico, generandose consecuentemente formas de transacción que permite -- coexistir los movimientos contradictorios. Una de estas formas de transac- - ción lo constituye precisamente el biologicismo que incluye un componente -- científico socialmente hipertrofiado y a la vez un componente ideológico sigilosamente oculto en aquél.

La hipertrofia de la mecánica newtoniana como paradigma científico permite seleccionar de los procesos sociales que determinan la realidad del - enfermar de los humanos solo aquellos aspectos reconocibles como relaciones - simples intrafactuales que puedan ser representados, aunque sólo sea como - - aproximación discreta, en términos de cantidades. Esto permite por un lado - generar un conocimiento epistemológicamente válido en la medida que la complejidad del proceso intervienen efectivamente componentes que pueden (y deben) ser aprehendidos en un primer nivel como relaciones intra-objetales, pero a - su vez, reivindicada como la única forma de conocimiento válido, excluye la - posibilidad de reconocer tanto la estructura biológica en su complejidad orgánica, como el proceso total concreto que representan las enfermedades en el - ser humano; en ambos casos es imposible una representación mecanicista que abarque su complejidad como resumen algebraico de lo cuantificable que haya en ellos.

Se establece así la inversión fetichista que reaparecerá comúnmente como eficaz mecanismo de ocultamiento: una forma específica y limitada de conocimiento se reivindica como la forma universal del mismo; el método formalizado se reivindica como el proceder doctrinario del descubrimiento; el -

aparato lógico-matemático automatizado se identifica con la legalidad misma y única de la naturaleza; el universo se congela en absolutos que implican la negación de toda forma dialéctica, por elemental que sea, como presupuesto del conocimiento científico, reduciendo éste a ser la contemplación discursiva de lo dado en el universo.(141)

Esta reconstrucción mistificadora del proceso de conocimiento obra como sentido común (similar al paradigma aristotélico) que justifica también, en tanto que evidente, el "derecho divino" de las cosas (fundamentalmente en calidad de mercancias) a mediar "naturalmente las relaciones entre los seres humanos.(142) Si el universo esta constituido por cosas que se relacionan entre sí mecánicamente, (y de ahi que el universo mismo sea únicamente cosas relacionadas mecanicamente) el hombre mismo tendrá que ser estudiado como ente cósico y las relaciones engendradas a partir de él como relaciones mecánicas. Esto corresponde palmo a palmo con los requerimientos prácticos del capitalismo.

El mérito de Abraham Flexner consistió precisamente en traducir las necesidades del capitalismo en un proyecto viable de reforma educativa que permitiera una producción masiva de agentes de hegemonia en un campo privilegiado como la medicina para ocultar los efectos brutales de la explotación en las masas trabajadoras, y al mismo tiempo presentar esta práctica como ejemplo de preocupación del estado por el bienestar de la población y como modelo de actividad científica por excelencia. El entusiasmo que despertó y el apoyo financiero ilimitado que parte de los grandes grupos financieros monopólicos y de los gobiernos oligárquicos se explica bien que su importante función en la reproducción del sistema capitalista.(143)

El desarrollo del conocimiento científico en el campo médico, revis te una apariencia de haberse generado al margen por completo de la instan-- cia económica. En su fachada se presenta como ciencia pura que limita su génesis al conocimiento estructural y metabolismo de los organismos individuales,donde no parece asomarse para nada ninguna contaminación social : -- La célula de un obrero y de un capitalista son del todo indiferenciables - bajo un microscopio, sus diferencias de DNA no corresponden en absoluto a su papel diferencial en la producción y apropiación de la riqueza social, el ciclo de Krebs se realiza por enzimas idénticas átomo a átomo. Capturamos la trampa epistemológica, lógica e ideológica que encierra esta concep ción cuando en la práctica social concreta descubrimos que lo que se nos quiere presentar como epifenoménico: el proceso de reproducción social diferenciado por clases que media la relación "metabólica" hombre-naturaleza, es el determinante fundamental que obra para que un acontecer estructu-- ral-metabólico deje de ser contingente y aparezca como producto necesario. Privilegiar la manifestación orgánica por encima de su determinación social no encuentra justificación epistemológica alguna sino debe recurrir a fal-- seamientos y doctrinarismos pseudocientíficos que han de apelar a prejuicios ideológicos sólidamente asentados que le confieran por consenso la calidad de ciencia y, en tanto paradigma social, de referencia para descalificar a todo lo que no se le parezca.

Múltiples mecanismos sociales orientan el accionar del médico a tra vés de un sistema de aparatos ideológicos idóneos que llega a conformar en ellos una visión del mundo y una conciencia epistemológica sesgada a los intereses de la clase dominante. En virtud de su extracción de clase,

y de una práctica social limitada a marcos privilegiados que conforman una mirada médica peculiar a partir de la cual se interpreta toda la realidad, el sujeto social formado como médico en las instituciones educativas flexnerianas asimila simultaneamente con el conocimiento biomédico el contenido del currículo oculto que induce a considerar como naturales y óptimas las relaciones humanas reificadas. La sociedad se encarga de premiar espléndidamente a quienes desempeñan con eficacia las funciones requeridas por el capital. Todo reconocimiento, todo prestigio y todo liderazgo otorgados institucionalmente ha de ganarse en función de una disputada competencia por cumplir con mayor eficacia estas funciones.

No es por un plan concebido con mentalidad maquiavélica en sus mínimos detalles, pero tampoco por casualidad que las trayectorias institucional y biográfica confluyen y se entrelazan con extrema congruencia. El resultado final puede aparecer como la suma accidental de contingencias y personajes y entonces reclamar para éstos la virtud de crear que no puede atribuirse a aquéllas; pero el ámbito en que se mueven los personajes no es en sí contingencial, puede aparecer como tal solo por brutal ignorancia y ésta puede imponerse, aún en cabezas inteligentes, cuando el conjunto abrumador de la vida cotidiana le confiere un sólido valor positivo funcional. Aquellos que por privilegio pueden organizar su trayectoria vital sobre los supuestos reivindicadores de un sistema de reproducción social aberrante y desempeñar en él una función digna de reconocimiento, habrán de concebirlo como el sistema óptimo del devenir humano.

En el siguiente capítulo veremos justamente la confluencia de las trayectorias de aquellos que impulsaron la investigación epidemiológica - de la desnutrición en México, poderoso mecanismo que ha sido, de oculta miento del proceso social que traduce las óptimas condiciones de reproducción ampliada de la riqueza capitalista en la existencia miserable de 40 - millones de mexicanos y en la muerte anual de cien mil de nuestros niños.

SEGUNDA PARTE.

LA INVESTIGACION DE LA DESNUTRICION EN MEXICO.

2.1. Los primeros reconocimientos de la desnutrición como entidad patológica.

Los primeros artículos publicados en México que hacen clara referencia a los padecimientos del hambre como problema médico epidemiológico aparecieron durante el imperio de Maximiliano. Esto no fué casual, sino producto de la articulación de la medicina con el proceso de conformación del estado burgués. Contrariamente a lo que pregona cierta historiografía oficial, el gobierno de Maximiliano impulsó el proyecto liberal burgués de la reforma juarista, dejando intactos algunos decretos emitidos por el gobierno liberal y revocando otros del gobierno conservador y la regencia que abrogaban aquellos (1). En la evolución de las instituciones medicas esto se manifiesta en la creación y transformación de los organismos educativos y corporativos que habrían de regular y normalizar la formación y organización de los médicos en consonancia con las necesidades de la nueva formación social (2).

Entre los organismos creados durante el imperio destaca la fundación en 1864, año de la coronación de Maximiliano, de la Academia Nacional de Medicina, la que organizada de acuerdo a los moldes de la de Francia, habría de calificar, desde entonces, la plausibilidad de lo que se hace en el terreno de la medicina en México (3). Con la aparición del órgano oficial de la Academia, la Gaceta Médica de México, en septiembre de 1864, se inicia la po-

sibilidad de rastrear hemerográficamente la evolución del discurso médico -- hegemónico generado ya en tanto aparato de estado.

En enero de 1865, en el primer volúmen de la Gaceta, aparece un artículo del Doctor F. Hinijosa titulado "Apuntes de una Enfermedad del Pueblo de la Magdalena" (4). En él se describe con toda minuciosidad clínica de la escuela francesa la condición de los afectados por un padecimiento desconocido, al cual el autor, sin atraverse a asignarle un nombre se refiere sólo genéricamente como "esta enfermedad". La descripción clínica magistral de Hinojosa, sin embargo, permite identificarla con lo que "muchos años después sería conocido como 'síndrome hipoproteinémico-avitaminósico', 'distrofia pluricarencial infantil' y ya en nuestros días como desnutrición de tercer grado del preescolar" (5). Pero también con lo que muchos años antes ya era reconocido por la cultura popular con los más variados nombres, siempre en relación con una mísera alimentación. Por ejemplo la palabra "Kwashiorkor", - que tal vez por su eufonía ha qudado consagrada como el término con el cual se reconoce mundialmente a la desnutrición avanzada con predominio deficitario de proteínas, ya desde épocas remotas los nativos de Ghana lo usaban en relación al estado de desnutrición infantil extrema (6); por lo demás no es aventurado afirmar que cada cultura desarrolla términos para representar el resultado en el organismo de su déficit alimentario (7). De cualquier manera, encontramos que clínicamente la desnutrición de tercer grado estaba ya - caracterizada ochenta años antes que lo hiciera Gómez y reconocida por la sabiduría popular probablemente siglos atrás.

En el mismo número de la Gaceta, a continuación del trabajo de Hi-

nojosa, aparece un artículo del doctor Leon Coindet titulado "Rapport sur une epidéme observée a La Magdalena" (8). El doctor Coindet era miembro de la Sección Médica de la Comisión Científica, organismo creado durante la intervención francesa, y había sido comisionado para estudiar epidemiológicamente el padecimiento descrito por Hinojosa, quien ya había observado que afectaba "casi exclusivamente a la gente muy pobre". A pesar de su estrecha visión sanitarista que le hacía suponer que el origen de la grave enfermedad se encontraba en el descuido de la diarrea y la "tardanza en recurrir a las luces de los médicos" (cuyos remedios de entonces hoy se rechazan por irracionales, ineficaces y aún perjudiciales (9)), Coindet no deja de concluir como discurso paralelo a sus observaciones médico-epidemiológicas: "y sobre todo ¡se debe suprimir la miseria! grave problema social... cuya solución erradicaría, además de la diarrea, otras enfermedades. Pero es más fácil aquí tener esperanza que dar consejo".

El cambio en los patrones culturales de alimentación que acompañan a las modificaciones de la producción por la extensión del capitalismo, afectó significativamente a la población despojada de su tierra que al no poder consumir alimentos frescos tenían que resignarse a consumir una dieta pobre en ciertos nutrientes, lo que se tradujo en la proliferación de carencias nutricionales específicas, campo exuberante que ha sido para la investigación clínica, fisiopatológica, bioquímica y epidemiológica. La carencia de niacina y triptofano en la dieta fué quizás la más extendida de este tipo de enfermedades; sus impresionantes manifestaciones clínicas y su dramática remisión asociada a cambios en la dieta, le dieron un atractivo para ser investigada de acuerdo a los principios ya formalizados de los métodos clínico y epi

demiologico. En México es posible localizar estudios sobre la pelagra tan tempranos como los de Domínguez Peon en 1889, Cámara Vales en 1896 (10) y Gaumer en 1910 (11), todos ellos anteriores a los célebres trabajos de Goldberger.

En 1908, Patron Correa publicó en Yucatán un artículo titulado "¿Qué es la culebrilla?" (12), en el que reproduce la polémica de la época en torno a la identidad nosológica del padecimiento así llamado. Como más tarde demostró Carrillo Gil (13), la "culebrilla" es clínicamente equivalente al Kwashiorkor y se debe a una "hipoalimentación cuantitativa y cualitativa". Sin embargo, en 1908 la naturaleza del padecimiento escapaba a la capacidad de comprensión de los médicos formados en la lectura de los textos franceses de patología. Ante todo se buscaba identificar el padecimiento con lo descrito en los tratados médicos; quienes creían encontrar similitudes se inclinaban a pensar que se trataba del escorbuto infantil, la enfermedad de Barlow, o de la atrepsia de Parrot; quienes se empeñaban en resaltar las diferencias, al no encontrar en los textos la descripción concordante con sus observaciones clínicas, llegaban a considerar que se trataba de una afección exclusiva de la región. Al igual que "Kwashiorkor", el término "culebrilla" corresponde al reconocimiento popular de su desnutrición, en este caso referido al aspecto de la piel. Nuevamente nos encontramos aquí con la desnutrición reconocida a nivel popular, caracterizada como un padecimiento claramente asociado a las deficiencias en la alimentación y a la que el médico se enfrenta para someterla, no a un conocimiento científico ya que de inicio deja de lado la objetividad misma del fenómeno como proceso social concreto, sino a un reconocimiento en términos del paradigma médico gestado en correspondencia con el modelo

médico hegemónico. De hecho, se trata de un proceso de asimilación-descalificación de las formas de reconocimiento popular de sus carencias nutricionales.

Al destacar su caracter orgánico individual, Patrón Correa se sumerge en lo que será la constante disolución del componente social de la desnutrición como fenómeno colectivo por parte del discurso médico. Para este autor la "culebrilla" se trata de un padecimiento exclusivo de la infancia "y se encuentra así en la clase menesterosa como entre las familias de buena posición social, cuando las preocupaciones o culpables tolerancias han hecho que los niños estén sometidos a una alimentación inadecuada". Había quedado ya muy lejos la época en que los médicos percibían perfectamente bién cual era la causa que hacía que la abrumadora mayoría de los hijos de los trabajadores estuviesen "sometidos a una alimentación inadecuada"; no precisamente por preocupaciones o tolerancias. La culebrilla deja de ser autorreconocimiento de la miseria y pasa a ser objeto de reconocimiento médico, identificado como proceso orgánico individual, reconocible clínicamente en la anatomía del organismo, desligable de su determinación social, en tanto que puede observarse sin considerar ésta para nada, diagnosticable y manejable médicamente una vez que se ha generado un conocimiento consistente de su mecanismo fisiopatológico y de su etiología,en el estrecho sentido de causa inmediata. De todo el complejo proceso histórico social que determina el hambre y la desnutrición en los grupos humanos, el aspecto de ser también entidad nosológica se hace predominar y su reconocimiento futuro se dirigirá sin variar conceptos ni metodología de lo médico a lo social: para estudiar "científicamente" a la desnutrición se sancionará como valido sólo aquel conocimiento transmitido en las aulas y laboratorios de las escuelas de medicina y hospitales. Por un con

vencionalismo trasmitado en necesidad, sólo el médico formado con todo rigor en largos años de estudio y experiencia profesional tendrá autoridad para generar conocimiento médico y epidemiológico acerca de la desnutrición. El lego ha sido descalificado: el cingalés que sufría la extrema fatiga de su miseria y acuñó el término beriberi; el nativo de Ghana que veía morir de hambre a su primogénito con la llegada del Kwashiorkor; el danés que llamaba crobut a sus sangrantes e inflamadas encias; el mexicano que miraba en la piel del niño -- hambriento serpientes escamosas, pasaron a ser meros profanos, portadores ignorantes de un mal cuya curación, supuestamente, estaba ya acaparada en manos de los médicos.

El viejo mal arrastrado por la humanidad a lo largo de su historia empezaba a encontrar término a su indefinición médica. Sin embargo, como no - se trata de un problema de descubrimiento científico sino de aval ideológico y argumento de autoridad de lo que sucede en lo político, económico y social, su constitución formal habría de esperar aun cuarenta años, cuando pudiera ya ser enunciada la desnutrición con los oropeles institucionales y vestida con las galas de una ciencia biomédica que aún debería alcanzar un mayor grado de sofisticación para presentarse como un moderno fetiche, sagrado e incontestable.

En 1915 Torroella escribió un artículo titulado "Un Síndrome Nuevo" (14) Siete lustros después el autor reconoce el contexto histórico de los --- "días aciagos de hambre" y de "epidemia dantesca" que sufrió en esos años la ciudad de México en plena revolución, sin embargo la "mirada médica" de To--- rroella en aquellos años no se detuvo en ello sino superficialmente. El artí-

culo referido inicia así: "En los últimos días se ha diagnosticado, o mejor - dicho, ha hecho pensar que se trata de beriberi, un síndrome cuya etiología - debe sin duda atribuirse a una intoxicación de origen alimentario y a la cual no han de ser ajenas tampoco las privaciones a que han estado sujetas las últimas clases sociales... Causaba verdadera sorpresa ver la constancia de los edemas en los enfermos que ingresaban al Hospital General... Y no se necesitaba un espíritu de observación muy delicado para descubrir entre los pordioseros en las calles un número enorme de individuos en tales condiciones". Por - supuesto que ese "síndrome nuevo" se trataba de la milenaria desnutrición, de la misma enfermedad descrita cincuenta años antes por Hinojosa y Coindet en - La Magdalena y siete años atrás por Patrón Correa en Yucatán.

Por aquellos años el paradigma etiopatológico derivaba fundamentalmente de la concepción microbiana de las enfermedades por lo que toda consideración patogénica tenía que invocar el mecanismo tóxico infeccioso para merecer de inicio cierta respetabilidad. Si bien Fletcher había demostrado ya la relación entre la dieta y el beriberi(15), el mecanismo patogénico involucrado seguía planteándose como tóxico-infeccioso, probablemente asociado a algún microorganismo presente en los alimentos farináceos. La carencia de nutrientes no era objeto de la suficiente consideración en la medida que no encajaba aún en el paradigma dominante, de ahí que fuera indudable para Torrella en 1915 la etiología tóxico-alimentaria del "nuevo síndrome". Esta forma de concebir las enfermedades no se compone exclusivamente de una comprensión insuficiente de los procesos biológicos sino que se complementa con un componente ideológico de ocultamiento del proceso social real que determina la -- existencia de la desnutrición en la población; en un doble movimiento, prime

ro se desincorpora lo social concreto y simultáneamente se reincorpora despojado ya de todo cuestionamiento al poder político de la clase dominante. Así Torroella después de reafirmar su fé en la etiología toxico-alimentaria, tiene que considerar "las privaciones y malas condiciones higiénicas" ya que "el mal sólo lo he observado en gente miserable". El papel que le asigna al componente social es por demás ilustrativo: "una alimentación insuficiente y de mala calidad que disminuye el metabolismo de la nutrición representa una causa debilitante y predisponente pero es imposible admitir que pueda por sí sola crear el síndrome" (16).

Con el tiempo el componente biológico de la concepción de la enfermedad llegará a transformarse radicalmente, se descartará por completo la etiología tóxica de la hipoproteinosis, se reconocerá biomolecularmente lo que ocurre en cada célula del organismo desnutrido, se sabrá con toda exactitud cuánto y qué debe consumir un organismo para su correcta nutrición, pero el componente ideológico mistificador permanecerá como negación cada vez más refinada del proceso social concreto que determina la existencia y la muerte de los desnutridos, por más que lo imposible será ya no admitir que la alimentación insuficiente y de mala calidad puede por sí sola crear el "síndrome", Carrillo Gil así lo reconoce ya en 1934 (17).

2.2. La base social de la investigación de la desnutrición en México.

Hasta aquí la aproximación médica a los problemas de nutrición ha sido esporádica y no ha ido más allá de una descripción clínica rigurosa salpicada de especulaciones acerca de la etiología bacteriana de los cuadros reconocidos. No hay intervención médica en el manejo colectivo de la desnutrición en la medida que simultánea y contradictoriamente se reconoce con mayor o menor claridad el trasfondo social del padecimiento sobre el cual el médico no tiene la menor capacidad de acción ni comprensión. El médico es aún ante todo un profesionista liberal cuyo ambito se limita al cuerpo de los individuos a lo que procura algún tipo de atención médica.

Disociada de la práctica médica del profesionista liberal, es posible reconocer otra modalidad médica articulada al Estado como práctica sanitaria del control portuario y aduanal en relación con los encláves de penetración del capital imperialista[18]. "La medicina, que en el modo de producción capitalista se articula con la instancia económica, inicia esta vinculación en los países de América Latina en el sector de la circulación de la mercancía con el saneamiento de los puertos y, mientras la atención médica se mantiene intacta, con rasgos que correspondan a sociedades pre-capitalistas, la sanidad se transforma en centro de actividad y de producción intelectual"[19]. Pero las transformaciones que acontecen en el proceso de acumulación de capital en México, y en toda América Latina, subordinadas a la acumulación de las potencias capitalistas, se reflejarán ostensiblemente en una nueva articula--

ción de la medicina con la instancia económica a medida que se produce una -- reestructuración del bloque histórico. Resulta necesario, pués, destacar el - carácter de dicha reestructuración para comprender la evolución del papel social de la medicina en México.

Desde principios de este siglo, las relaciones de producción capitalista en América Latina dejan de limitarse a los enclaves y grandes centros - urbanos y tienden a generalizarse en la medida que la reproducción ampliada - del capital imperialista requiere ya no sólo la explotación de la fuerza de - trabajo en el saqueo de las materias primas y alimento, sino también de la incorporación de las naciones enteras a las esferas de la producción y circulación capitalistas, lo que implica un desplazamiento del agro a las relaciones capitalistas. Este proceso se da lentamente en su inicio, se acelera a veces, se estanca y retrocede conforme al complejo acoplamiento entre un flujo capitalista central preñado de contradicciones que se expresan, entre otras for-- mas como crisis recurrentes y guerras imperialistas, y la historia propia de cada nación subordinada, en cuya riqueza de posibilidades de desarrollo está por demás insistir. De cualquier manera, convergiendo y divergiendo con los intereses de los sectores que en cada país se oponen o impulsan a la ten-- dencia de subordinación del desarrollo nacional al imperialismo, éste logra - consolidar su hegemonía plena sobre América Latina[20]. Además, desde fines - del siglo pasado se asiste a un progresivo desplazamiento del predominio europeo en la penetración capitalista en América Latina por parte del imperialismo norteamericano. En México, ya "para 1911, Estados Unidos había culminado ya su empeño hegemonizador en este aspecto particular: 38% del total de la inversión extranjera era norteamericana, la seguía el capital inglés con 29% y - -

después el francés con 26%" [21].

La extensión de las relaciones capitalistas fuera de los enclaves tradicionales, salvo en casos extremos, no se efectua mediante el recurso de la violencia descarnada; por el contrario su éxito depende de gran medida de que se presente dicha extensión como la forma de desarrollo económico galentada consensualmente por la propia nación sometida[22]. Sin embargo la nación no es un ente abstracto que pronuncie metafísicamente su consenso hacia tal o cual vía de desarrollo socioeconómico. Lo que la nación expresa por vía del aparato de estado es un proyecto hegemónico de clase capaz de articular el conjunto de la reproducción social[23]. De ahí la necesidad de plantear la determinación social de la práctica médica como integrante del proyecto hegemónico.

El caso de México ilustra claramente el vínculo orgánico existente entre la estructura económica y la superestructura político-ideológica, más que una simple relación lineal estructura-superestructura. El desarrollo económico durante el porfirismo, plenamente funcional a los requerimientos del capital internacional, se colapsa súbitamente al perderse la capacidad estatal de articular la vida social; la revolución mexicana de 1910 constituye sin duda una crisis de hegemonía: "las tensiones dentro del sistema social mexicano, provocadas en gran parte por las condiciones prevalecientes en el México rural... se combinaron con un creciente desafío al sistema político de Díaz, para precipitar a México en una revolución que lo ensangrentó durante catorce años. Entre las bajas ocasionadas por la revolución, se contó el esquema porfirista de desarrollo económico"[24]. Con la revolución se inicia

un amplio proceso de recomposición del papel de las fuerzas sociales, clases y fracciones de clase, actuantes en la vida nacional. Pasada la etapa de la lucha violenta durante la cual el país sufrió una destrucción indescriptible se inicia un período de reconstrucción que sienta las bases de un sistema -- político capaz de integrar nuevamente la vida nacional. Las contradicciones internas iran definiendo la conformación de un renovado aparato de Estado en tanto que rearticulen las formas viables de desarrollo económico nacional -- con la intervención hegemónica imperialista resultante de un complejo proceso de acumulación de capital a escala mundial. A pesar de que la coyuntura del momento, caracterizada por la gran movilización de las masas, imponía a - cometer la reconstrucción del país desde una postura nacionalista y popular, el sometimiento estructural de la economía mexicana al imperialismo obligaba, más allá de las representaciones ideológicas y las intenciones de los personajes históricos de la época, a continuar la dinámica de desarrollo económico previa a 1910. "En un sentido general, la dirección de los esfuerzos económicos de los regímenes de la construcción se orientaba a reencausar el proceso económico en una línea esencialmente similar a la del período porfirista"(25).

La década de 1920 a 1930, se puede caracterizar como una etapa de reconstrucción en la cual se reestructura cabalmente el aparato de Estado -- conforme se hacen efectivas las normas constitucionales que le asignan la -- función de eje del proceso de acumulación de capital. El país había atravesado en situación de guerra civil el quinquenio de la primera guerra mundial que para otros países latinoamericanos significó una coyuntura de industrialización en base al capital nacional. Con la infraestructura productiva de-

teriorada, sin capacidad de financiamiento interno, la lucha entre las facciones que se disputaban el poder político debía definirse a favor de aquella que lograra consolidar un proyecto de desarrollo económico y éste a su vez, en la coyuntura de los años veinte dependía de la capacidad de financiamiento externo. El triunfo militar de los caudillos sonorenses se consolida plenamente con la firma de los tratados de Bucareli que a cambio de hipotecar el desarrollo económico del país, reciben el apoyo político y aseguran el flujo del financiamiento externo como inversión extranjera directa.

El papel que se le impone al Estado es la reestructuración financiera y administrativa que finque las condiciones propicias para la industrialización subordinada que se presenta como la vía preferencial del desarrollo. La actividad del estado se concentra así en reestructurar el viejo aparato institucional heredado en gran parte del porfiriato. Durante este período fué creado el Banco de México en calidad de Banco Central, el Banco de Crédito Agrícola, se impulsa la minería, la agricultura y las manufacturas y el gasto público pasa a convertirse en el instrumento básico de promoción económica: se destinó el 75% de la inversión pública a las comunicaciones y transportes requeridas como infraestructura para su usufructo por parte de las empresas capitalistas(26). Es fácil apreciar, pués, que todos los esfuerzos del Estado se orientan a consolidar la estructura económica que permitiera un desarrollo capitalista en condiciones de dependencia estructural. Hasta aquí el Estado no incorpora casi en absoluto la atención médica a sus funciones institucionales, se limita a una beneficiencia que tiene en sí muchos rasgos precapitalistas y que comparte en su acción con instituciones privadas civiles y religiosas (27).

La superación de la crisis financiera mundial de 1929 que repercutió gravemente en la economía nacional y la reestructuración del aparato del estado tras el fin del caudillismo permiten, hacia 1935, el ejercicio de una creciente acción estatal en las instancias superestructurales que repercuten directamente sobre la reproducción de la fuerza de trabajo y la conformación de un mercado interno al mismo tiempo que enfrentan las reivindicaciones sociales de los campesinos y la clase obrera. La Reforma Agraria, La Educación y La Asistencia Médica, serán desde entonces campos privilegiados de la política del Estado. Así conforme el proceso de industrialización se va extendiendo, el Estado debe desarrollar nuevas instancias que permitan enfrentar los obstáculos de diversa índole que se opongan a la expansión de las relaciones capitalistas. En el campo de la salud, en tanto se requiere regular la producción de la fuerza de trabajo en sus formas de ejercito industrial activo y de reserva, el Estado toma en sus manos la gestión de la atención médica, relegando a segundo plano al ejercicio liberal de la medicina, esto le permite a su vez legitimarse al asumir la representación de Estado benefactor; el desarrollo de toda infraestructura necesaria para implementar un modelo de atención médica que tenga su núcleo en el hospital moderno permite también conformar un amplio mercado que nutra los ciclos de reproducción de capital. Es así como a más de la acción sanitaria, se integra a las funciones del estado la atención médica, primero como beneficiencia y con independencia real y formal respecto a la sanidad y posteriormente, en calidad de asistencia médica, como la modalidad hegemónica de la intervención del Estado en el campo de la salud, extendiendo su actividad, coordinadamente con las medidas sanitarias, a múltiples campos, siempre como mecanismo de mediación en los conflictos de reproducción social[28].

De 1935 a mediados de la década de los cuarenta, se consolida la -- hegemonía del estado en la prestación de servicios de asistencia médica. Este proceso tiene una clara correspondencia con las transformaciones que sufre la estructura en la composición de los sectores que componen la masa trabajadora: la industrialización basada en "la utilización intensiva de una planta industrial ligera dirigida al consumo directo más o menos generalizada, con una -- participación importante de las empresas pequeñas y medianas de propiedad nacional" conforma un proletariado sometido a un desgaste intenso en la medida que el proceso acumulativo de capital descansa en la extracción del plusvalor absoluto, pero al mismo tiempo conforma el ejercito industrial de reserva indispensable para la óptima y expansiva explotación de la fuerza de trabajo(29). También la estructura agraria se modifica sustancialmente al repartirse durante el sexenio cardenista casi 18 millones de hectárias, con esto la tierra cultivada por el sistema ejidal pasó del 13 al 49% con lo cual la"vía campe-- sina" de desarrollo capitalista en el agro. recibió un fuerte impulso(30).

La creación de la Secretaría de Asistencia Pública en 1938, marca - un viraje definitivo en la gestión del Estado en materia de salud. "Se reconoce la necesidad de que el aparato estatal intervenga en la atención y el mantenimiento de aquel sector del proletariado, fundamentalmente urbano, que en situación permanente de subempleo o desempleo, representa capacidad de trabajo disponible, cuyo volúmen fluctúa según las exigencias de la acumulación capitalista, pero que nunca es absorbido por el mercado de trabajo"(31). A su vez, la atención médica a la población rural se centrará, a través de los servicios médicos rurales cooperativos, en aquellos sectores de producción agropecuaria que se van integrando al proceso de acumulación de capital. Un ter--

cer tipo de asistencia médica dirigida institucionalmente por el Estado se dirige, por supuesto, a la recuperación de la fuerza de trabajo en activo: durante este período se crea también el IMSS[32].

La intervención estatal en el campo de la salud es de tal importancia en la reproducción del capitalismo que en tan sólo una década muestra una sorprendente expansión. En 1943, mediante la fusión del antiguo Departamento de Salubridad y la jóven Secretaría de Asistencia Pública, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se dá un impulso sin precedentes a la construcción de hospitales y a la creación de instituciones de atención especializada. Es justamente en estos años cuando se crean el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de la Nutrición, el Hospital de Enfermedades Pulmonares, se reconstruyen gran número de hospitales en provincia y se inicia el proyecto del Centro Médico Nacional. Esta expansión cumple sin duda múltiples funciones a más de las ya indicadas de regular la reproducción de la fuerza de trabajo y legitimar al Estado. Es a fines de este período que la economía nacional comienza a ser plenamente un capitalismo monopolista de Estado. La reestructuración de Nacional Financiera y el Banco de México, así como la creación de empresas estatales en puntos clave de la producción (Pemex, Altos Hornos, Ferrocarriles, etc.) y el creciente financiamiento externo, centralizan en el Estado el eje de la acumulación de capital[33]. La construcción de hospitales impulsa a la industria de la construcción, expande el mercado en general y en especial el de la industria farmacéutica y de equipo médico. El gasto público en salud, funcionará así como un amortiguador al que veremos expanderse y contraerse siguiendo los ciclos económicos de crecimiento y recesión de la economía nacional [34].

Este es el proceso que determina el carácter de las instituciones médicas que van a ser el ámbito en el que se genere a IED. Es tiempo de retomar el recorrido de la aproximación médica a la desnutrición. Hemos visto ya como aparece repetidamente ante los médicos de consultorio un padecimiento irreconocible al que tratan de aprehender con toda sabiduría clínica y con sus mejores armas terapéuticas, para el caso, ineficaces. No será por casualidad que el sometimiento total de la desnutrición a ser objeto nosológico se dé hasta su estudio por la medicina institucional; hasta entonces, siempre que un médico describía la desnutrición debía terminar por reconocer que escapaba a la acción médica, podía aprehender su polimorfismo solo cuando se manifestaba como patrón colectivo en casos en los que la coincidencia, de circunstancias y carencias dibujaba un mismo trazo en la topografía clínica de las víctimas del hambre, pero no podía reconocer que el hambre misma fuese una entidad nosológica, no por incapacidad clínica, sino por el mismo sentido común que impidió por siglos que los más egregios médicos se atrevieran a hacerlo, pero sin desconocer y dejar de denunciar la enfermedad y muerte provocadas por el hambre y la miseria; en fín, el mismo sentido común, ya en vías de extinción, que hacía inaceptable para Torroella en 1915 que su "nuevo sindrome" fuese simple y llanamente la obvia consecuencia del hambre.

Pero cuando la medicina ha de servir institucionalmente como instancia reproductora del sistema, ha de exigírsele que desempeñe eficazmente labores de mediación en los conflictos de reproducción social y es precisamente el hambre padecida por la gran mayoría de la población, contraparte de la opulencia de la minoría dominante, uno de los conflictos más agudos a los que ha de enfrentar el Estado y en el cual las instituciones de salud deberán expresar

mejor su función. Creada una imagen de eficacia omnímoda para enfrentar en-- fermedades por parte de la medicina moderna, sólo se necesita presentar en -- forma convincente a la desnutrición como una enfermedad más. En tal empeño - han de volcarse los mejores esfuerzos institucionales y ocuparse los intelectos más capaces; los organismos filantrópicos de los grandes consorcios aportarán generosos recursos y el reconocimiento oficial más encarecido premiará la labor de aquellos que consagren su vida a tan noble fin. Es aquí donde -- confluyen las trayectorias de las institucionales médicas y las biografías de aquellos que tras recibir una rigurosa educación flexneriana, consumaron la - hazaña de disolver, sin dejar rastro de ellas, las condiciones globales de -- existencia vigentes en las formaciones sociales capitalistas que provocan la muerte año con año de millones de seres humanos, en una entidad nosológica -- neutra y aseptica: La Desnutrición.

En calidad de aparatos de Estado que hacen efectivas las prácticas de hegemonía, las instituciones médicas operan específicamente como acción de sujetos concretos que se desempeñan como intelectuales orgánicos a la clase - dominante(35).

Cuando en los primeros años de la década de los cuarenta, el Estado impulsa la fundación de Centros Hospitalarios e Institutos Médicos, contaba - con un considerable número de cuadros de alta eficiencia, capaces de dar vida a las instituciones médicas con la orientación requerida. Es interesante reconocer la trayectoria de formación de estos intelectuales a quienes en la -- historia hagiográfica de la medicina moderna se les reconoce como los próce-- res de la IED en México, ya que ello nos ayudará a comprender mejor, la orientación seguida en sus investigaciones.

Como ya vimos en el primer capítulo de este trabajo, durante la segunda década de este siglo se reforma por completo la enseñanza de la medicina en los Estados Unidos contando para ello con todo el apoyo de los grandes consorcios capitalistas. Las escuelas de Medicina de las Universidades norte americanas se convirtieron así en el modelo a seguir como centros educativos por excelencia donde se formaban los mejores médicos del mundo (por supuesto a criterio del modelo médico hegemónico). En México, los estudiantes de medicina, miembros sobre todo de la pequeño-burguesía acomodada, ven en el vecino país la meca de la sabiduría médica, como antes lo había sido Europa, y, aquellos que tienen posibilidades de hacerlo, emprenden hacia allá un peregrinar que con los años sería recompensado con su asimilación como funcionarios a -- quienes se confiaba la creación y la gestión de las principales instituciones médicas que el Estado mexicano va generando en su función de articulador es-- tructural y superestructural del progreso de acumulación de capital.

La investigación de la desnutrición en México, se desarrolla en dos líneas diferenciables en personajes, instituciones, campo de acción, orientación, publicaciones, citas bibliográficas, etc., pero que muestran un paralelismo cronológico que llega hasta el anecdota: La primera línea, es encabezada por Federico Gómez Santos y tiene como eje institucional al Hospital Infantil de México (HIM); La segunda es dirigida por Salvador Zubirán Anchondo y su - eje institucional es el Instituto Nacional de la Nutrición (INN). Ambos personajes nacen en 1898, el primero se gradúa en 1921 de Médico Cirujano en la Escuela Médico Militar[36] y el segundo lo hace en 1923 en la Escuela de Medi

cina de la UNAM [37]. En 1924-25 Zubirán realiza estudios de postgrado en - el Hospital Brigham de la Universidad de Harvard; en 1925-26 Gómez a su vez - realiza un internado en el Saint Louis Children's Hospital de San Luis Missouri.

Su paso por los hospitales estadounidenses fue decisivo tanto en Gómez como en Zubirán para conformar sus concepciones de la medicina y la enfermedad. "Parece que fue precisamente durante aquel primer viaje que se configuraron en la mente de Federico Gómez las bases de su clasificación de la desnutrición del niño". Para Zubirán, por otra parte, "el trato con enfermos diabéticos, la asistencia a conferencias sobre el tema y, en forma muy importante, el otorgamiento del Premio Nobel a Banting, lo metieron de lleno en el terreno de la diabetes mellitus, que habría de ser su favorito para el resto de su vida. El impacto del otorgamiento del Premio Nobel a un estudiante del -- tercer año de medicina, en el auditorio de la Universidad de Harvard... parece haber sido determinante en su decisión de seguir por el camino que ya había iniciado".

A su regreso a México, ambos se integran a trabajar como funcionarios del Estado, Gómez en su calidad de militar pasa por la cátedra de la - - Médico-Militar, ascenderá en grado hasta General Brigadier y llegará a ocupar la Dirección de Sanidad Militar; como funcionario público, será Director de - la Casa Cuna de Coyoacán y Director General de Higiene Materno-infantil de la Secretaría de Asistencia Pública "estos cargos y actividades oficiales, docentes y profesionales le dan renombre nacional y lo impulsan a compartir el liderazgo pediátrico del país... es el maestro Gómez quien dirige y coordina --

los planes para la construcción y terminación del Hospital Infantil de México que el 30 de abril de 1943 inaugura y cuya dirección asume".

Zubirán ocupó su primer puesto público en 1926 como ayudante de Manuel Gea González en el Departamento de Enfermedades Tropicales "donde se -- realizaban estudios sobre distintos problemas de salud pública, como por - - ejemplo, la uncinariasis, en los que participaba la Fundación Rockefeller - en coordinación con el gobierno de nuestro país"(38). Posteriormente participó en la Campaña contra la Tuberculosis; fue médico particular de Plutarco Elías Calles como después lo sería de Cárdenas y Avila Camacho; de 1931 a 1934 fué Jefe del Departamento de Comestibles y Bebidas ("debido a su experiencia y a los conocimientos sobre distintos problemas de la nutrición"). Durante - el gobierno de Cárdenas, formó parte de la Comisión de Estudios de la Presi-- dencia de la República, en 1937 es Jefe del Departamento Autónomo de Asistencia Infantil, en 1938 encargado del despacho de la Secretaría de Asistencia - Pública, de 1940 a 1943 Subsecretario de la Asistencia Pública y en 1944 lo-- gra echar a andar su proyecto personal de crear un centro que se dedicase a - la nutriología clínica y que cumpliera en una primera etapa el 12 de octubre de 1946 con la inauguración del Hospital de Enfermedades de la Nutrición que con el tiempo se transformaría en el INN. En los siguientes apartados analizaremos por separado las líneas de investigación desarrolladas a partir de -- las instituciones creadas por estos dos personajes.

2.3. La investigación de la desnutrición desarrollada a partir del Hospital Infantil de México.

2.3.1. La investigación de la desnutrición y la penetración del imperialismo en la agricultura.

La investigación realizada sobre nutrición por el grupo originado en el HIM la podemos dividir en dos periodos. El primero va desde la fundación del Hospital en 1943 hasta la creación en 1956 del Centro Rural de Estudios del Hospital Infantil de México, y corresponde fundamentalmente a la investigación clínica del padecimiento. A partir de 1956 se inicia el segundo periodo correspondiente a la investigación epidemiológica propiamente dicha, desarrollada en un principio por el mencionado Centro de Estudios del HIM y continuada por el IMAN en 1972 y por el Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología para la Salud del Niño (INCYTAS-DIF) a partir de 1976, siempre con la participación y dirección de Joaquin Cravioto.

La comprensión cabal de esta línea de investigación sólo puede alcanzarse si se reconoce la forma específica de articulación de su trayectoria con las necesidades del capital imperialista y de la oligarquía financiera criolla, expresada en la estrecha relación que existe entre el tipo de investigación realizada, el financiamiento recibido por parte de las fundaciones de los principales consorcios y las grandes corporaciones trasnacionales de la gran industria alimentaria, el uso político de los alimentos por el imperialismo yanqui y las necesidades de legitimación ideológica y control político del Estado mexicano.

Es justamente en la década de los cuarentas del presente siglo, simultaneamente a la preocupación médica por la desnutrición, que el Estado mexicano pone un mayor énfasis en la agricultura y las políticas de nutrición correspondiendo al flujo creciente de inversiones norteamericanas hacia México en materia de distribución de la producción agrícola. Precísamente "La revolcución verde se inicia en México en 1943 como resultado de las negociaciones entre la Fundación Rockefeller y el Estado mexicano".(39)

Avila Camacho inicia su gobierno en medio de una relativa estabilidad política producto de la línea nacionalista y populista seguida por Cárdenas. Empero, el caracter dependiente del capitalismo mexicano propicia un sustancial viraje en la política agraria de la época. Avila Camacho dio prioridad a la producción agrícola para la exportación, protegiendo a los grandes terratenientes dedicados a este tipo de agricultura. Es evidente que las presiones ejercidas por los EE UU fueron determinantes para ello:"el gran viraje de la política agraria coincidió con las conversaciones que en este tiempo se tenían entre el gobierno mexicano y los representantes de la Fundación Rockefeller sobre asistencia en investigación agrícola. Conversaciones que llevarían más tarde al desarrollo en México de las variedades de semilla de alta productividad de la 'Revolución Verde'"(40)

En 1949 Josue de Castro había denunciado el ocultamiento del hambre mundial, se quejaba de que la bibliografía mundial sobre el tema era extremadamente reducida y alentaba la esperanza de que el nuevo caracter de las formas políticas emanadas de la postguerra (se refiere a los estados capitalistas tras la derrota del nazismo), "prontas a sacrificar los intereses de la explotación

lucrativa a los intereses reales de las colectividades" [!!], pudieron impedir esa forma de "absurdo suicidio".(41) Cuestionada la hegemonía del capitalismo a nivel mundial por la alternativa socialista, en la postguerra, la denuncia del hambre no debía ser patrimonio de quienes se oponen al sistema, era preciso generar un abrumador discurso que reivindicara y librara de culpa al capitalismo, mostrando su capacidad de sacrificar ganancias en aras del bienestar de la humanidad. A partir de este momento el hambre y la desnutrición pasan a ser los temas fundamentales del discurso hegemónico capitalista. La contribución de la -- IED desarrollada en México a tal discurso ha sido de lo más substancial a par-- tir de entonces.

El financiamiento proporcionado por los EE UU como "ayuda" para el desarrollo agrícola de los paises dependientes se inscribe dentro de una política de intereses económicos muy precisos. La enorme productividad agrícola de los - EE UU en la postguerra generó la necesidad de abrir mercados internacionales para sus productos; para ello debió crear "mecanismos e instrumentos de negocia-- ción internacional que aseguren el máximo acceso de los productos agrícolas norteamericanos a los mercados extranjeros", uno de estos fue la aprobación en --- 1954 de la ley 480 sobre "ayuda alimentaria" que ofrecía créditos ventajosos a la exportación de alimentos para gobiernos extranjeros. Al propio tiempo, merced al dominio estadounidense del mercado internacional, puede determinarse qué productos agrícolas pueden exportarse por parte de los paises capitalistas de-- pendientes, siendo, de estos, los que cumplan con las condiciones, donde se dirija tal "ayuda" financiera. (42) Pero este mecanismo es preciso que aparezca - como fruto del desinteres económico y de la sincera preocupación de los gobier-

nos de la metrópoli imperialista y de las naciones subordinadas por resolver el hambre y la miseria "provocadas por el subdesarrollo industrial".

El financiamiento se extiende tambien a la asistencia a las institu-- ciones del campo de la salud, sobre todo si realizan simultaneamente investigaciones relacionadas con el aspecto alimentario. El HIM fue objeto de atención - especial por parte de los organismos vectores de la "ayuda financiera". Su misma estructura y organización estan inspirados en los centros hospitalarios más avanzados de los EE UU y en ello la Rockefeller cumplió un papel determinante. (43) Más aún, buena parte de las investigaciones realizadas por quienes inte-- graron el grupo para el Estudio del Niño Desnutrido, y en particular por Cravioto, contaron con el apoyo financiero de The Nutrition Fundation, The Foundation for Development, The Van Monel Foundation, Carnation de México, The Van American Foundation, El Fondo Williams-Waterman para combatir las enfermedades dietéti-- cas, The association for the Aid of Crippled Children, El Fondo Nestrlé y la -- Compañía Kellog de México. (44)

2.3,2. La investigación clínica de la desnutrición.

El HIM abrió sus puertas el 30 de abril de 1943. Además de su Director, Federico Gómez, formaban parte de su planta médica, Torroella, Cárdenas - de la Vega, Escontría, Baz y Dresch, Neiman, Muñoz,Turnbull y otros que tenían como común denominador haber cursado estudios en le extranjero (45). Su propósito formal de prestar atención médica especializada contrastaba con las deprorables condiciones de salud de la población del país que se expresaban en una alta morbimortalidad infantil, consecuencia obvia del hambre sufrida por las cadas populares. Así, la mayoría de la población que acude a dicho hospital en solicitud de atención médica, presentaba un cuadro más o menos severo de desnutrición, acompañado de alguna otra condición nosológica, o bien como carencia - específica o global de nutrientes: de hecho, la desnutrición de tercer grado - pronto llegó a ser "la razón principal de ocupación de nuestros hospitales de niños" (46). Se inicia a partir de entonces la capacidad de confinar a los ni-- ños desnutridos a un espacio donde no tiene cabida ninguno de los determinan-- tes sociales que produjeron concretamente la desnutrición: Una vez que el niño desnutrido ha ingresado al hospital, queda despojado de su socialidad concreta; en calidad de paciente pediátrico, será conducido por un recorrido de anamnesis clínica que, irónicamente, será ante todo, un mecanismo de olvido de todo aquello que constituya la totalidad humana del paciente que no sea reducible al -- campo de lo biológico. Desde la ficha de identificación (que, al no iluminar

nada de la condición social del ente, es más bien una ficha de cosificación), se segrega todo aquello que no conduce a la localización dentro del organismo individual del paciente de su condición estructural-metabólica patológica. Si este proceder es plenamente justificable como sana abstracción necesaria para producir un conocimiento científico expresable como diagnóstico clínico del - padecimiento de un individuo, lo es sólo en la medida que se requiera un conocimiento parcializado, ya sea con fines prácticos o por otros motivos, pero - no por ser un "método" científico de alcance universal. Tratándose de la desnutrición, proceder en estos términos constituye una aberración epistemoló- - gica que obstaculiza el conocimiento científico de la naturaleza real del fenómeno al reivindicar como tal un conocimiento parcial intrascendente, además de que sean cuestionables ética y políticamente los procedimientos de investigación y el uos ideológico de sus resultados.

Requerido para dar respuesta como institución estatal a los problemas de salud de la población pediátrica, el HIM enfrenta a la desnutrición de la única manera que puede ser concebida por quienes han asimilado la educa- - ción flexneriana de los hospitales de los EE.UU. y acomodado a ella sus es--- tructuras mentales, es decir, mediante la reducción de su vasta complejidad a mero problema biomédico: "Dada la enorme prevalencia de la desnutrición infantil así como sus altas tasas de letalidad, en 1945 se abrió la sala de nutrición del Hospital Infantil de México a cargo del Dr. Federico Gómez con el -- propósito de sistematizar el conocimiento de este síndrome que hasta entonces se había venido observando y tratando con criterios diversos en las diferen-- tes salas del hospital referido". (47).

Suele presentarse como consecuencia de la "sistematización del conocimiento de este síndrome" que deje de ser tal para adquirir la calidad de entidad nosológica o enfermedad propiamente dicha. Bibliográficamente esta adquisición correspondería a la aparición del artículo de Gómez publicado en 1946 bajo el título "Desnutrición" (48). Ya antes de este artículo, como hemos visto el "síndrome" había sido descrito ampliamente en su aspecto clínico y reconocido por médicos de distintas escuelas y países con los nombres más variados: hipotrepsia, hipotrofia, distrofia, atrofia, atrepsia, descomposición, consunción, malnutrición, caquexia hídrica, síndrome pelagroso-beriberico, edema avitaminósico de la infancia,síndrome pluricarencial infantil, edema de hambre, etc., siendo cada vez más los trabajos que identificaban las equivalencias de unos y otros; incluso la desnutrición como tal, es decir como el resultado orgánico de la hipoalimentación global ya era reconocida como condición patológica clasificada en grados I, II y III: leve, moderado y grave, como era costumbre en múltiples padecimientos (49). El mérito de Gómez consistió simplemente en reconocer que toda la diversidad de los síndromes referidos eran "sencillamente grados de un mismo padecimiento de etiología variada que ahora denominamos genéricamente con el nombre de desnutrición", definida esta última como "toda pérdida anormal de peso del organismo" y relacionados sus grados con el porcentaje de pérdida de peso en relación al "que el paciente debería tener, para su edad" (50).

En sí no hay elemento alguno de descubrimiento en la redefinición de la desnutrición; Lo que Gómez dice de ella ya era sabido. De hecho el artículo de Gómez no tiene la estructura de un reporte sino de un ensayo donde las afirmaciones descansan en la vehemencia con que son aseveradas. Lo que hace Gómez

en este artículo, tal vez de manera inconsciente, es establecer, con la autoridad que le confiere la dirección del HIM, la normatización de lo que hay -- que considerar como la "enfermedad desnutrición". Como Foucault ha mostrado, este proceder es un mecanismo clave de ejercicio del poder de las clases dominantes que ha sido utilizado secularmente en el campo médico-sanitario (51). Sin embargo, para normatizar la desnutrición como enfermedad es preciso aceptar como evidente lo que a través de la historia no había figurado siquiera - como posibilidad y que aún poco antes de Gómez era enunciada como posibilidad absurda: que el hambre misma fuera considerada como una enfermedad más, objeto de diagnóstico y tratamiento médico. Consumado este proceso normativo, desincorporado el componente social concreto de la desnutrición ya no existe impedimento alguno para retornar de lo biológico a lo social y definir a éste - en función de aquél: Gómez podrá afirmar ya sin ningun reparo que "el hambre es una enfermedad crónica que padece un alto porcentaje de la población de -- América Latina desde hace mucho tiempo" (52). Las contradicciones no se eliminan por decreto y el mismo discurso no puede evadirlas; inmediatamente des- - pués de definir el hambre como enfermedad, Gómez tiene que reconocer: "no necesitamos hacer un exámen clínico o comprobar el peso, la talla o el estado - del panículo adiposo, o de los síntomas de carencia para saber que es una persona o una familia o una comunidad entera sufre de esta terrible enfermedad - que con toda propiedad puede llamarse Hambre Crónica". No obstante esta lucidez, toda la práctica médica en el campo de la desnutrición se orientará en - aplicar los más sofisticados recursos de la medicina para estudiar la desnu-- trición.

Sólo cuando la medicina se ha desarrollado en un proceso de recon--

formación acelerada para corresponder con mayor eficacia a las necesidades de reproducción del sistema es que los innegables logros de la ciencia médica en diversos campos pueden ser representados en el sentido común de los médicos - como valores universales de eficacia médica, recurriendo a una temprana es- - tructura mental de generalización inductiva que consolida cierta "lógica" in- genua que concibe como necesario un comportamiento específico de un nuevo - - evento en la medida que se cuenta con el antecedente de un buen número de - - eventos que se comportaron similarmente en el pasado. Según esto, si la medi cina es eficaz en la curación de las enfermedades E_1, E_2, E_3. . . E_n y n es - lo suficientemente grande, podríamos asegurar que la medicina es "necesaria-- mente" eficaz en la curación de todas las enfermedades. Basta pues, incorpo-- rar la desnutrición al universo de las enfermedades; pero esto es sencillo ya que siempre ha pertenecido a él en tanto daño orgánico, repercución negativa en la vida cotidiana, peligro de muerte, etc. No había sido nunca "enferme-- dad biológica" tratable en términos médicos, sino "enfermedad social" total-- mente asumida o enfrentada con rebeldía; pero consolidado el capitalismo, que con el intercambio mercantil de salario por fuerza de trabajo oculta eficazmen te las relaciones de explotación bajo una aparente relación libre de intercam bio en valores equivalentes entre sujetos iguales, no habrá lugar, en la ideo logía burguesa, para las enfermedades sociales: todas podrán ser objeto de ma nejo médico.

Este mecanismo de inversión ha de acompañarse puntualmente de otros muchos, pero estos ya serán compensaciones necesarias de lo particular para - orientarse en el sentido del flujo del caudal. Por ejemplo, la etiología que sólo era comprensible en términos de agente concreto y que hacía evidente que

los síndromes tuvieran un origen infeccioso, se amplía para abarcar toda condición que "produzca" la enfermedad. Así Gómez, afirmará en 1946, en el artículo citado: "Se puede decir que el 90% de los estados de desnutrición en nuestro medio, son ocasionados por una sola y principal causa: la subalimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos" (53). La subalimentación que había sido "imposible admitir que pudiera por sí sola crear el síndrome" tres décadas atrás, resultaba ahora evidente y no por algún descubrimiento científico, sino por una reorganización conceptual que compensa sus propias aberraciones epistemológicas con evidencias de sentido común (sustentadas en estructuras cognitivas elementales) que son convalidadas por el respaldo ideológico e institucional que reciben quienes las enuncian.

Pero todavía se requiere desterrar los resabios de socialidad que subyacen al considerar a la subalimentación como "causa principal de la desnutrición". Gómez dara los primeros pasos al reconocer que "en nuestro medio son la pobreza, la ignorancia y el hambre, las cuasas que corren parejas disputandose la primacía en la patogenia de la subalimentación que acarrea la desnutrición". Una madre cria a su hijo satisfactoriamente alimentándolo hasta los seis meses, pero entonces "la ignorancia le impide saber que otra cosa puede darle, o la pobreza le impide adquirir lo que ella sabe que su hijo puede comer", de ahí se inicia un progresivo deterioro de su estado nutricional, "en esta pendiente de desnutrición, el niño rueda con mayor o menor rapidez pasando de la desnutrición ligera a la media y de la desnutrición media a la muy grave. en forma insensible y progresiva, si no hay la mano médica experta y oportuna que lo detenga en su caída".

El médico se presenta ya con capacidad de compensar los determinantes sociales del hambre, en un primer momento como algo limitado pero que se expanderá aceleradamente. "Es obvio, nos dice Gómez, que combatiendo la miseria se evitaría un gran porcentaje de la desnutrición, pero no está a nuestra mano médica señalar medidas de alcance nacional que eleven el estándar de vida de nuestro pueblo". Según el autor, la labor del médico consistiría en -- "convertirse en educador de sus pacientes y programador de los conocimientos de puericultura más elementales para que los padres aprendan a distinguir al niño sano del enfermo y acudan oportunamente al consultorio o al hospital"; - en éstos el médico podrá compensar mediante su tratamiento la desnutrición sufrida por el paciente en la medida que prescriba una dieta adecuada y corrija las alteraciones orgánicas que se hayan producido por el retardo en acudir a la asistencia médica; incluso si se ha llegado al extremo de una desnutrición de tercer grado "en un hospital bien equipado y con experiencia se puede tratar con alguna probabilidad de éxito".

Los siguientes diez años de labor del HIM en le campo de la desnutrición estarían consagrados a estudiar minuciosamente desde el punto de vista biológico lo que ocurría en el organismo desnutrido.

Ramos Galván, publica en 1948 una amplia monografía sobre los "aspectos estadísticos clínicos, dietéticos y sociales" de la desnutrición infantil en México (54). Inicia el artículo haciendo un acto de fé evocando a Lord Keivin: "cuando se puede medir aquello de lo que se está hablando y se puede - expresar con números es que se sabe algo respecto a ello; cuando no puede medirse, cuando no puede expresarse en números, el conocimiento que se obtiene

es de mala calidad y no satisface". Este será el criterio central que guiará la investigación de la desnutrición: el culto fetichista a la cantidad que descalifica y somete a lo cuantitativo concreto a obedecer al mundo platónico metafísico del cual la burda realidad cotidiana no sería sino imperfecto reflejo. Partiendo de aquí es posible consumar otra inversión: todo aquello que sea expresado cuantitativamente posee por ese solo hecho un caracter de veracidad (55). Ramos Galván inicia en su monografía la reducción cuantitativa del fenómeno desnutrición, mide, compara y ordena estadísticamente requerimientos, costos, producción y consumo de alimentos, busca indicadores antropométricos para determinar el grado de desnutrición, etc. Sin duda es un brillante estudio que aporta un conocimiento efectivo, pero no puede escapar a las limitaciones gnoseológicas que impregna la visión médica; apenas aborda el aspecto social y no puede evitar caer en los lugares comunes, recurriendo a categorías arbitrarias como si se tratara de algo dado y evidente y no de complejas relaciones históricamente determinadas. Así su empeño cuantificador, sus limitaciones epistemológicas y su deformación ideológica lo conducen a deslices grotescos: al abordar los aspectos sociales de la pelagra "estudiando 83 casos [en el HIM], encontró que el 41% había nacido fuera del D.F., pero el 75% tenía como residencia habitual a la Ciudad de México. Que el 68% de los casos, el padre y la madre eran naturales de zonas rurales y el 50% tenían una instrucción prácticamente nula. Además el 58% de las madres eran débiles mentales, imbeciles o idiotas, 31% eran subnormales y solo el 11% se encontró normal de acuerdo con el estudio clínico y psicométrico" (56).

A partir de 1948 comienzan a aparecer numerosos artículos en los cuales se reportan las investigaciones realizadas en el Laboratorio de Inves-

tigación de la Sala de Nutrición del HIM, en las cuales por vez primera se aplicó el método experimental en el estudio de los niños desnutridos. En los díez años siguientes a esta fecha, se publicaron dieciocho artículos de la famosa serie de "Estudios Sobre el Niño Desnutrido" efectuados bajo la dirección de Federico Gómez y sus cercanos colaboradores Rafael Ramos Galván, Joaquín Cravioto y Silvestre Frenk, así como también un buen número de reportes sobre aspectos particulares de la desnutrición. En ellos se analizaron exahustivamente gan número de variables intervinientes en la desnutrición, así como la eficacia estadística de diversos tratamientos (57). La sangre, el líquido céfalorraquideo, la composición intracelular, las células de cada tejido y cada órgano fueron sometidos a la ordalía de la experimentación para que confesaran todo aquello que supieran al respecto. "En estos niños se realizaron los primeros estudios bioquímicos sobre proteínas séricas, volumen sanguineo y puebas de 'funcionamiento hepático'. A medida que la investigación fue requiriéndolo, se introdujeron métodos y técnicas cada véz más sofisticadas y modernas [sic], para la época, como la electroforesis y la cromatografía en columnas de intercambio iónico, práctica de biopsias y empleo de isótopos radioactivos" (58).

El resultado de esta práctica mengélica (59) fue, en efecto, además del gasto exorbitante, un mejor conocimiento de los procesos fisiológicos y con ello la posibilidad de tratar los casos de desnutrición severa con más probabilidad de éxito al abandonar prácticas iatrogénicas. Todo esto redundó en un enorme prestigio para los integrantes del grupo para el estudio del niño desnutrido del HIM. Fue sin duda la época de oro de la investigación clínica de la desnutrición, en toda América Latina se registró una explosión bi-

bliográfica de estudios sobre el tema y en numeroso congresos internacionales se vertían varios informes de los aspectos más insospechados (por cierto se - inicia en esta época la costumbre de presentar el mismo trabajo en varios congresos y publicarlo apenas modificado en diversas revistas). Los autores se ven rodeados de un halo de humanismo filantrópico, obtienen generosos presupuestos de las más importantes fundaciones trasnacionales y son llamados a desempeñar cargos importantes en las funciones de estado, salubridad y asistencia.

El logro fundamental de este período fue que "se llegó 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" (60). Parecía plausible que un tratamiento antimicrobiano adecuado y - un correcto manejo de líquidos y electrolitos pudieran abatir la mortalidad - infantil por denutrición severa. Las espectativas se confirmaron parcialmente en la práctica. Si al abrirse la Sala de Nutrición la mortalidad de los niños con tercer grado de desnutrición era, con todo el esmero del servicio, de un 50 a un 60% (61), al cabo de una década ya era "solamente" de un 35% (62) Todo este esfuerzo hubiera valido la pena al salvar entre 15 y 25 niños de -- cada 100 que ingresaban con desnutrición de tercer grado, de no ser que por - cada 100 de estos niños que ingresaban al hospital varios miles no podían - - hacerlo y morían sin recibir la menor atención médica; ampliar la cobertura - hospitalaria hasta la capacidad del total de desnutridos era, a más de absurdo, económicamente inimaginable; por otra parte la baja en la mortalidad -- significaba que morían menos en el hospital pero nada garantizaba que no lo - hicieran al salir de él; el costo de un niño desnutrido hospitalizado era ele

vado en virtud de su larga permanencia. Llegó el momento en que pareció que la desnutrición de tercer grado ya era conocida en todos sus detalles y que ningún nuevo conocimiento podía aportar ya remedio a un problema cuyas dimensiones seguían creciendo día con día. Los médicos debieron de reconocer que su prevención y su erradicación no dependían de sus conocimientos ni de sus esfuerzos terapeuticos. "así, vemos... como en establecimientos hospitalarios del llamado tercer nivel se actuó como si dieran por liquidado el problema clausurando sus salas para niños desnutridos" (63).

Agotado el modelo hospitalario de atención a la desnutrición, pero sólidamente sustentado en sus artificiosos logros, la medicina se encuentra en inmejorables condiciones de cumplir nuevas funciones en este campo. El prestigio conferido por el reconocimiento institucional presenta a las personalidades médicas que intervinieron en la investigación de la "enfermedad desnutrición" como las más idóneas para desarrollar el estudio científico de la desnutrición en las comunidades. En buena lógica nada justifica esto en términos de capacidad científica. De hecho la IED desarrollada por quienes se formaron en el HIM no aportará ningún conocimiento objetivo acerca de la determinación social de la desnutrición, como habremos de ver en el apartado siguiente. Simplemente este tipo de investigaciones es el desarrollo natural (pero no teolológico) de una práctica médica que genera un saber modulado por las funciones de instancia de ejercicio de hegemonía que tiene que cumplir. Se trata en realidad de medicalización (64) que confina un fenómeno fundamentalmente social al espacio de un hospital y a su manifestación en los organismos aislados y en sus partes. Una vez que el hambre ha sido ideológicamente representada como enfermedad, pasa a ser la de mayor prevalencia a nivel mun-

dial y, así, es posible retornarla a su ámbito social recurriendo a una epi-- demiología acrítica que es, a su vez, el otro poderoso mecanismo mistifica-- dor generado en la práctica médica capitalista (65). Para esta epidemiología "el metodo fundamental cuando se trata de la salud y la enfermedad es básica- mente el mismo para el individuo y la comunidad. Ya se tiene considerable -- experiencia respecto a los métodos epidemiológicos para enfrentar las enferme dades transmisibles. Ahora es necesario que la experiencia existente y los co nocimientos científicos se extiendan y apliquen a la vigilancia de los proble mas nutricionales" (66).

Hemos visto como Federico Gómez Había definido en 1946 a la desnu-- trición como enfermedad biológica, pero sin poder negar que estaba originada por "la pobreza, la ignorancia y el hambre". Lo vimos también llevar hasta - sus últimas consecuencias esta biologización de lo social cuando, en 1950, -- identifica al hambre misma como una enfermedad, lo que no es más que hacer ex plicito lo que ya estaba implicado en su definición original, y en 1956 lle-- gar a la conclusión de que aún en casos de desnutrición severa, no es ésta la causa de la mortalidad sino tan sólo un "factor predisponente". Antes de abor dar el estudio epidemiológico de la desnutrición, Gómez habrá de preparar el terreno para que los términos "pobreza", "ignorancia" y "hambre" no se inclu- yan en él sin ser despojados de aquello que pueda resultar cuestionador al -- sistema. Al anunciar la creación del Centro Rural de Estudios del HIM, advier te que implicar estos términos en la producción de la desnutrición a nivel de comunidad "indica el desconocimiento de los hechos fundamentales y restringe la capacidad de aconsejar medidas de alcance nacional (67).

2.3.3. La investigación epidemiológica de la desnutrición.

En la creación del Centro Rural de Estudios del HIM y en la investigación epidemiológica que se generó a partir de él, Joaquín Cravioto desempeñó, sin lugar a dudas, el papel principal. Este personaje era, al igual que Federico Gómez, médico militar y había cursado estudios de salud pública en la entonces Escuela de Salubridad e Higiene de la SSA y de bioquímica y sociología en Suecia.

En principio, el objetivo formal que se perseguía al estudiar a la desnutrición en el ámbito de la comunidad fue "desentrañar los factores que producen la desnutrición al darse las interrelaciones entre la triada epidemiológica clásica: agente, huesped y ambiente", por medio de "un estudio longitudinal de niños en alguna comunidad rural en la que la desnutrición fuera frecuente."[68] La población elegida fue Tlaltizapán, Estado de Morelos; el primer estudio allí realizado tuvo una duración de cinco años, de 1957 a 1962 y recibió el castrense nombre de "operación Zacatepec" por su cercanía con el ingenio azucarero del que obtuvieron apoyo.

El marco de referencia que guía la "operación Zacatepec" fue planteado por Cravioto en 1958 [69] en los siguientes términos:

- La desnutrición es la herencia de los paises técnicamente poco desarrollados.
- La Revolución Mexicana tuvo una fase agraria en la que se destruye el sistema feudal y esclavista bajo los cuales vivía el país. Una segunda fase es la industrial cuyo objetivo parece el establecimiento -- del régimen capitalista en todo el país.
- La fase industrial de la Revolución ha logrado grandes resultados en el desarrollo socioeconómico del país.
- "A pesar de todas estas grandes conquistas México - es todavía un país técnicamente poco desarrollado - pues exhibe algunas características de economía a-- grícola colonial".

El término "régimen capitalista" usado por Cravioto para caracterizar a la sociedad mexicana tiene, en este contexto, un evidente sentido de identidad con el progreso social y de ninguna manera encierra el reconocimiento del - caracter explotador del régimen social de la nación. De cualquier manera, esta confesión involuntaria no volverá a figurar en los futuros escritos de Cravioto. En su lugar, sin embargo, permanecerá invariable la idea de que el desarrollo - industrial es la base del progreso y que todo aquello que se le oponga causará perturbaciones que o bien serán causa de la desnutrición, o bien obstaculizarán los esfuerzos de la sociedad por eliminarla. Partiendo de esta concepción, en - el artículo citado, Cravioto aborda la caracterización de la desnutrición de la

siguiente manera:

- La causa de la desnutrición radica en la ingestión de una dieta de pobre valor biológico.
- Es un problema complejo en el que se mezclan factores sociales,económicos y sanitarios junto con los factores relacionados con la producción, transporte y distribución de alimentos, todos ellos aunados a fenómenos como migración, educación, etc.
- A su vez el estado de nutrición influye en la disponibilidad de alimentos: El niño desnutrido su característica fundamental es su poco rendimiento en el trabajo, su falta de iniciativa, su indolencia y, en general, falta de interes a todo aquello que signifique un mayor esfuerzo físico y mental.
- En algunas comunidades el factor económico puede ser el fundamental, en otras el educativo o la organización social.
- El consumo de alimentos disponibles depende de manera fundamental de la tradición. Sólo dentro del marco fijado por la tradición tiene relevancia el nivel de ingreso económico.
- El niño se desnutre porque existe en su familia un concepto de salud de tipo mágico que condiciona el miedo al alimento, reduciendo los padres la ingesta

en los niños por temor al alimento.

- La tradición condiciona la desigual distribución intrafamiliar adulto/niño en las comunidades rurales de tal manera que independientemente del nivel de ingreso económico el adulto come proporcionalmente más que el niño.
- Si la desnutrición no mata al niño, lo deja lesionado física, mental y socialmente, para que al llegar a la edad adulta reanude el ciclo desnutriendo a sus propios hijos.
- Las medidas efectivas para solucionar este problema a largo plazo tendrían como eje la educación a la población para transformar su característica tradicional pasiva. A corto plazo es necesario desarrollar y proporcionar fórmulas altamente nutritivas a bajo costo.

Al igual que la caracterización de la sociedad, estas conclusiones han de permanecer invariables y su único desarrollo consistirá en ir afinando con hechos empíricos la argumentación que sustenta tales conclusiones.

Desde 1958 hasta la fecha, el pretendido abordaje científico de lo social por parte de Cravioto y su equipo es reducido a una serie de círculos viciosos en los que el sentido común burgués no puede ver más solución que el "desarrollo social" identificado con el desarrollo tecnológico industrial, es de-

cir, la extensión de las relaciones de explotación capitalista. La forma tan hábil como éste discurso ideológico burgués ha podido ser disfrazado de investigación científica constituye buena parte del éxito personal de Cravioto.

La "operación Zacatepec" consistió en una serie de estudios sobre el estado nutricional de la población infantil, el valor dietético de su ingesta habitual, la correlación del estado de nutrición con el desarrollo psicomotor, factores del medio ambiente asociados con la desnutrición, recopilación de los conceptos existentes en la población acerca de la causa de las enfermedades, etc.(70)

Durante 1960, Cravioto trabaja para la oficina de nutrición de la FAO en Roma. A partir de este momento se integra al "pool" internacional de investigadores de la desnutrición bajo la orientación de las fundaciones trasnacionales. Regresa a México en 1961 y permanece en el país durante dos años. De 1962 a 1964 se produce una pausa en la IED en México. Gómez se jubila en la dirección del HIM y se encarga de organizar el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS abandonando definitivamente el campo epidemiológico. Cravioto pasa a ocupar el cargo de Director asociado del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, importante organismo financiado en parte por las mismas fundaciones que apoyaban la investigación de la desnutrición en México.

En 1964, Cravioto regresa nuevamente al HIM e inicia un proyecto de investigación que retoma el tema y el espacio físico de la "operación Zacatepec", pero ahora, mediante la orientación del modelo epidemiológico de Leavell

y Clark de "Historia natural de la enfermedad". El proyecto comprendió el estudio del total de niños nacidos en Tlaltizapán entre el 1° de marzo de 1966 y el 28 de febrero de 1967. Los niños y sus familias fueron "estrechamente estudiados de manera coordinada desde el punto de vista nutricional, pediátrico, socioeconómico y de desarrollo físico, mental y social... los resultados publicados de este estudio han permitido conocer:"la mortalidad perinatal, neonatal e infantil, así como la incidencia de la desnutrición en el medio rural del centro de México, la acción de los factores socioculturales sobre el peso y la talla de los niños al nacimiento, el desarrollo sensoriomotor normal, así como la adquisición de conceptos bipolares, la evolución del desarrollo de la integración intra e intersensorial, el análisis y la síntesis de formas geométricas, el desarrollo de la inteligencia y de la escolaridad, la ecología de la ganancia de peso, la ejecución mental en escolares que sufrieron desnutrición avanzada en la infancia, las prácticas de alimentación y destete en una sociedad tradicional, el sinergismo entre nutrición y sarampión, el efecto de la pérdida de peso en la etapa neonatal sobre el crecimiento y desarrollo del niño en el primer año de vida, los cambios que introduce la mejoría de la educación formal de la madre sobre el crecimiento físico del niño en el primer año de vida, el efecto de la estimulación y la desnutrición clínica avanzada en el desarrollo del lenguaje, las características biosocioculturales de las madres de una comunidad preindustrial y su fertilidad y el estilo ante una demanda cognocitiva en niños con diversos microambientes".(71)

A partir de 1972 la unidad de trabajo bajo la dirección de Cravioto prosiguió sus investigaciones en el Hospital del Niño IMAN y a finales de 1976

se incluye en el programa "Crecimiento y Desarrollo" del recien creado Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología para la Salud del Niño bajo la jurisdicción del DIF. La investigación ha girado fundamentalmente en el seguimiento por más de una década de la cohorte experimental original. De los estudios realizados,- Cravioto reivindica haber generado supuestamente una serie de descubrimientos - acerca de los "factores macro y microambientales" que determinan la prevalencia de la desnutrición. Dichos descubrimientos los agrupa en cinco rubros:

1.- La estimulación del hogar como factor básico - en la producción de la desnutrición de segundo y tercer grado.
2.- Correlación entre el estado nutricional, la estimulación a los niños y el aprendizaje y desarrollo de habilidades motoras y sensoriales.
3.- Relación crecimiento intrauterino-crecimiento extrauterino.
4.- Demostración que la diferencia de clase socioeconómica se cancela en frecuencia y gravedad - de otitis media y otros trastornos audiçivos - del niño a igualdad de cobertura de contacto - primario de salud.
5.- Desagregación de la relación pobreza- enfermedad. (72)

De aquí partirá Cravioto para elaborar posteriormente una serie de --

diagramas de flujo que supuestamente representan las interacciones de todos los factores que intervienen en la ecología de la desnutrición, y, en consecuencia, sus mecanismos causales y medidas apropiadas para su solución.

El recorrido seguido para arribar a sus conclusiones es presentado por el autor como un proceso rigurosamente científico de tal suerte que las conclusiones también lo son. Hemos de seguir paso a paso este proceso para poner de manifiesto el verdadero caracter anticientífico del trabajo de Cravioto y el importante papel que ha jugado como mistificador de las relaciones capitalistas de explotación lo que le ha valido el inmenso apoyo otorgado por parte del Estado y los grupos financieros imperialistas.

Analizaremos primero el marco teórico general mediante el cual se conceptualiza a lo social, veremos como a partir de aquí se construye un marco teórico epidemiológico que es el que se aplica al estudio de la desnutrición y finalmente analizaremos los estudios específicos que generan el discurso con el cual Cravioto pretende validar su modelo ecológico de la desnutrición y las propuestas que plantea para su solución.

Desde el momento en que Cravioto plantea que es posible reconocer a la sociedad mediante los indicadores que selecciona, registra y correlaciona, se está comprometiendo implícitamente con una teoría gnoseológica que le indica que camino ha de recorrerse para obtener un conocimiento objetivo y con una teoría que asigna a lo social una estructura reconocible por el método gnoseológico elegido y caracterizable por los indicadores que ha seleccionado para

su registro y correlación.

Para Cravioto no hay otro principio de conocimiento válido que el paradigma de las ciencias experimentales; en la medida en que se aplique a lo social se le estará reconociendo científicamente. El "método de las ciencias experimentales" tal como este autor lo concibe, consiste en comparar dos o más sucesos entre sí que presenten una característica distintiva a la que se le asigna la función de variable independiente; las diferencias presentes en ambos procesos podrán deberse a la variable independiente; tanto la magnitud de ésta como la magnitud de las diferencias puden ser cuantificadas y correlacionadas estadísticamente, lo que finalmente "demostrará" si la variación registrada es "causada" por la variable independiente.

Hay aquí un total falseamiento del proceso de conocimiento. Ya indicamos en el capítulo I que ningún conocimiento se da como registro pasivo del objeto en el sujeto, sino como interacción de ambos en términos de asimilación de aquél a la estructura cognotiva de este y la acomodación de ésta a las propiedades asimiladas de aquel. La burda representación del proceso de conocimiento como simple experimentalismo deja de lado precisamente la parte substancial de dicho proceso y sólo reconoce una apariencia formal artificiosa. Lo sustancial del proceso de experimentación no es el recorrido a pasos sino la actualidad creadora de plantear los problemas pertinentes, el proceso de imaginar las posibles relaciones significativas de las variables e idear las experiencias que sirvan para comprobarlas, todo dentro de un proceder riguroso y lógico que permita la obtención de resultados confiables y su análisis consistente dentro

de una sólida estructura teórica. Todo esto implica una actividad constante de selección de problemas, variables, experiencias, procedimientos de análisis y sistemas teóricos; selección que actúa sobre un conjunto practicamente infinito de posibilidades. En efecto, al enfrentarse a un fenómeno, el sujeto de conocimiento no lo asimila de golpe, tal cual, en su infinita complejidad sobre todo porque la riqueza de los fenómenos no descansa en su morfismo exterior sino en la totalidad articulada de sus relaciones que generalmente no es un observable directo sino aprehensible mediante una compleja coordinación entre las relaciones, complejas a su vez, del objeto en su totalidad fenoménica y las estructuras cognitivas del sujeto.

Cravioto cree que está haciendo ciencia al aplicar un burdo esquema que él reconoce como científico, y apela al prestigio del paradigma epistémico de las ciencias naturales para validarlo. Para él todo se resuelve comparando grupos apareados de acuerdo a indicadores arbitrarios que difieran contrastantemente en determinadas características: "El estudio de grupos contrastantes como una estrategia para identificación de la conducta estuvo basado en las ideas de Moss y Jones, quienes han señalado que para el científico social ésta estrategia de investigación es el mejor análogo naturalístico [sic] del método experimental de uso corriente en las ciencias físicas y químicas".(73)

Para comparar los grupos contrastantes es preciso seleccionar del universo de observables y sus interrelaciones una serie limitada de ellos que representen la naturaleza esencial del proceso que se quiere analizar. Esta selección implica necesariamente que el investigador asume una concepción de la so--

ciedad que norma su criterio al elegir las variables a estudiar y sus indicadores.

En el caso de la epidemiología de la desnutrición desarrollada por la corriente que estamos analizando, se reconoce explícitamente que su concepción de lo social está guiada por la axiomática estructural-funcionalista que considera como dado el orden social existente y su trayectoria como la realización obligatoriamente benéfica de una progresión social. Cualquier elemento que distorsione el orden es considerado como un desajuste que habrá que corregir regresando al equilibrio original. El hambre, la pobreza y la ignorancia no puden ser para la mentalidad burguesa componentes estructurales del orden social sino simples desajustes, de ahí que no puedan figurar sino tangencialmente en un estudio epidemiológico concebido desde esta mentalidad. Los "hechos fundamentales" que hay que conocer para "aconsejar medidas de alcance nacional" son los mecanismos políticos e ideológicos que traduzcan contradicciones estructurales del capitalismo a meros obstáculos a salvar para encaminarse al progreso social identificado como el desarrollo económico alcanzado por las metrópolis capitalistas, desconociendo por completo que éste se ha fincado precisamente en la miseria y el hambre de las masas trabajadoras.

Veamos como conciben la relación salud-sociedad dos de los personajes más representativos de ésta corriente epidemiológica:

"El desarrollo económico-social contiene implícita la modificación favorable del nivel de vida y el bienestar de la población. El crecimiento econó-

mico trae consigo un cambio en la estructura social, debido a que un aumento en la producción genera un incremento en el ingreso per cápita. La creación de fuentes de trabajo origina una migración del campo a la ciudad; cuando ésta circunstancia se planea con anticipación, hay una mejoría en la habitación y mayores oportunidades para elevar el nivel de escolaridad. Al promoverse la educación y contar con suficientes recursos para la salud, gradualmente se modifica de manera favorable los hábitos y conceptos que fomentan la salud en la población. La alimentación se hace más variada, la familia se planifica y la convivencia armónica promueve el desarrollo psicosocial del hombre".(74)

Esta concepción bucólica de la sociedad capitalista se asume como evidente en si misma, en ningún momento se considera la necesidad de sustentarla rigurosamente. A partir de esta conceptualización de lo social se da ya de hecho una primera exclusión de los aspectos que serán omitidos de observación epidemiológica: nada que reconozca el caracter explotador de las relaciones de producción capitalista figurará como indicador.

Un segundo componente de exclusión de variables será la posibilidad de expresarlas o no en términos cuantitativos. El argumento será la supuesta identidad objetivo-cuantitativo, subjetivo-cualitativo: "El concepto 'clase social' casi se ha abandonado debido a la alta subjetividad que usualmente le acompaña, en cambio, la posibilidad de establecer indicadores cuantitativos que permitan clasificar a la población en estratos socioeconómicos, resulta de mucho mayor utilidad, especialmente en estudios de tipo demográfico y epidemiológico. Para propósitos de clasificación de la población se ha encontrado que in-

dicadorestales como ingreso per cápita o familiar, número de años completos de estudio, y ocupación, resultan suficientemente precisos".(75)

Este culto a lo cuantitativo tiene un origen aparente en el "exito" de las matemáticas en las ciencias naturales. Se trata sin duda de una falacia ya que en ellas las matemáticas no eliminan lo cualitativo sino que lo enriquecen. La fuerza de gravedad no existe porque sea expresable en una ecuación, la comprensión de su naturaleza cualitativa se expande cuando matemáticamente puede representarse como una función de la masa y la distancia de los cuerpos que interactuan, pero no por el hecho de ser medible: pesar un objeto es una forma de cuantificar la gravedad pero por sí mismo no nos dice nada de su naturaleza. Medir ingreso familiar, años completos de estudio o número de individuos no nos dice nada de la naturaleza de las relaciones sociales implicadas. La exigencia de cuantificar lo social se combina con la exclusión de las categorías y conceptos que manifiesten la naturaleza aberrante de la reproducción social capitalista para eliminar toda posibilidad de reconocimiento científico de los procesos sociales implicados en los fenómenos colectivos de salud-enfermedad. La exigencia de la expresión cuantitativa del dato antes de su caracterización cualitativa conduce a representar el sitema de interrelaciones de la sociedad como un conjunto de relaciones lineales con lo cual es imposible reconocer su característica fundamental que es precisamente estar estructurado como una totalidad articulada: "El todo social... es un sistema de relaciones cada una de las cuales engendra, en cuanto mera relación, una transformación de los términos que religa. Invocar un conjunto de interacciones no consiste, en efecto, de ninguna manera en hacer referencia a los caracteres individuales como tales".(76) Más -

aún, cuando se exige que lo social ingrese a las consideraciones epidemiológicas, como relaciones lineales, se pretende que sólo así se puede reconocer la casualidad de una variable sobre otra, sin embargo, el único criterio que se esgrime es el de la significatividad estadística de su coincidencia que a lo sumo representa una relación de asociación, pero no de causalidad: "El caracter contextual de la relación causal es reflejo de una totalidad cuyos elementos interactúan determinándose recíprocamente; su contenido es determinado por la totalidad y no por la simple relación de sus elementos".(77)

Reducido ya a ser meras relaciones lineales sin más vínculo que la asociación estadística y despojado de todo contenido que no corresponda a su representación por la ideología dominante, antes de ingresar a los análisis epidemiológicos, lo social debe sufrir aún otra mistificación: es despojado de su condición de ser lo definitorio de lo humano para ser ubicado como un elemento más del ambiente que rodea a los individuos que habitan una comunidad. Para el llamado modelo ecológico de la salud, el ambiente está integrado por factores separables por su pertenencia o no al conjunto de los seres vivos. Esta división en factores bióticos y abióticos resulta tan evidente y natural a los epidemiológicos, que la utilizan de la misma manera que Tartufo hablaba en prosa. Dentro de los factores abióticos se incluyen sin diferenciar jerarquías los "aspectos sociales, económicos y del medio físico."(78) La salud sería producto de un equilibrio ecológico adecuado y su desequilibrio produciría la enfermedad. La buena nutrición sería patrimonio de los paises desarrollados en los que prevalece "una relación armónica positiva entre el hombre y el ambiente" mientras que "la desnutrición de naturaleza primaria es la expresión física de la inade-

cuada integración social del hombre para mantener una armoniosa relación ecológica con su ambiente".(79)

Estos son, pues, el marco gnoseológico y el modulo epidemiológico que guía la IED de esta corriente. Para arribar a las conclusiones que ha había formulado en 1958, antes de emprender cualquier investigación formal y que no son sino una burda mistificación de los determinantes sociales de la desnutrición,- Cravioto tiene que disolver éstas en un sinnúmero de indicadores. Los fragmentos de socialidad aislados, seleccionados a su arbitrio y tamizados por su representación ideológica a través del sentido común colectivo pro imperialista - del "pool" internacional de investigadores de la desnutrición, serán reunidos - en un conjunto de relaciones lineales que, mediante tautologías inauditas, se - pretenden hacer pasar como relaciones de causalidad bajo el disfraz de su significatividad estadística.

Pasaremos a revisar brevemente las investigaciones que dieron origen al reconocimiento de las relaciones "micro y macroambientales" que derterminan, según Cravioto, la prevalencia de la desnutrición. Dejaremos de lado el punto - tres (relación crecimiento intrauterino-crecimiento extrauterino) para ocuparnos de aquéllos que encierran claramente un sentido mistificador de las relaciones sociales de explotación que determinan el estado nutricional de la población.

Como ya dijimos el programa de investigación consiste en el seguimiento de la cohorte del total de niños nacidos en un año en una comunidad "preindustrial". Estos niños y sus familiares son objeto de encuestas y exámenes a fin de conocer su estado nutricional, desarrollo psicomotriz, estado de salud y, supuestamente, sus características socioeconómicas. Se pretende conocer todos estos antecedentes, para poder evaluar su efecto en el desarrollo intelectual, medido a patir de los 7 años mediante pruebas psicométricas y su desarrollo escolar. Lo que se pretende demostrar es que estos últimos estarán relacionados con la nutrición y es estado de salud en una fecha mas temprana. Los instrumentos utilizados en la recolección de información consistieron en exámenes médicos, somatométricos y de desarrollo sensoriomotor practicados periodicamente, así como encuestas socioeconómicas observacionales y de interrogatorio, aplicadas tambien con cierta periodicidad (80).

Los datos recopilados en las encuestas se clasificaron de la siguiente manera:

1.- MACROAMBIENTE.

1.1 Variables de salud.

-- Número de embarazos de la madre.

-- Lugar del parto.

-- Asistencia al parto del último hijo (medico o partera).

-- Condiciones de vivienda (indice de saneamiento doméstico obtenido mediante la calificación de las instalaciones sanitarias o elementos disponibles en el hogar: clase de piso, tipo de pared, presencia de animales y vectores de enfermedades, hacinamiento de personas adultas y niños.) etc.

-- Higiene personal de la madre.

Una vez que se obtuvieron los datos se tradujeron a valores bina-- rios y se ordenaron utilizando el método escalográfico de Guttman, con el cual cada factor medido se ubicó ordinal y acumulativamente por medio de - un valor numérico. El grado de confianza de esta ordenación escalográfica se estimó mediante el coeficiente Menzel de mensurabilidad en escala. El propio Gravioto es conciente de que "la cuestión de la validación sigue --- pendiente en el caso de la mayoria de las escalas, y algunos investigadores afirman sencillamente que lo que la escala mide depende del contenido manifiesto de los elementos de que se trate " (81), sin embargo en ningún momento se detiene a considerar el contenido manifiesto de los elementos que él esta incorporando al estudio. A fin de cuentas la ordenación escalar lo único que hace es distribuir los datos apropiadamente para analizar mediante - tabulación cruzada si las variaciones presentes en los valores de dos o más muestras difieren significativamente, los datos así ordenados pueden ser -- procesados con gran versatilidad mediante un programa de computación que arroje la probabilidad de variación por azar en valores de un coeficiente -- "gama",

Con todos los datos codificados y ordenados escalográficamente se - procede entonces a designar como variables dependientes a las variables alimentarias y al estado nutricional de los niños que integran la cohorte en - estudio El resto de los datos y sus combinaciones imaginables son consideradas como variables independientes y se somete a prueba de tabulación cruzada su correlación. La computadora en cuestión de segundos efectua los -- cálculos y arroja los índices de asociación en valores "gama", a partir de - los cuales se puede llegar a precisar que factores estan relacionados con algún estado nutricional y cuales aparecen por igual en diversos estados.

Hasta aquí todo ha sido solamente un ejercicio anodino de recopilar datos parciales, inadecuados e irrelevantes para comprender realmente el -- "ambiente social" de la comunidad "preindustrial", recogidos y codificados con los criterios más burdos y cargados con el sesgo ideológico del investigador. De su paso por el ordenador no puede esperarse que salga nada distinto a lo que entro, de acurdo al "axioma elemental" de la informática: si introducimos basura a su ordenador, basura saldrá de él.

Con las relaciones sociales de producción las que que determinan -- que una minoria se apropie de la parte sustancial de la riqueza social, --- mientras quienes la producen, las clases trabajadoras, tienen que arrastrar su explotación, hambre y museria. La condición de los explotados se expresa en cada acto de su vida cotidiana: en su nivel educativo, en las características de su habitación, en su higiene, etc. En todo aquello que Craviato registre en el entorno que tenga relación con la condición de explotados de quienes padecen la desnutrición, por mas mediatizado que sea el indicador, podrá captar su asociación, su coincidencia, su variación concomitante respecto a ésta. Así es como este autor encuentra que la desnutrición se - asocia con multiparidad, bajo nivel educativo, malas condiciones de vivienda, analfabetismo, no escuchar radio, baja estimulación cognoscitiva. Amparado en que estos resultados fueron procesados por una computadora, trasmuta la asociación en causalidad para llegar a concluir que:

> " Los resultados de este estudio corroboran la hipótesis de que las características del complejo familiar típico de - de las sociedades preindustriales es el fenómeno fundamental de los problemas de malnutrición de estas zonas como

son: las familias numerosas, la elevada paridad, el bajo grado de educación, el contacto mínimo con los conocimientos contemporáneos a través de los medios de información pública y el personal de salud, y las tradiciones fuertemente arraigada del modo de vida".(82)

El trasfondo social objetivo que subyace a la desnutrición es burdamente substituido por la visión de la ideologia burguesa de la sociedad capitalista de tal forma que la relación sociedad/ desnutrición altamente cuestionadora del sistema se disuelve en una serie de causas inocuas reduciendo toda la complejidad del fenómeno al ámbito de lo cultural, familiar, individual, etc. Con el vasto caudal de información recopilada en las comunidades a lo largo de varios años, Cravioto puede continuar obteniendo por tabulación cruzada correlaciones estadísticamente significativas que sirvan a los fines ideológicos que guían su investigación.

Con el tiempo es indudable que llegará a demostrar la hipótesis principal perogrullesca que ha servido de pretexto para volcar millones de dólares en este largo proyecto. Encontrará sin duda que la desnutrición y el ambiente poco estimulante de la miseria afectan la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de habilidades sensorio-motoras de quienes la padecen, cuantimás si para medir la variable dependiente se utilizan "test" psicométricos de contenido racista e imperialista. (83) Pero en el transcurso de esta investigación saldrán a relucir otros hallazgos celebrados con gran entusiasmo por el "pool" internacional de epidemiólogos de la desnutrición.

Cravioto pretende haber descubierto que "la presencia de desnutrición de tercer grado entre los niños de familias con alto riesgo está asociada con - un microambiente francamente inadecuado".(84) El recorrido que hace para llegar a esto es por demás ilustrativo como ejemplo de aberración epistemológica.

En el curso del programa de seguimiento, 22 de los 344 niños comprendidos en la cohorte de nacimientos presentaron desnutrición de tercer grado variando la edad en la que se presentó de los 4 a los 53 meses "estos casos ocu - rrieron, dice el autor, no obstante que todos los niños en la falange estudiada fueron examinados cada dos semanas, sus fallas de crecimiento identificadas, -- sus enfermedades infecciosas tratadas y se aconsejó a sus padres (quienes no lo hicieron) sobre la manera apropiada de alimentar y cuidar a sus hijos". "La estrategia para el análisis se enfocó en la comparación de la conducta de la ma-- dre hacia su hijo, antes de que éste desarrollara desnutrición avanzada, y la - conducta exhibida bajo circunstancias semejantes por madres de niños de edad similar, seleccionados de la misma falange de nacimientos, que nunca fueron diagnosticados como desnutridos avanzados y que fueron apareados caso por caso, por sexo, edad gestacional, estación del año al nacimiento, peso y talla al nacer." (85) La "investigación"consistió simplemente en programar al ordenador para que apareara, del resto de los niños de la cohorte en estudio, 22 casos en los que -- coincidieran los cinco indicadores señalados y luego comparar estadísticamente las diferencias observadas en la conducta de la madre observada durante el examen mensual de ejecución sensoriomotora que se practicaba al hijo. La conducta materna se registró y calificó mediante un perfil adaptado del instrumento diseñado en el laboratorio de psicología del Instituto de Salud Mental (EUA), de - claro corte conductista, que contiene 20 variables conductuales, calificadas cada una de ellas mediante una escala ordinal de siete declaraciones de conduc

ta (ver anexo). El resultado fue que para quince de estas variables existió una diferencia significativa de la conducta observada en las madres de ambos grupos. Este mismo procedimiento fue utilizado en la comparación con algunos de los otros indicadores micro y macroambientales. Para esta ocasión estos últimos se han agrupado en tres categorías: "en primer término, a los padres como organismos biológicos y sociales; en segundo lugar, a la estructura familiar y, en tercer lugar, a circunstancias objetivas de la vida, tales como fuente de ingreso familiar, ingreso per cápita y dotación sanitaria del hogar". (86)

Los resultados fueron los siguientes:

- No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las características consideradas de los padres: edad, peso, talla, número de embarazos, número de hijos vivos, higiene personal, alfabetismo o nivel educativo.
- Respecto a la estructura familiar se consideraron tamaño y tipo(nuclear o extendida) sin que hubiera tampoco asociación significativa.
- "El estado socioeconómico de las familias se estimó mediante el empleo de cuatro indicadores: fuente principal de ingreso familiar, facilidades sanitarias presentes en el hogar, ingreso anual per cápita y porcentaje del gasto total dedicado a la alimentación. Ninguno de estos cuatro indicadores se asoció significativamente con la presencia o ausencia en niños con desnutrición avanzada."
- Respecto al contacto con medios de comunicación masivos se evaluó en padres y madres alfabetos promedio de la lectura del periódico y "el uso sistemático de la radio" [sic] en el caso de

los analfabetas solo por éste último indicador. Se encontró una diferencia en el número de madres radio escuchas en el grupo -- control de tres a uno respecto al de madres de hijos con desnutrición severa. La diferencia entre los grupos fue significativa al nivel de confianza estadística del 5%.

La evaluación global del microambiente se hizo mediante el empleo del inventario ya referido; el psicólogo que los calificó no supo si pertenecían al hogar de niños bien nutrido o desnutridos. Excepto a los 18 meses, en todas las edades existió siempre una diferencia significativa en la estimulación en el hogar favorable a los niños que nunca presentaron desnutrición avanzada.

Con estos resultados cualquier investigador cuya honestidad y rigor científicos no estuvieran obnubilados por sus prejuicios ideológicos estaría obligado a preguntarse primero si sus indicadores fueron adecuados, - pero esta duda cartesiana ya no cabe en la mente de estos investigadores; - si la realidad queda fuera de sus indicadores peor para la realidad.

Sería lógico pensar que la desnutrición más grave se asocia con - los extremos de la miseria y los indicadores deberían dar cuenta de las diferencias de grado, reflejando la complejidad de factores que determinan el pauperismo. Otrashipótesis serían pensables en términos de que llegar a una desnutrición de tercer grado implica haber sobrevivido al paso por el primero y segundo y por tanto sería necesario explorar diacrónicamente a la desnutrición en interacción con la morbimortalidad, etc. En fin lo menos que - se podría hacer es documentarse acerca de quién más ha estudiado "las circunstancias objetivas de la vida" que determinan socialmente la desnutrición. Cualquier honesto investigador que lo hiciera por vez primera se sor-

prendería encontrar una amplísima literatura bien documentada sobre el tema publicada por editoriales y revistas de prestigio (87). Lleno de júbilo podría confrontar sus hipótesis, indicadores y modelos explicativos, enriqueciendo los propios al refutar o aceptar contribuciones de los ajenos.

Pero de lo que se trata en Cravioto es demostrar las conslusiones del 58 y nada más ésas. No bien acaba de arrojar el ordenador los coeficientes gama cuando ya tiene la conclusión: "Ninguna de las características consideradas como parte del macroambiente fue de utilidad para predecir la desnutrición avanzada. En contraste con lo anterior, el que la madre escuche radio, el nivel de estimulación disponible para el niño en el hogar y la conducta de la madre durante el examen, ayudaron sustancialmente a diferenciar familias con y sin niños gravemente desnutridos". (88)

Una vez que se ha llegado a esta conclusión violentando las mas elementales normas de rigor científico ya nada impide pasar, sin mediar ninguna consideración, a afirmaciones más aventuradas:

> "La alteración del microambiente del niño es un factor principal en la producción de los casos avanzados de desnutrición calórico-protéica. De acuerdo con esto, la prevención de los casos avanzados de desnutrición protéico-calórica puede ser posible a través de la manipulación del ambiente del hogar casi sin modificación en las condiciones macroambientales. Es obvio que los cambios en la estimulación del hogar y en la conducta de los padres no podrá prevenir la desnutrición leve o moderada, ya que ésta es debida precisamente al bajo status socioeconómico y cultural de la familia." (89)

El gran prestigio acumulado por Cravioto le va permitiendo sustituír cada vez más el rigor científico con su "autoridad moral". El papel tan importante que juega en el desarrollo y respaldo de un discurso acorde a las necesidades de quienes financian su proyecto va profundizando la fractura entre el componente científico de su investigación y el aspecto ideológico. Sus afirmaciones cada vez más se revisten de la ideología de la clase dominante y reclaman cada vez menos sustento"experimental".

De los cinco"descubrimientos principales" que se autorreconoce Cravioto los dos últimos los consuma con el alejandrino procedimiento de cortar el nudo de un solo tajo. Veamos sus preparativos.

De las 1,041 familias que habitan la "preindustrial" Tlaltizapan, Cravioto estudia aquella que tuvieron un hijo que naciera en el plazo de un año, las que sumaron 344 que se fueron reduciendo por muertes, migración, falta de cooperación, etc., hasta llegar a ser menos de 300. Como ya vimos Cravioto y su equipo, procedieron a considerar para efectos de estratificación social cinco clases distintas dependiendo de la ocupación del padre, recopilando el dato como pregunta cerrada en el formulario de la encuesta, a estas cinco "clases" (peón, ejidatario, arrendatario, pequeño terrateniente y artesano o profesional) se le agrega una sexta, la de "sin información". Aquí hay dos defectos favorables para los fines ideológicos de la investigación. El primero es el criterio arbitrario de una clasificación que funde y confunde en una sola "clase" a sujetos que presentan patrones específicos de desgaste y reproducción social disímbolos; por ejemplo, los tenderos, maestros, pequeños comerciantes, un arquitecto, un ingeniero y dos médicos coexisten pacíficamente en una sola clase y nada garantiza que

el medio millar de ejidatarios tengan por el sólo hecho de serlo una homogeneidad plena; por otra parte se puede dispersar en clases diferentes sujetos con un perfil de vida social similar; definir algo tan complejo como las interacciones sociales en base a la respuesta a una pregunta no es que digamos un sano procedimiento metodológico. El segundo defecto tiene que ver con la obvia inconveniencia de comparar poblaciones pequeñas ya que la diferencia existente debe ser muy elevada para que alcance significatividad estadística; no encontrar una p menor de 0.05 trabajando con muestras pequeñas obliga a aumentar el tamaño de la muestra pero no es la demostración de que no existe asociación.(90)

Cuando esta estratificación social se cruza con la frecuencia y gravedad de las patologías auditivas (que han disminuído notablemente a consecuencia de la práctica de revisiones periódicas otorrinilaringológicas y administración de tratamiento oportuno a la población infantil de la comunidad) no se encuentra diferencia significativa, de ahí que sin más se concluya:"La diferencia entre clase socioeconómica en la frecuencia y gravedad de otitis media y otros trastornos auditivos se cancela a igualdad de cobertura médica de contacto primario".(91)

Como ya es costumbre, el Doctor Cravioto no puede considerar que lo que se cancela es únicamente su burda estratificación y no las diferencias entre"clases socioeconómicas". No existe necesidad alguna que en un reducido espacio tan homogéneo y compartido como Tlaltizapán un estreptococo se detenga a considerar la ocupación del padre para tomar como hábitat la mucosa faríngea de un niño o para resistir al anillo beta lactámico del antibiótico administrado a éste. Por lo demás, la distribución desigual de

la salud enfermedad no se da en términos de una patología en particular: "es claro que el propio patrón social de desgaste y reproducción biológico determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera. En este contexto que habría que recuperar la no especificidad etiológica de lo social, e incluso del patrón de desgaste y reproducción biológico respecto a la enfermedad, ya que no se expresan en entidades patológicas específicas sino en lo que hemos llamado perfil patológico, que es una gama amplia de padecimientos específicos más o menos bien definidos." (92)

Ya que Cravioto ha "cancelado la diferencia entre clases socioeconómica" nada se puede interponer en su camino; sin mediar silogismo alguno, a puntoy seguido de lo citado, concluye brutalmente:

> "Esto lleva a cambiar el concepto epidemiológico tradicional desagregando la relación pobreza igual a enfermedad, y como consecuencia trascendente, la validación de la estrategia de atención primaria de salud a bajo costo".

Finalmente, todo este recorrido llega a su conclusión a mediados de la década de los setentas. Cravioto esta ya en condiciones de construir su modelo ecológico. Su discurso es contundente:

> "La malnutrición comunitaria es un desorden creado por el hombre, característico de los sectores menesterosos de la sociedad. Esto sucede especialmente en las sociedades preindustriales, en donde el sistema social, de manera consciente o inconsciente, origina individuos malnutridos de generación en generación, a través de una serie de meca

nismos sociales entre los que desempeñan un papel primordial la limitación del acceso a los bienes y servicios, la restricción de la movilidad social, y la escasez de oportunidades para adquirir experiencia en momentos cruciales de la vida.
En una sociendad donde la aplicación sistemática de la tecnología moderna es mínima o nula, hay un sector de la población que tiene escaso poder adquisitivo a causa de la limitación de sus ingresos. La falta de excedentes de reserva limitará la inversión en la sanidad ambiental, lo que, a su vez, mantendrá en el grupo de los conceptos tradicionales acerca de la sanidad y las enfermedades. Este concepto precientífico del papel de los alimentos en la producción de enfermedades, produce la reducción del tipo y cantidad de alimentos que se permite consumir a un niño de corta edad. Este último paso será, pues, causa de la malnutrición.
Una segunda vía, iniciada con la falta de excedentes, induce al abandono prematuro de la escuela en un intento de aumentar el poder adquisitivo de la unidad familiar. La consecuencia de este abandono prematuro de la escuela será el analfabetismo o, por lo menos, la disminución de las oportunidades de recibir suficiente información, lo que crea un efecto de retroacción por lo que se refiere al atraso tecnológico y a la persistencia de conceptos primitivos sobre sanidad y enfermedades.
A su vez , el abandono prematuro de la escuela hace que la sociedad otorgue el papel y estado de adulto a un grupo de individuos en edad inferior a la que tendrían que haber alcanzado para llegar a ese reconocimiento en caso de haber se--

guido siendo discípulos. Esta entrada precoz en la consideración de adulto conduce al aumento de las posibilidades de casamiento en una edad más temprana, y a que igualmente la esposa carezca de instrucción, multiplicándose así los riesgos de que aumente el número de hijos procreados, la insuficiencia de la puericultura y la frecuencia de enfermedades y malnutrición.

Una tercera vía, tiene por lo menos dos puntos distintos de partida. Uno podría considerarse como una ramificación de la persistencia de los conceptos -- primitivos de sanidad y enfermedad, que da por re-- sultado un conocimiento insuficiente de las necesidades higiénicas del niño. Esto a través de una cadena de situaciones antihigiénicas en la comunidad y en el hogar, conduciría al deficiente aseo de la madre y a una mayor frecuencia de procesos infec-- ciosos en el niño, que, directa o indirectamente, producen la malnutrición.

El otro punto de partida es el vínculo entre la insuficiente atención que recibe el niño en la familia de gran tamaño y poca educación y el ciclo de higiene defectuosa. El incremento en morbilidad así generado aumenta los gastos en servicios de salud ac -- tuando como retroalimentador del bajo poder adquisitivo." (93)

Este discurso, representado como una serie de círculos viciosos (ver figuras 1-4) es invocado para sustentar los "tipos de programas para combatir la desnutrición infantil"(94) que propone Cravioto y que no son sino un dechado de puerilidad y oportunismo(ver cuadro 1). Estos círculos, viciosos de contenido y forma, no son sino una vez más la expresión de la cir-

cularidad tautológica que ha recorrido esta línea de investigación. Quienes han estado al frente de ella no pueden eludir la responsabilidad de haber - puesto todo su talento al servicio de un imperialismo que reduce a la miseria a gran parte de la humanidad y produce año con año cuarenta millones de muertes por hambre. Han querido ocultar la real determinación social de la desnutrición construyendo una epidemiología de la miseria y no han logrado más que construír una epidemiología miserable.

En resumen, podemos caracterizar a esta línea como una práctica política e ideológica medicalista de mistificación del fenómeno social hambre-desnutrición bajo una orientación proimperialista. La conclusión existe desde un principio y todo el recorrido de la investigación epidemiológica está orientadoa seleccionar variables e interpretaciones, por más absurdas que - éstas sean, para llegar "a fortiori" a dicha conclusión.

FIGURA 1

INTERRELACION ENTRE FACTORES BIOSOCIALES Y BAJA GANANCIA DE PESO

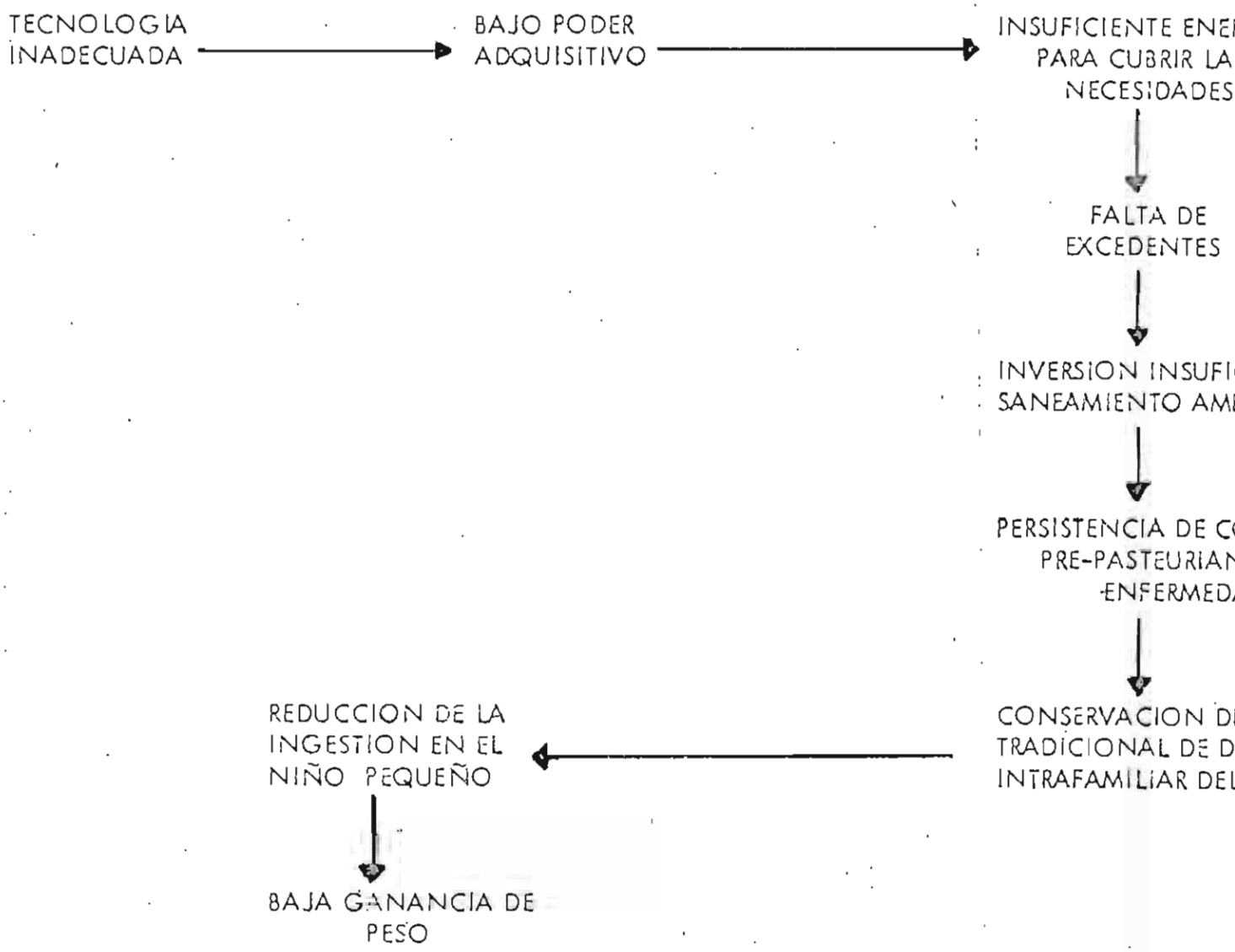
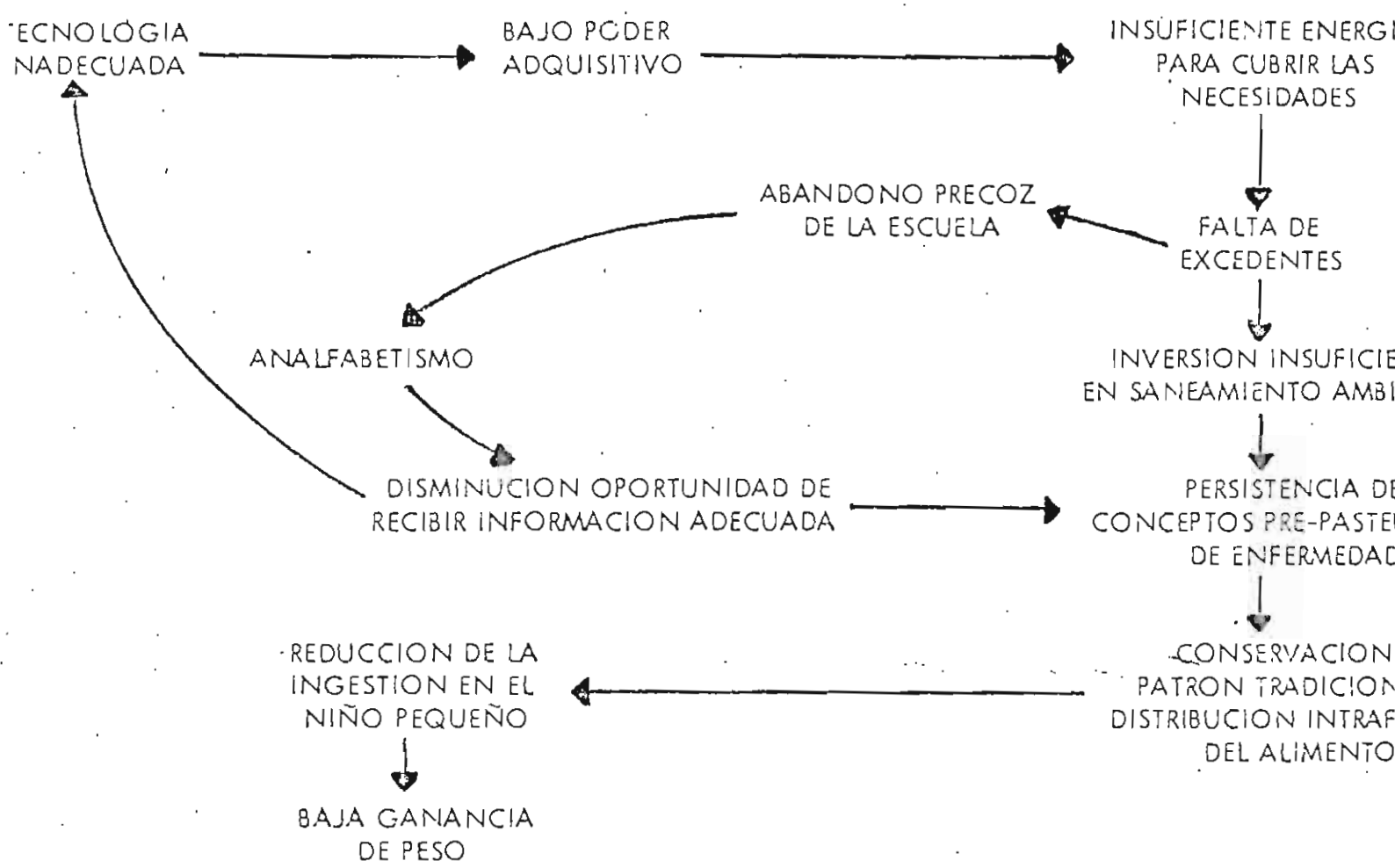


FIGURA 2

INTERRELACION ENTRE FACTORES BIOSOCIALES Y BAJA GANANCIA DE PESO



GURA 3. INTERRELACION ENTRE FACTORES BIOSOCIALES Y BAJA GANANCIA DE PESO

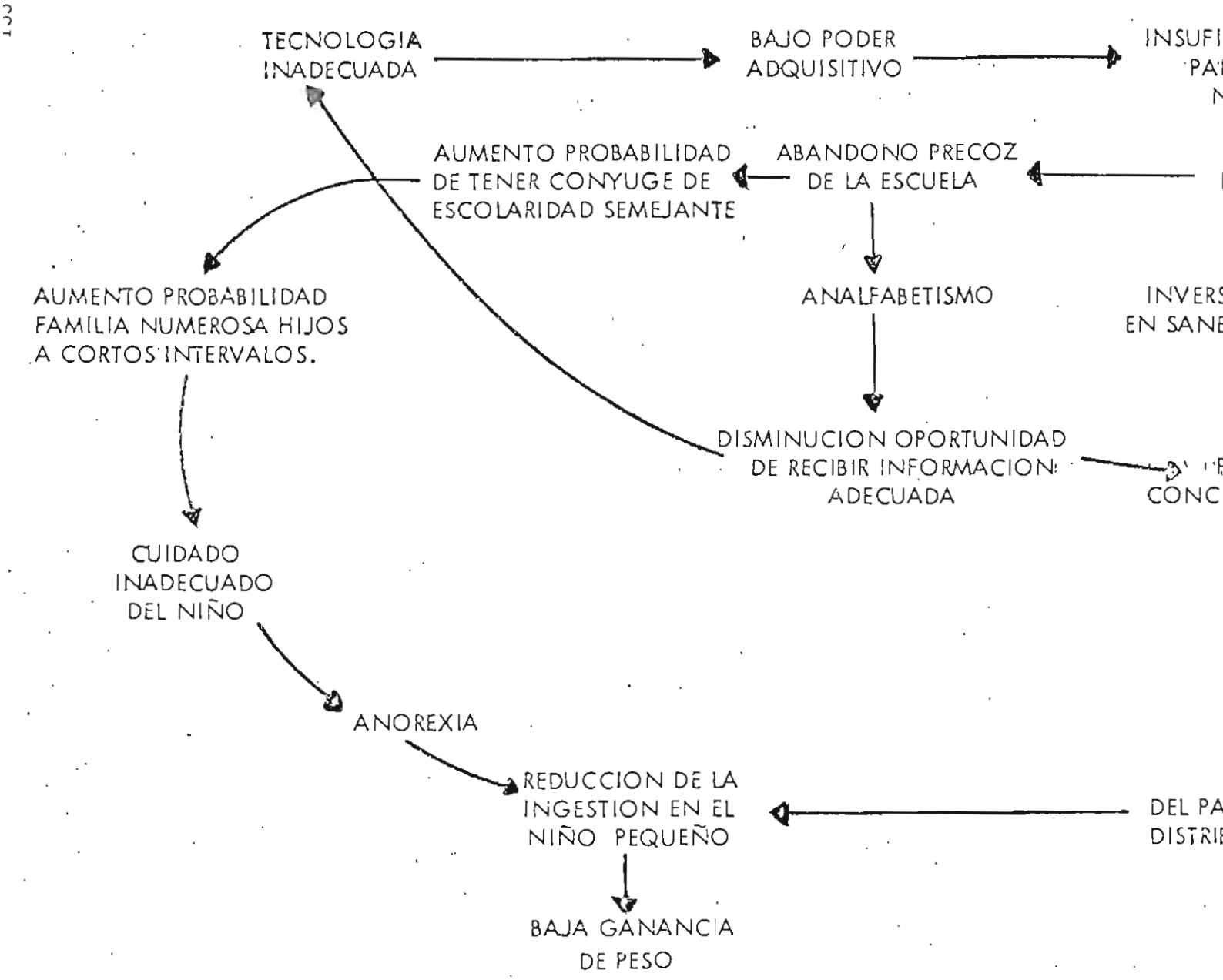
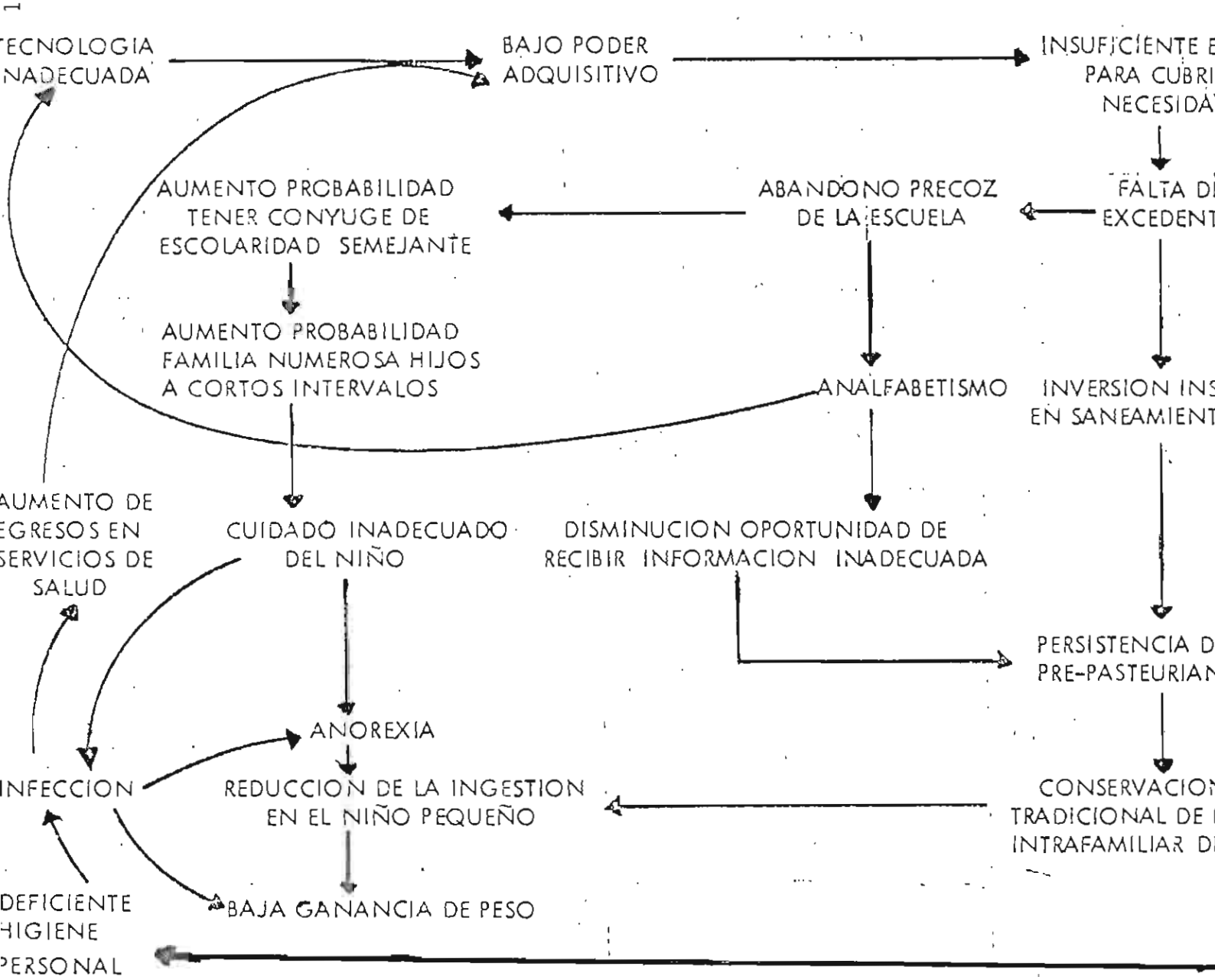


FIGURA 4

INTERRELACION ENTRE FACTORES BIOSOCIALES Y BAJA GANANCIA DEL PESO



CUADRO 1

NIVELES DE ACCION DE CIERTOS TIPOS DE PROGRAMAS PARA COMBATIR LA DESNUTRICION INFANTIL

NIVEL	CAUSA	TIPO DE PRO
NIÑO	INGESTION INSUFICIENTE DE ALIMENTOS (CANTIDAD Y CALIDAD)	SUPLEMENTOS ALI
MADRE	CONOCIMIENTOS INSUFICIENTES DE LAS NECESIDADES DEL NIÑO (NUTRICIONALES Y NO NUTRICIONALES)	EDUCACION
FAMILIA	INSUFICIENTE PODER DE COMPRA	AUMENTO NIVEL REDISTRIBUCION D TRABAJO
COMUNIDAD	ETAPA PRE-INDUSTRIAL DEL DESARROLLO ECONOMICO	TRANSFERENCIA D CARTA DE DERECH CIONES ECONOM PAISES.

2.4. La investigación desarrollada por el Instituto Nacional de la Nutrición.

2.4.1. El Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Por la época en que iniciaba sus actividades el HIM, Salvador Zubirán organizaba el equipo de trabajo que formaría la base médica del futuro Hospital de Enfermedades de la Nutrición (HEN). "De esos médicos todos jóvenes, unos habían hecho estudios de posgraduación en el extranjero y ya comenzaban a destacarse en sus distintas especialidades, otros apenas contaban con dos o tres años de haber concluido sus estudios profesionales... por lo cual fueron enviados fuera del país para adiestrarse en aquellas ramas que se consideraban más ligadas con la nutriología clínica" (95). En 1944 un decreto de ley avala la creación del HEN como institución jurídicamente autónoma. El 12 de octubre de 1946 inicia sus actividades oficalmente contando sus instalaciones con capacidad para 1,000 consultas mensuales y 92 camas de hospitalización, y una estructura de cuatro departamentos (cirugía, Patología, Radiología y Laboratorio) y tres gabinetes (Metabolismo, Electrocardiografía y Estomatología) a más de Banco de Sangre y Oficina de Dietología. En toda la estructura del HEN no encontramos ni entonces ni ahora asomo alguno de relación con la desnutrición y es que aunque parezca juego de palabras, la "enfermedad desnutrición" no forma parte de las "enfermedades de la nutrición". Se trata de conceptualizaciones diferentes a pesar de la paronimia.

La nutriología empezó a cobrar vida desde 1911 cuando Funk logró aislar cristales de cierta sustancia de llamativas propiedades a la que dio el

nombre de vitamina. Poco a poco, los descubrimientos bioquímicos daban cuenta átomo a átomo del comportamiento metabólico del organismo. La fusión de la - química con la biología fue realmente un suceso que conmocionó a la comunidad científica e hizo abrigar esperanzas de que muchas enfermedades podían ser comprendidas y remediadas corrigiendo la alteración metabólica. Cuando Banting y Best en 1922 extrajeron el principio activo hipoglucemiante del pancreas y lo inyectaron a Leonard Thompson obteniendo una espectacular remisión de su - cuadro diabético se prudujo una revolución similar a la de Pasteur con su vacuna antirrábica. En 1926 Jansen y Donath aislaron a la tiamina de la cascarilla del arroz y a partir de 1933, los médicos informados no podían dar crédito a las maravillas que aparecían ante sus ojos: Embden y Meyerhof, cada -- uno pos su cuenta, habían desentrañado los misterios de la fermentación y era posible saber que el pirofosfato de tiamina era necesario para la descarboxilación y deshidrogenación del ácido piruvico para transformarse en acetaldehido, con lo cual todos los microorganismos presentes en los alimentos farináceos quedaban exculpados para siempre de ser causantes del beri-beri; multiples enfermedades encontraban su explicación como trastornos metabólicos. Así como se formó una mentalidad microbiologicista, se forma una mentalidad "nutriologista" que pretende encontrar al fin la "verdadera" causa de las enfermedades en el metabolismo, ya fuera por una alteración "intrinseca" o bien porque todo agente patógeno externo tiene que alterarlo para producir la enfermedad (96).

Es obvio que la desnutrición, el no nutrirse, queda como una especie perogrullesca que no encuentra cabida en un hospital de enfermedades de - la nutrición.

El HEN desde su fundación tuvo un nivel de excelencia y su prestigio fue en aumento hasta llegar a ser considerado, junto con el Instituto Nacional de Cardiología, la mejor institución Médica del país. Su campo de acción fue creciendo a medida que los diversos tipos de enfermedades orgánicas eran mejor comprendidas en términos de alteraciones metabólicas. Así a los departamentos preexistentes se agregaron el de Fisiología Clínica, con jurisdicción sobre la Unidad Metabólica, previamente creada, el de Medicina Nuclear, del que se hizo depender el Laboratorio de Radioisótopos...; el de Genética y el de Inmunolo-- gía... y se crearon las residencias en Patología, Radiología, Medicina Nuclear, Diabetología, Nutriología y Cirugía" (97). Este proceso de Hipóstasis de la - nutriología llevó paulatinamente al abandono del concepto de "enfermedades de la nutrición" y estas fueron quedando ubicadas específicamente dentro de alguna especialidad médica con lo que el término nutriología adquirió nuevamente - un sentido restringido ya no como el estudio general del metabolismo, sino exclusivamente de los mecanismos de digestión y utilización de los nutrientes.

Así fue como el HEN se fue desarrollando, de hecho, como un hospital de Especialidades de alto nivel dedicado al manejo de los padecimientos del -- sistema endócrino y afines, empleando para ello todos los recursos de la genética, la inmunología, la hematología, la medicina nuclear, la cirugía, etc.

Es cierto que de los dieciseis trabajos de investigación publicados por Zubirán en los diez años siguientes a la Fundación del HEN, cinco hacen referencia a la desnutrición; Sin embargo, tres de ellos son el realidad versiones diferentes de un mismo artículo en relación con las alteraciones endocrinológicas producidas en la desnutrición (98), uno más revisa las manifestaciones

clínicas de la desnutrición en el adulto [99] y el último reporta las alteraciones hepáticas sufridas por alimentación deficiente.[100] Las conclusiones a las que llega Zubirán en relación a la desnutrición del adulto no hacen sino repetir las de Gómez respecto a la del niño: "A pesar de las distintas manifestaciones que se pueden encontrar por el aporte insuficiente de nutrimientos, solo hay una enfermedad, la desnutrición, que fisiológicamente da lugar a muy distintos síndromes, causados por la predominancia de una serie de signos mas bien cirunstanciales de acuerdo al órgano que predominantemente afecte la carencia" [101].

Al igual que la IED desarrollada por el equipo del HIM, la generada en el INN se origina partiendo del supuesto ideológicamente construido de que los especialistas médicos, por tratarse del estudio de una enfermedad, tienen la máxima autoridad intelectual y moral para llevarla a cabo. El caso del INN es aún más pintoresco en cuanto que el HEN no contaba con su experiencia, el manejo de pacientes desnutridos a diferencia del HIM. Es casi seguro que si su nombre hubiera sido otro más apropiado, en el sentido moderno de su campo de atención a los trastornos metabólicos-endocrinológicos, ni toda la habilidad política de Salvador Zubirán hubiera bastado para lograr que se le asignaran los recursos para estudiar epidemiológicamente la desnutrición. Un Instituto Nacional de Endocrinología tendría tanto derecho como uno de cardiología para desarrollar la IED.

Zubirán sabía lo que decía cuando afirmaba "perdón por mi inmodestia pero mi hospital es el mejor. Quien tenga campanas que las suene". Hábil político, tuvo la capacidad de comprender los requerimientos del aparato de

Estado a las instituciones médicas en momentos en que se avisoraba una crisis política como la que ya sacudía a varias naciones del continente. Las condi-- ciones miserables de la población amenazaban provocar un estallido y era preciso reforzar los mecanismos de legitimación-consenso del Estado; era tambien necesario introducir cierta racionalidad real y formal de las políticas ali-- mentarias, detectar el nivel nutricional de la población en las diversas re-- giones, ubicar puntos de conflicto, etc, y al mismo tiempo ocultar el trasfondo social del hambre y presentar al Estado como benefactor. Zubirán tenía las campanas y las supo tañer con sonoridad. Tenía el mejor hospital del país y además con el nombre que se prestaba hecho a la medida para adosar todo el --- prestigio ganado, y el otorgado ideológicamente a la medicina, a las investigaciones requeridas por el Estado sobre las condiciones de nutrición prevalecientes en el país. La institución médica ganaba por su parte, un mayor prestigio, poder, influencia y un aumento sustancial en sus recursos financieros, tanto los otorgados por el gobierno y la iniciativa privada, como por las fundaciones Rockefeller, Kellogg, Werner Gren, Jenkins, etc.

En 1958 "el gobierno decidió que el Instituto de nutriología, hasta entonces dependencia de la SSA, dedicado al estudio de problemas de nutrición que afectan a la población mexicana,se fusionara con el HEN. De esta unión - surgió el Instituto Nacional de la Nutrición que extendió sus funciones a toda la República, ahora con la modalidad de estudiar también las condiciones - de nutrición del pueblo y los daños que causa la alimentación deficiente y defectuosa en el medio rural mexicano." (102)

"El recien creado INN, envió nutriologos y bioquímicos para especia-

lizarse en el extranjero. Con ellos, una vez que adquirieron el entrenamiento necesario, se realizaron múltiples encuestas en todo el país" (103).

La incorporación de Nutriología al HEN había sido mas formal que -- real. Por una parte éste mantuvo inmaculada su estructura de hospital de especialidades sin guardar más relación con su contraparte, la Dirección de Nutrición Nacional (posteriormente corregido su nombre a División de Nutrición), que el uso común de "un bien dotado laboratorio de bioquímica destinado a la investigación científica"(104). La Dirección de Nutrición Nacional, por otra parte, no fue simplemente la incorporación del viejo Instituto de Nutriología, sino que fue de hecho una creación"ab ovo"de Zubirán (105).

Todavía en el sexenio de Ruiz Cortines y en visperas de la designación del candidato oficial a la presidencia, como una actividad meritoria, el entonces Secretario de Salubridad y Asistencia, Ignacio Morones Prieto, impulsó el proyecto de construcción de un Centro Médico Nacional que vendría a sustituir al vetusto Hospital General de la SSA. Zubirán, allegado a este pre-- candidato, había logrado la aprobación de que en el proyecto se incluyera la construcción de un esplendido edificio que sería la nueva sede del flamante - INN, varias circunstancias habrían de posponer la mudanza.

A fines de la década de los cincuentas una intensa movilización popular es aplastada por el Estado recurriendo a una brutal represión. El triunfo de la Revolución Cubana puso en estado de alerta al imperialismo y le indujo a planear una estrategia en América Latina para enfrentar la insurgencia - popular no sólo en el plano militar sino también canalizando financiamiento -

externo para emprender obras públicas que satisfacieran algunas de las demandas elementales de la población. En Punta del Este, Uruguay, en año de -- 1961, se formalizará a nivel continental el compromiso de realizar la inter-- vención del Estado en el campo de la salud mediante la planificación del sector "como forma de impulsar el desarrollo socioeconómico de la región"(106).

En México esto se manifiesta en una serie de reestructuraciones en las instituciones de salud en respuesta a las movilizaciones populares, aún - antes de la reunión de Punta del Este: A principios de 1960 se expide el de-- creto ley que transforma la antigua Dirección de Pensiones en el ISSSTE poco después de la histórica huelga de los maestros del SNTE; El movimiento obrero sacudido por las luchas ferrocarrileras y mineras, trata de ser mediatizado - extendiendo considerablemente la prestación de los serviciosmédicos del IMSS con el traspaso del Centro Médico a su jurisdicción en enero de 1961; el monto obtenido por dicho traspaso posibilita a su vez que la SSA financie la - - construcción de centenares de centros de salud y hospitales rurales en momentos que "la tasa de crecimiento de la agricultura declinaba constantemente y el empeoramiento de las condiciones de vida, en algunas zonas rurales del --- país, aceleraba la migración del campo a las ciudades"(107), y el recuerdo de la guerrilla jaramillista inquietaba a la clase dominante.

A más de estos motivos hay que tomar en cuenta los vaivenes de la - política nacional. La designación de López Mateos como candidato del PRI a - la presidencia se da en medio de una dura pugna que culmina con la derrota -- del santismo (el grupo de Gonzalo N. Santos)que impulsaba la candidatura de - Morones Prieto. Una vez asumida la presidencia, López Mateos, desmantelará -

los proyectos del anterior ministro de salubridad, tanto por motivos de racionalización de los servicios de salud como por motivos de disputa política. El edificio destinado originalmente al INN, se destina con todo el tacto político y la atingencia ideológica posibles a la noble tarea de prestar atención - médica a los hijos de la clase trabajadora. Al frente de este nuevo Hospital de Pediatría se designa nada menos que a Federico Gómez, exacerbando una rivalidad institucional que se expresará, por ejemplo, en la ignorancia mutua de los méritos de sus investigaciones en el campo de la desnutrición a pesar de la similitud de ambas: salvo contadas excepciones, no encontraremos referen-- cias bibliográficas del otro grupo en los artículos de autores pertenecientes a alguno de ellos.

Zubirán sabrá aguardar pacientemente y se concentrará en mantener - la excelencia del HEN y desarrollar una investigación epidemiológica de alta calidad, con una orientación diferente a la desarrollada por la línea originada en le HIM, hasta que el péndulo político apunte de nuevo a su favor.En los primeros días de septiembre de 1964, las sutiles ironías del sistema político mexicanos se manifiestan una vez más: Ignacio Morones Prieto es nombrado Director General del IMSS. El 17 de noviembre de 1970 el INN inauguraba su nueva sede, obra magna de ingeniería dotada con el más moderno y completo equipo.

Sin duda el caracter del INN de ser organismo autónomo estrechamente vinculado con el aparato del Estado ha conferido a su IED características especiales que reflejan justamente las contradicciones que articulan a éste con la sociedad civil.

2.4.2. Encuestas nutricionales e investigación epidemiológica.

El recorrido paralelo y convergente seguido por el HIM y el HEN tiene sin duda un punto de quiebre cuando ambos emprenden el estudio epidemiológico de la desnutrición. El primero, como ya vimos, se ve exigido a una labor de ocultamiento mediante la ideologización medicalista del fenómeno - colectivo hambre-desnutrición. El segundo, por el contrario deberá generar un conocimiento práctico acerca de la situación nutricional del país y, por tanto, deberá exigirse un componente de objetividad tanto descriptivo como interpretativo de los condicionantes del proceso, hambre-desnutrición; sobre esta base se montarán las interpretaciones ideológicas medicalistas, - pero no guiarán por sí mismas la IED y, por el contrario, el reconocimiento de losprocesos sociales llegará a neutralizar en alguna medida a los prejuicios médicos.

La investigación del INN en el campo de la situación nutricional del país se inicia en 1958 con dos tipos de actividades: 1) las encuestas - nutricionales efectuadas en 21 comunidades de 15 regiones importantes del - país y 8 zonas urbanas del Distrito Federal hasta 1963. Consistieron en el estudio general de cada comunidad abarcando aspectos económicos, sociales, culturales y sanitarios, y el estudio de una muestra obtenida al azar de - 20 a 50familias, que comprendía el examen clínico y de laboratorio de todos sus miembros así como el estudio cuantitativo y cualitativo de la alimentación y factores relacionados con ella, como técnicas culinarias, prejuicios, hábitos, destete, etc.; y 2) elaboración de hojas de balance so--

bre la disponibilidad de alimentos en las que se procuraba presentar para - cada alimento específico su volumen de producción, importación, exportación, merma, uso industrial, promedio de consumo por habitante y valor nutritivo, todo ello a nivel nacional.(108)

Enlo general estas primeras encuestas nutricionales se dedican a la descripción bajo guión de un conjunto de circunstancias que concurren en las comunidades, sin que medie un análisis crítico del significado del dato. No siemprese evalúa la calidad del instrumento de recolección, por lo que el sesgo de muchos de ellos es considerable; los datos socioeconómicos no son sistemáticos en la mayoría de los casos y presentan una gran subjetividad y superficialidad, el aspecto médico-nutricionista ocupa la mayor extensión de las encuestas y en muchos casos permea la percepción de los investigadores sobre la naturaleza de las condicionantes del estado nutricional de la población: sin conocimiento alguno de la complejidad de los procesos culturales al llenar el guión de investigación, que así los cataloga, no pueden ver más que prejuicios y tabúes en las costumbres ancestrales de la población; sensibilizados por la convivencia con la miseria, frecuentemente coexistiendo en un ambiente natural pródigo con la enorme riqueza de unos cuantos, no dejan de consignar en los comentarios la mala organización social y la injusa repartición de la riqueza, pero tampoco escapan a la ilusoria esperanza de que las instituciones sociales, escuelas y centros de salud "serán elementos fundamentales para combatir directamente las principales causas de la - malnutrición. Sólo a través de clínicas infantiles se mejorará la dieta delos niños, actualmente restringida por prejuicios y tabúes."(109)

Sin duda fue importante la incorporación de sociológos, antropólogos y economistas a la investigación epidemiológica. Desde un inicio gentes como Guillermo Bonfil Batalla y Juan Ramírez orientaron la investigación -- por la vía de un reconocimiento serio de los aspectos socioeconómicos de la desnutrición. Esto se expresa en la elaboración de las hojas de balance sobre disponibilidad de alimentos, en las que, a pesar de lo variado y contradictorio de sus fuentes de información, su acopio y ordenamiento así como - el procesamiento metodológico y cuestionamiento crítico de su calidad giran alrededor de la necesidad de contar con una visión objetiva de la situación alimentaria a nivel nacional. Esto no obsta, por supuesto, para que se introduzca en las hojas de balance el discurso legitimador del estado, especialmente del aparato de gobierno y de las tendencias capitalistas de penetra-- ción en el agro:

> "Desde luego se piensa que es necesaria la planeación a nivel nacional con respecto a la alimentación. La política de "disponer suficiente maíz" para que la clase pobre no sufra de hambre aguda, tendrá que ir desapareciendo para dar su lugar a una política que tienda a aumentar la disponibilidad de los alimentos más necesarios y a mejorar su distribución. De esta manera la idea revolucionaria del gobierno de erradicar la insalubridad y la miseria podrá ser una realidad."(110)

Dentro del guión de investigación de las encuestas nutricionales se pedía evaluar las condiciones para desadrollar un programa de me-

joramiento nutricional en la comunidad y el efecto que tendría. Encontramos en este rubro una gran diversidad de opiniones, la mayoría en favor de la - implementación inmediata de tal programa, pero en otras se ve ya la acción- de los científicos sociales, pues se reconoce que el impacto de un programa de mejoramiento nutricional sería nulo si no se trasforman primero las condiciones socioeconómicas.

Tras evaluar las primeras encuestas se decidió que la mejor re -- gión para implementar un programa de mejoramiento alimentario era el Municipio de Sudzal, Yucatán; por entonces este Estado era una de las tres últimas regiones del mundo en donde la pelagra era endémica. En lo que sería una de las últimas intervenciones directas de Salvador Zubirán en el campo de la investigación de la desnutrición, se procedió a elaborar en 1960 un ambicioso programa de alimentación rural para esta región. Que perseguía tres objetivos: 1) experimentar diversos procedimientos para el mejoramiento de la alimentación rural; 2) establecer principios fundados en el experimento que pudieran ser utilizados en las zonas rurales del país para mejorar la nutri-- ción, y 3) determinar sistemas de evaluación de estos programas. Las actividades se abarcarían, según el plan piloto seis aspectos: 1) fomento de la - producción local de alimentos (avicultura, apicultura, huertos familiares, etc.) ; 2) introducción de nuevos alimentos en las dietas locales; 3) enriquecimiento de la masa de maíz y harina de trigo que se consumían en la zona; 4) educación sobre nutrición; 5) atención médica y sanitaria, y 6) aprovechamiento de recursos para el mejoramiento de la economía local.(111)

Todo parecía tan fácil. La población era de tan solo mil quinientos habitantes; educando a la población produciría más alimentos y abandona

ría los prejuicios y creencias que daban lugar a malos hábitos alimentarios, la pelagra se eliminaría convenciendo a la gente que no lavara en exceso el nixtamal y enriqueciéndolo con niacina. Se contaba con un presupuesto suficiente y en un plazo de cinco años pensaban obtenerse buenos resultados.

Pero la realidad tozuda se negó a someterse a la acción del INN. El proyecto había hecho abstracción del sistema de relaciones de propiedad y poder político que condicionaban el patrón de reproducción social en la región y al estado nutricional como reflejo de este.(112) Las acciones para el fomento de la producción y mejoramiento de la economía local se quedaron en el papel y el resto no tuvo mayor efecto. Los programas de educación nutricional presentaron un alto índice de deserción y quienes se interesaron en ellos no dejaron de observar "estamos aprendiendo algo nuevo, todo esta bueno, sólo nos falta dinero", "no se puede mejorar la nutrición con los 15 pesos que recibe cada ejidatario semanalmente".(113) Lo que parecía ser algo tan sencillo y eficaz como erradicar la pelagra mediante la educación y la adición de niacina a los alimentos presntó dificultades insospechadas:

> "El diseño experimental fué difícil, puesto que para tener un suficiente número de casos de pelagra aguda se necesitaban núcleos de población muy grandes, lo que daba potencia al modelo estadístico, pero también se tenía el riezgo de perder el control de comunidad, lo que acabó por suceder, pues en el momento que se realizó la evaluación final hubo una serie de trastornos sociales en la región, - lo que los campesinos llamaron "huelga ejidal", que entorpeció la colaboración del proyecto con dos de las comunidades.[...] El programa educativo dirigido a modificar -

la técnica de preparación del maíz para tortillas sólo fué eficaz en la mitad de las familias [...] el programa de enriquecimiento... no fue efectivo, lo que se mostró en el hecho de que la comunidad que sólo tuvo la adición de niacina en los molinos de nixtamal sufrió la epidemia de pelagra en la misma forma que la comunidad testigo[...]varios de los molineros no adicionaban los polvos al agua de nixtamal, sino que comercializaron con ellos porque conocieron de su valor curativo contra la pelagra y desafortunadamente en los meses de la investigación escaseó el ácido nicotínico en los servicios médicos. Esto favoreció una especie de "mercado negro" de la niacina. Por último durante la evaluación final se supo que muchas de las gentes más pobres de las comunidades, o sea los pobres dentro de los pobres, que son los más susceptibles a la pelagra, con frecuencia no tiene las monedas necesarias para moler en el molino comunal y con frecuencia procesan su propio maíz en las casas." (114)

Veinte años después el sureste mexicano continúa siendo una de las tres zonas endémicas de pelagra en el mundo.

Las encuestas nutricionales siguen siendo hasta la fecha una labor sistemática que no se ha interrumpido. Entre 1963 y 1974 se efectuaron otras veinte encuestas en toda la república básicamente con la misma metodología(115).

De este año hasta 1979 se efectuaron otras encuestas ya no con criterio de población regional, sino dirigidas hacia "grupos especiales": lactantes, - preescolares, escolares, mujeres embarazadas y en lactación, obreros, atletas, etc.(116) En 1979 participó en una amplia encuesta nacional bajo el -- auspicio del "Sistema Alimentario Mexicano" dirigida a las diversas comunidades previamente estudiadas y algunas otras seleccionadas.(117) También en este año se realizó un estudio nutricional y de salud en la zona del golfo(118).

Después del fallido intento del programa en Sudzal, todavía ha habido otros intentos, pero los resultados, como era de esperarse han sido pobres. A pesar de ello, se encuentra su justificación con el argumento de que la leve mejoría puede ser la diferencia entre la desnutrición moderada y la severa y, en consecuencia, entre la vida y la muerte de algunos niños de la comunidad.(119) A pesar de estos resultados desalentadores, la División de Nutrición del INN se ha visto compelida a validar y a apoyar los múltiples programas oficiales que sexenio a sexenio pretenden en vano enfrentar el -- creciente deterioro del estado nutricional de las capas populares.

En mayo de 1961 el poder ejecutivo acordó la creación del Programa Nacional de Alimentación que tenía, declarativamente entre sus funciones"elaborar un diagnóstico del estado nutricional de la población y coordinar la formulación e instrumentación de políticas, programas y proyectos, dentro de la política económica general del país para satisfacer las necesidades nutricionales de los mexicanos".(120) El programa no llegó a funcionar como ente autónomo, pero el INN era ya el ejecutor natural de la primera de estas funciones y experimentaba sin éxito la formulación y aplicación de programas. El gobierno por su parte, a través de los organismos propios tenía forzosamente que recurrir a la implementación de acciones para "satisfacer las ne-

cesidades nutricionales de los mexicanos" no tanto con el ingenuo propósito de lograrlo, sino como mecanismo de legitimación. Cualesquiera que fueran los resultados experimentales del INN, el IMPI, la CEIMSA, la SSA y otros organismos aplicaban programas de mejoramiento alimentario, y se exige de aquél que los valide con su autoridad. El resultado es que se produce una esquizofrenia en el discurso del INN: de una parte, como aparato de estado validara una tras otra las acciones de la política alimentaria del gobierno, con argumentos sobre la relación sociedad-nutrición idénticos a los de Cravioto, y por otra parte, como producto de su labor de investigación, varios de sus miembros irán comprendiendo la verdadera naturaleza de esta relación y llegarán a generar un discurso crítico.

El primer tipo de discurso encuentra su vocero inmejorable en Zubirán, quien promueve activamente la participación del INN en el centro de los programas alimentarios del estado. "Desde 1963, en una de las reuniones que en aquel tiempo celebraban los comités de planeación del PRI, Zubirán propuso...la necesidad de establecer una política nacional de nutrición y llevó ya una proposición concreta y detallada del sistema de trabajo; a pesar de ello, en aquella ocasión, su idea no prosperó".(121)

Con el cambio de sexenio, Zubirán habrá de insistir en la IV Asamblea ordinaria del PRI sobre la necesidad de un programa nacional para el mejoramiento de la nutrición su argumentación es por demás ilustrativa:

> "La mala nutrición forma parte de un círculo vicioso en el que intervienen multitud de factores de índole económica y cultural íntimamente relacionados entre sí.
>
> El círculo vicioso primario se explica como sigue: la

desnutrición causa poca capacidad de trabajo. Esto condiciona baja productividad e ingreso, los que a su vez limitan el nivel de consumo.

Un análisis más detallado de este círculo vicioso muestra que en él intervienen muchos factores de - importancia decisiva: La cultura que con frecuencia tiene componentes que son un lastre para el progreso. La falta de educación tecnológica que dificulta el rendimiento en el trabajo. Problemas de mercados. Gran crecimiento demográfico. Irregularidad en la - tenencia de la tierra. Falta de capitales para producción, etc." (122)

El programa que se propone no es otro que las actividades que ya está desarrollando el estado y lo único que reclaman en su coordinación:

" Ya se realizan acciones valiosas, como la que desarrolla el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, que beneficia a considerable número de niños en la importante edad del crecimiento; la labor que desarrolla "CONASUPO", valioso instrumento para promover la producción de alimentos de consumo popular y darles adecuada distribución. Es importante y significativo el esfuerzo que se realiza para incrementar la producción agrícola y ganadera. Los programas que se llevan a cabo para mejorar el ambiente y las condiciones de salud pública, y la constructiva

labor que realizan otras dependencias del gobierno, que en diferente forma contribuyen a resolver el -- problema que consideramos en este momento. Acciones todas altamente benéficas, pero que reclaman el eslabonamiento, la coordinación de unas con otras para buscar un objetivo común, a través de programas de - largo alcance."(123)

Esta línea discursiva llegará finalmente a hacerse indistinguible de la de Cravioto. En la Sexta Conferencia de las Américas sobre la mala nutrición como factor en el desarrollo[sic]celebrada en 1969 Zubirán llega a las siguientes conclusiones acerca de "la importancia de la salud en el desarrollo económico":

" El desarrollo socioeconómico es un proceso que conduce a elevar la productividad humana mediante el logro de mayor rendimiento del esfuerzo, obteniéndose así niveles - de vida más elevados...[algunas naciones en desarrollo] por el gran empeño de sus hombres y el gran esfuerzo de sus gobiernos, han logrado dar mayor capacidad a su población, crear industrias más avanzadas, fortalecer su comercio y, por ello, conquistar bienes de capital que los acercan más a los de la minoría selecta, que se califica de desarrollada...[el] tremendo crecimiento demográfico ocasiona que se cuente proporcionalmente con menos gente económicamente productiva, la que tiene -- que proveer a la satisfacción del grupo relativamente mayor de gente improductiva, niños y ancianos...solo- mediante una inteligente política nacional de nutri-- ción, en la que participen conjuntamente las fuerzas-

públicas y privadas podrán lograrse los objetivos de progreso...[el aumento de la producción de alimentos]debe-llevar aparejada una expansión agrícola suficiente; la-tecnificación del campo con los modernos sistemas de -- producción, lo que a su vez reclama la inversión de capital, la obtención de crédito y el fortalecimiento de-las infraestructuras que permiten y facilitan el transporte y el comercio...Es indudable que la expansión --- agrícola, su tecnificación y el incremento en la producción de alimentos no son el único factor para el desa-- rrollo de un pueblo. La industrialización es sin duda - uno de los elementos más importantes para lograr la elevación del nivel de vida."(124)

Este discurso a la medida del gusto proimperialista más exigente no debe separarse del hecho del hecho en que mientras era pronunciado en - Miami, se iniciaba en el sur de la ciudad de México la construcción de las que serían majestuosas nuevas instalaciones del INN, en cuyo financiamiento figuraba una aportación multimillonaria de las fundaciones estadounidenses.

A cada cambio sexenal, la ineficacia del programa nacional de la alimentación del sexenio anterior traerá su recusamiento por parte del nuevo gobierno. Puntual a este ritual acudirá el Dr. Zubirán a ocupar su lugar en el nuevo organismo. En 1973 como presidente del comité coordinador del programa nacional de alimentación, en 1980 en la creación del SAM y en 1983 en la resurección nominal de aquel programa, siempre con los mismos considerandos, siempre con las mismas metas, siempre con las mismas propuestas.

La otra línea discursiva, no ha sido mas que la deducción lógica de los hallazgos de la investigación por quienes honestamente han mantenido

una actitud abierta a aceptar las consecuencias de la realidad aún cuando esta nocorresponda a los prejuicios ideológicos de la clase dominante. La función de generar un conocimiento objetivo de la situación alimentaria obliga a favorecer y aún a exigir una actitud científica y a otorgar una autonomía a los investigadores por parte del estado.

Los balances en la disponibilidad de alimentos reflejaron desde un inicio, incluso sin tomar en cuenta el autoconsumo, que la producción alimentaria era excedentaria en muchos de los requerimientos nutricionales específicos yen el requerimiento calórico del total de la población(125). Las encuestas nutricionales detectaban alta prevalencia de desnutrición en medio de la riqueza. El estudio de los aspectos específicos de la nutrición colectiva como la lactancia(126),las prácticas de alimentación(127),el intercambio de alimentos(128), papel de la atención médica(129) y de la educación(130) en la recuperación de los niños desnutridos, etc. puso en claro que tras los aparentes círculos viciosos se ocultaban injusticias sociales inocultables a cualquier investigador honesto.

Las hojas de balance de disponibilidad de alimentos permiten el minucioso seguimiento de las tendencias y la identificación de la naturalez de los desajustes económicos a lo largo de los últimos veinte años(131)de tal suerte que la crisis alimentaria puede ser representada con toda objetividad como producto de la penetración de las relaciones capitalistas en el agro:

> " [La] llamada "modernización" de la dieta mexicana lo que esta haciendo es incrementar la brecha entre ricos y pobres. Una investigación que se llevó a cabo en la-Chontalpa, permitió comparar la situación nutricional-antes y después del programa de desarrollo agrícola --

que se llevó a cabo en el decenio de 1960 y puso de manifiesto, más que cualquier otro estudio, el fenómeno que está sucediendo en el país. Los recursos económicos de la región se triplicaron y aparentemente la dieta mejoró en un 100%, pero analizando el fenómeno alimentario por niveles sociales, se vió que sólo una parte de la población pudo consumir más, llegando rápidamente a cantidades exageradas de carne, leche, huevos y productos industrializados, con lo que sólo desbalanceó su dieta, mientras que los trabajadores y campesinos de la zona mantuvieron los mismos problemas, dando lugar a exactamente las mismas cifras de desnutrición infantil y de mortalidad. Este estudio además demuestra que hablar de promedio de alimentación en México es cada vez más falso, porque se puede tener la impresión de mejoría nutricional que dió la Chontalpa, cuando en realidad fué un empeoramiento.

Todos los datos anotados ponen de manifiesto que no faltan alimentos en México, lo que existe es una situación caótica en su producción, distribución y consumo. La solución actualmente en boga de sólo reducir la población para acabar con el hambre es de lo más simplista."(132)

El autor de esta cita es nada menos que el director de la división de nutrición del INN, el DR. Adolfo Chávez, quien aparece como coautor de -- las propuestas priistas de Zubirán, veinte años atrás. En el transcurso de ese tiempo ha tenido que cumplir con su conciencia de investigador honesto. Conforme la lucha social va abriendo espacios y el ejercicio de la hegemonía no puede dejar el discurso cuestionador en manos de la oposición, sino lo -- reivindica como propio en su calidad de estado benefactor, es como pueden de una manera mas abierta expresarse los resultados de la investigación de la - desnutrición y denunciar las miserables condiciones en que viven y mueren -- las capas populares de la nación.

El "proyecto puebla" desarrollado por Chávez en la población de Tezonteapan a partir de 1968 (133), sin saber las intenciones conscientes de - su autor, podemos considerarlo en muchos sentidos como una réplica a la "operación Zacatepec" y a los estudios realizados por Cravioto posteriormente en Tlaltizapán. Como estudio epidemiológico es excelente en rigor y exhaustividad. El objetivo es parecido a la investigación de Cravioto. Determinar el efecto de la desnutrición en el desarrollo infantil y los recursos biomédi-- cos y psicométricos de que dispone son de igual o mejor calidad de los de aquel. Su interpretación de los resultados tienen mejor calidad y consistencia lógica y no introduce violentamente prejuicios ideológicos para forzar - conclusiones no contenidas estrictamente en los datos. Sin embargo hay algunos inconvenientes en su diseño experimental. Uno de ellos fue meditado detenidamente por Chávez antes de iniciar la investigación; el otro tal vez no haya pasado nunca a considerarlo. El método elegido por Chávez consistió en el seguimiento longitudinal de una muestra de veinte "unidades madre-hijo" -

por varios años, a las que se suplementó su alimentación desde el primer mes de gestación para garantizar su perfecta nutrición y compararla con otra --- muestra de binomios no suplementados y que por lo tanto, presentaban la desnutrición "normal" de la comunidad. De esta muestra testigo, se inició su observación dos años antes y por tanto "ya existian" independientemente del experimento. Pese a ello, se ha criticado este método como una modalidad de - privación por parte de otros investigadores. Sin embargo el "desliz" experimental no se limita a lo ético. en caso que haya motivo para tal reclamo, sino que lo que Chávez, desde una posición biologicista quiere demostrar "epidemiologicamente" esta más que demostrado (134) en la praxis social y con implicaciones de mayor trascendencia. De cualquier manera, pese a que los resultados son similares, en lo que cabe, con los de Cravioto, sus conclusio-- nes son diametralmente opuestas: mientras este no ve en la desnutrición más que la condición "preimdustrial" de las comunidades y clama por impulsar el desarrollo de la dominación imperialista y someter a la población a su disciplina política, económica, laboral, ideológica y demográfica. Chávez advierte contra las graves consecuencias que ha traido tal proceso de penetración para la salud y el estado nutricional de la población y utiliza su estudio - para ilustrar lo que podría ser, en salud y desarrollo fisico y mental, si - la organización social permitiera la plena nutrición de la población y, por tanto, el precio de hambre, enfermedad y retraso psicomotor que se paga por que no sea así,

Muchas cosas han pasado de la fecha en que Chávez echo andar el ---

"proyecto Puebla" . Como hace más de un siglo se ha vuelto a conformar la base social para que algunos médicos recobren la sensibilidad elemental que les permita reconocer lo que hay detras de la "enfermedad" desnutrición.

CONCLUSIONES:

La desnutrición no es más que la manifestación de las condiciones de hambre y miseria en que viven las capas populares en los paises capitalistas. Su reconocimiento como entidad nosológica ocurre tan sólo hace cuatro décadas y obedece fundamentalmente a la necesidad de ocultar su determinación social.

Los médicos que iniciaron el estudio de la desnutrición como enfermedad, por su extracción de clase, su formación profesional flexneriana y su práctica social, cumplieron eficazmente el papel de intelectuales orgánicos de la burguesía al asimilar la desnutrición como un fenómeno esencialmente biológico que tiene lugar en un ecosistema, con lo cual se logra despojarla de todo contenido cuestionador al sistema social.

La epidemiología de la desnutrición se ha desarrollado como un vasto mecanismo de ocultamiento que pretende negar la determinación social real recurriendo a una gran cantidad de falacias y aberraciones metodológicas y epistemológicas: asume de principio que la forma externa de las ciencias naturales es el contenido de toda ciencia; escinde lo cuantitativo de lo cualitativo y prioriza a aquél sobre éste; disuelve las interacciones recíprocas que en su totalidad articulada constituyen los fenómenos orgánicos, ecológicos y sociales, en una serie de relaciones lineales representadas por medio de una serie de indicadores subjetivos; interpreta sin rigor las asociaciones de tales indicadores atribuyendo a conveniencia relaciones de causalidad al amparo de la --

significatividad estadística; carece de rigor en la deducción de las -- conclusiones a partir de las premisas; de hecho sus conclusiones ya están representadas previamente a la investigación, la cual no es más que el recorrido a través de las falacias y aberraciones señaladas, para retornar tautológicamente a la representación ideológica de la desnutrición de la cual se partió.

Si un modelo tan aberrante en términos científicos ha podido imponerse y articular una práctica epidemiológica impresionante, ha sido por el abrumador apoyo que ha recibido por parte de la clase dominante - en lo financiero, político e ideológico, en virtud del importante papel que ha cumplido para sus fines.

Se impone, pues, la necesidad de desarrollar una crítica profunda a este modelo epidemiológico y a toda epidemiología en general, no sólo para desenmascarar su caracter falaz y de ocultamiento, sino como - práctica contrahegemónica en la educación de los médicos, en las instituciones que realizanla investigación científica de la desnutrición y en -- las comunidades que padecen el hambre y la miseria producto de la explotación capitalista.

N O T A S

NOTAS PRIMERA PARTE:

(1) Cfr. Portelli, H. Gramsci y el bloque histórico. Siglo XXI, México, 1973.

(2) Cfr. Lain-Entralgo, P. Historia de la Medicina. Ed. Salvat, Barcelona 1981 -- p.p. 1-23, y Coe, R.M. Sociología de la Medicina. Alianza, Madrid, 1979 195-217.

(3) Cfr. Mercer, H. y Avila, A. Saber Médico, Mimeo. Maestria en Medicina Social, UAM-X. 1982.

(4) Fletcher, W. Rice And Beri-beri: preliminary report of an experiment conduc-- ted at the Kuala Lumpur Lunatic Asylum. Lancet 1: 1776-79, 1907.

(5) Goldberger, L. La etiología de la pelagra. Importancia de ciertas observacio- nes epidemiológicas en relación con ella. en Terris, M. "Edtudios de Goldber-- ger sobre la pelagra". Ed. IMSS México, 1980, pp 29-37.

(6) La palabra alimento, del latín alimentum, de alere, acción de nutrir, se in-- corpora al castellano en el siglo XV, y la palabra nutrir, del latín nutrire, lo hace en el siglo XVI. En la palabra desnutrición, el prefijo des, de inver sión o negación, es de uso directo desde su forma latina dis. Cfr. Corripio, F. Diccionario Etimológico. Bruguera, Barcelona, 1979.

(7) Cfr. Cravioto, J. y Arrieta, R. Investigación en Nutrición, crecimiento y de- sarrollo en el campo de la pediatría. Mimeo, Incytas. DIF. México s/f. p 6 .

(8) Ibid p 2,8,. Es de hacer notar que los autores utilizan el término "investiga ción nutricional en pediatría" para referirse a la investigación de la desnu- trición en pediatría. Resulta claro que la investigación epidemiológica se -- funda, según estos autores, plenamente en el tercer período, aparentemente, - como desarrollo de las dos etapas previas. Por lo demás, el paralelismo, cro- nológicamente desfasado, entre los tres períodos y las metalidades anatomocli nica, fisiopatológica y etiopatológica (cfr. Lain Entralgo, op cit pp 464-489 y La Historia Clínica, Salvat, Barcelona, 1951. pp 299-309; 364-408) nos in-- troduce ya a problemas psicogenéticos de historia de las ciencias que retoma- remos mas adelante.

(9) Cfr. Lecourt, D. La Historia Epistemológica de George Canguilhem. en: -- Calguilhem, 6. "Lo Normal y lo Patológico", Siglo XXI, México, 1978 pp VII XXX.

(10) Cfr. Darwin, Ch. El Origen de las Especies, Tomo I. UNAM, México, 1969, pp 72-145.

(11) Cfr. Odum, Ecología, CECSA, México 1976 pp 109-154. Es posible mediante métodos estsdísticos establecer con gran precisión los posibles equili-- brios del ecosistema y deducir para cada especie su mortalidad natural "necesaria". Cfr. Negrete J. et al. Juegos Ecológicos y Epidemiológicos. Conacyt, México, 198I.

(12) Las características de esta "primera" naturaleza se reproducirán en la - "segunda" naturaleza a la que se enfrenta el ser humano: la sociedad, como negación via reificación, de su diferenciación específicamente humana.

(13) Cfr. Schmidt, A. El Concepto de Naturaleza en Marx. p 115. "En lugar del uso ingenuo de la naturaleza, mediado unicamente por los organos corporales, aparece la producción consciente y dirigida a fines: Con el progresivo esclarecimiento se deshace la unidad originaria del hombre con la - naturaleza, para establecerse nuevamente como unidad mediada".

(14) Existe por supuesto una base corporal generada por los mecanismos naturales pero que terminan por hacer obsoletos tales mecanismos: sistema nervioso evolucionado, bipedestación, oposición del pulgar, baja fertilidad por eliminación del estro y regulación hormonal coordinada, anovulación-galactorrea, etc. que posibilitan, entre otras cosas, el pensamiento abstracto, el lenguaje, la manipulación racional compleja y la organización familiar.

(15) Incluso en las sociedades humanas más primitivas con un entorno natural que limita seriamente la posibilidad de expansión de la población humana organizada tribalmente, los mecanismos reguladores del excedente pobla--

cional no pertenecen ya a la naturaleza. El ritual de guerra entre los - maring de Nueva Guinea nos proporciona un interesante ejemplo de regulación social anticipada al desequilibrio ecológico. Cfr. Harris, M. Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas. Alianza, Madrid, 1982, pp 59-78.

(16) Esta es la llamada ley del mínimo de Liebig. Cfr. Odum, E. op cit. p 94.

(17) El catastrofismo malthusiano invierte simplemente los términos: el crecimiento de la población imposibilitará la disponibilidad de alimentos, lo cual sólo es relativamente cierto en la mediación animal-naturaleza. La incomprensión de la mediación hombre-naturaleza y su identidad con la -- aristocracia terrateniente llevan a Malthus a explicar el hambre y la miseria como violación por parte de los pobres de esta "ley natural". Cfr. Davis, K., Apreciación crítica de Malthus. en Malthus, Th., Ensayo sobre el principio de la población. FCE, México, 1977, pp VII-XXXIV. Más adelante analizaremos como reaparece sutilmente pero vigoroso el malthusianismo en la IED.

(18) Cfr. Marx, C., y Engels, F., La ideología alemana. Cultura Popular, México, 1974, pp 28-29.

(19) "La incapacidad del gorila para desarrollarse más se relaciona con la facilidad con que puede satisfacer sus necesidades en la selva... Australopithecus vivió en un medio [inhospito] y el hombre debe haber seguido -- desenvolviéndose en un lugar comparable". Shaller, G., La vida del gorila, FCE, México 1967, p 290.
"La evolución humana se inició cuando el clima africano se convirtió en arido: los lagos disminuyeron de tamaño y la vegetación se redujo hasta convertirse en sabana". Bronowski, J., El ascenso del hombre. Fondo de - Cultura Interamericano, Bogota 1979. pp 27-28.
"El hombre surgió de una población de driopitecinos del mioceno. La causa primordial de este acontecimiento pudo ser un cambio de clima que condujera a una desmontadura general. En consecuencia los primates arboríco las se verían obligados a prescindir de los árboles y a vivir en el suelo". Smith, C.U.M. El problema de la vida. Alianza, Madrid, 1977, p 44.

En la constitución de la especie humana el medio inhóspito pudiera haber jugado darwinianamente un papel fundamental aún, pero a partir de este momento debe haberse producido un radical cambio cualitativo y entre más hospitalario sea el medio transformado por el hombre, mayor será su desarrollo como especie, ya no medible en lo cualitativo por el cúmulo de información contenida en sus genes (único sustrato que selecciona el medio según el evolucionismo clásico) sino en sus neuronas (sustrato al que enriquece la praxis social). Por lo demás el recurso ingenuo de invocar las contingencias catastróficas para explicar la evolución de las especies que subyacen en el darwinismo vulgar, es rebasado sin entelequias metafísicas si analizamos racionalmente la dialéctica fundamental del progreso evolutivo que no recurre a las casualidades sino como formas posibles de manifestación de lo necesario. Véase Monod, J., El azar y la necesidad. Barral, Barcelona 1970; pero sobre todo (y con un enfoque superador) Piaget, J., Adaptación vital y psicología de la inteligencia: selección orgánica y fenocopia, Siglo XXI. México, 1978.

(20) Leakey, R., El origen del hombre, México 1981, p 107. Cfr. También Gordon Childe, U., Los orígenes de la civilización. FCE, México, 1980, pp 64-130; Alimen, M.H. y Steve, M.J., Prehistoria. Siglo XXI, México, 1983, pp 37-54 y 186-188; Oakley, K.P., La utilización del fuego por el hombre, en: Vallois, H., et al."Los procesos de hominización". Grijalbo. México, 1982, pp 55-72; Braidwood, R., El hombre prehistórico. FCE. México, 1971 pp 61-100.

(21) Cfr. Wittfogel, K., Despotismo oriental. Guadarrama, Madrid, 1966, pp 41-70.

(22) Cfr. Terrail, J.P., Producción de necesidades y necesidades de producción; en : Terrail, et al."Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual". Grijalbo, México, 1972, pp 13-22; Heller, A., La teoría de las necesidades en Marx, Península, Barcelona, 1978 pp 21-34.

(23) El término "fetichismo" lo incorporo en el sentido desarrollado por Bolivar Echeverría como concepto central en el discurso científico de Marx - en El Capital. Cfr. Echeverría, B., El concepto del fetichismo en el discurso revolucionario. Dialéctica, Escuela de Filosofía y Letras. UAP (México) 3: 4 Enero 1978 pp 95-105.

(24) "No se puede contemplar a estos infelices" [en las minas de oro entre -- Egipto, Etiopia y Arabia], "que ni siquiera pueden asear sus cuerpos o - cubrir su denudez, sin dolerse de su trágico destino. Pues allí no tiene cabida ninguna indulgencia ni miramiento por los enfermos, los enclen--- ques, los ancianos, por la endeblez femenil. Obligados a golpes, todos - deben continuar trabajando hasta que la muerte pone término a sus tormentos y su miseria". (Diodoro Sículo, Biblioteca Histórica, lib. 3, cap. - 13 [p. 206]). Citado por Marx, C., El Capital Tomo I, Vol. I Siglo XXI, México, 1975, p. 283.

(25) Brown, L., Sólo de pan. Diana, México, 1976, p. 45.

(26) Lain-Entralgo, P., Historia de la medicina. Loc. cit pp 59-135.

(27) Hipócrates. Aforismos. Premiá, México, 1977, p 17 libro segundo aforismo XVII.

(28) Ibid. Aforismo XVIII.

(29) Terris, M., La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI, México, 1980, p. 206.

(30) Marx, C., y Engels, F., op cit p. 22.

(31) Lain-Entralgo, P., Historia de la medicina. Loc. cit pp 142,143,150 y 151.

(32) Los esclavos sabían donde encontrar alimentos pero no como organizarse para producirlos. La historia parece cerrar en esos momentos la posibilidad de una organización social radicalmente distinta. Los cienmil esclavos encabezados por Espartaco encontraron su derrota no en lo militar sino en la incapacidad de alimentarse.

(33) Ganzin, M., Pour entrer dans une ere de justice alimentaire. Le Courier de L'UNESCO, Número especial sobre el hambre, mayo de 1975. Citado por Susan George. "Como muere la otra mitad del mundo". Siglo XXI, México, 1980, p. 127.

(34) Sigerist, H., Hitos en la historia de la salud pública. Siglo XXI. México, 1981, pp 35-52. Lain-Entralgo, p., Historia de la medicina. Loc cit. p 242-243.

(35) Citado en López Piñero, J., Medicina, historia, sociedad. Ariel, Barcelona, 1973 pp 81-83.

(36) Hobsbawn, E., En torno a los orígenes de la revolución industrial. Siglo XXI, México, 1981. pp 7-19.

(37) Cfr. Avdakov, Y., Polianski, F., et al. Historia económica de los paises capitalistas. Grijalbo, México, 1965, pp 235-244; Diercsens, W., Capitalismo y población. Educa, Costa Rica, 1979. pp 33-99; Marx, C., op cit. Tomo I, Vol 3. pp 782-808.

(38) Marx, C., op cit. pp 918-922. La ley expedida por Enrique VIII a mediados del siglo XVI disponía: "En segundo caso de arresto por vagancia ha de repetir la flagelación y cortarse media oreja al infractor, y si se produce una tercera detención, se debe ejecutar al reo como criminal invete

rado y enemigo del bien común". Cfr. también Romero, J., Crisis y orden en el mundo feudoburgués, siglo XXI, México, 1980, pp 242-250.

(39) "Los desheredados y sobre todo las masas campesinas alemanas, en efervescencia desde hacia muchos años vieron en la nueva fé un medio de redención social y la abrazaron con desesperado ardor". Romano, R. y Teneti, A., Los fundamentos del mundo moderno, Siglo XXI, México, 1981, p 247. - Cfr. también Elton. La Europa de la reforma, Siglo XXI, México, 1979, pp 51-67.

(40) Cfr. Slicher, B., Historia agraria de la Europa Occidental, Península, - Barcelona, 1974. Penniwton. Europa en el siglo XVII, Aguilar, Madrir, -- 1973. Cipolla, C.,(ed) Historia económica de Europa, Ariel, Barcelona, - 1979.

(41) Lain-Entralgo, P., Historia de la medicina. loc cit. pp 309-320; Lain Entralgo. P., La historia clínica, loc. cit. pp 110-145.

(42) Gaudemar, J., Movilidad del trabajo y acumulación de capital. Era, México, 1979, p 189. El subrayado es mío.

(43) Marx, C., op cit. p 893. El subrayado es mío.

(44) Un excelente estudio de lo que ha sido este proceso en América Latina en años recientes lo encontramos en Feder, E., Violencia y despojo del campesino: Latifundismo y explotación capitalista en América Latina. Siglo XXI, México, 1978, pp 415. Aparte del seguimiento histórico-económico de los polos de miseria en la geografía del hambre coincidentes con la producción exorbitante de riqueza, es posible un seguimiento histórico-literario. Steinbeck en "The Grapes of Wrath" no hace otra cosa que novelar en forma magistral el proceso de acumulación "originaria" de capital que tiene lugar en épocas recientes en el país capitalista más poderoso de - la tierra. De hecho, en la literatura, este proceso se ha plasmado en muchas de las obras maestras, desde la picaresca española hasta Doris Lessing, pasando por Dostoyevski, Hamsun, Zola, Euclides de Cunha, etc.

(45) "Luis Henry [Anciennes families genovoises. Etude démographique XVI-XVII siecles, 1956] ya había demostrado que la mortalidad de las familias ginebrinas había sido constantemente inferior a la del conjunto de la población y subrayado la baja en la mortalidad de las familias nobles de Inglaterra a partir del siglo XVII. Los trabajos de Sigmund Peller han confirmado esta tendencia para las familias reinantes. Lo que no se aplicaba seguramente a los medios populares./El señor Alfred Perrenoud [L'inégalité sociale devant la mort a Geneve, Av XVII siecle, 1975] retomo la cuestión con sumo cuidado, para la ciudad de Ginebra, desde 1625 a 1684. Distinguiendo tres clases: medio superior I, medio medio II y medio inferior I, obtuvo resultados convincentes. [] Un bebé de la clase superior tenía tres chances sobre 10 de llegar a los 60 años; un bebé de la clase inferior, tres veces menos: 1 sobre 10. Las esperanzas de vida al nacer eran respectivamente de 35,9 y 18,3 años. Con tal cifra la existencia misma del grupo esta en cuestión. Debía ser reforzado constantemente por un aporte de campesinos./ Así la desigualdad social ante la muerte ya era muy fuerte en el siglo XVII. Había debido manifestarse en fechas muy anteriores...". Sauvy, A., Costo y valor de la vida humana. Emecé, Buenos Aires, 1980, pp 181-182. (el subrayado es mío). Cfr. también Palmade, G., (compilador). La época de la burguesía. Siglo XXi, México, 1979, pp 27-29; Ogg, D., La Europa del antiguo régimen. Siglo XXI, 1981, p 4-10.

(46) Desgraciadamente la propuesta de Marx, en el Capítulo XIII de El Capital, de desarrollar una historia crítica de la tecnología no ha encontrado eco a más de cien años de su muerte. Se registra una historia pasiva en la que las máquinas aparecen como procreaciones de los individuos, sin más determinación de existencia que el genio de éstos, al margen de su condición de "organos productivos del hombre en la sociedad", e incluso como generadores aparentes y unilaterales de las condiciones de desarrollo de la humanidad. Pero incluso las historias más fetichistas de la tecnología registran anecdóticamente el hecho de que gran número de instrumentos "inventados" durante la Revolución Industrial eran conocidos ya desde mucho tiempo atrás. Las palancas, poleas, engranes, ruedas dentadas, tornos, ya eran utilizados y comprendida su mecánica en términos matemáticos desde el siglo III a.n.e.; aún las máquinas de combustión y las bombas de hélice accionadas a vapor ya eran conocidas por los griegos antiguos. Cfr. Ga

mow, G., Biografía de la física. Alianza, Madrid, 1980, pp 16-32; Derry, T., Historia de la tecnología. Vol. 1, Siglo XXI, México, 1980, pp 351- - 368; Lilley, S., Hombres, máquinas e historia. Artiach, Madrid, 1973, pp 42-46. El capitalismo, pues, no surge como resultado de un progreso en el conocimiento científico-tecnológico por más que lo presuponga y lo impulse en determinado sentido una vez que se ha consolidado lo suficiente para autogenerar potencialmente sus propias condiciones tecnológicas de existencia, de tal forma que su existencia parezca depender de dicho progreso.

(47) Cfr. Anderson, M., La Europa del siglo XVIII. FCE, México, 1968, pp 101- - 104. Ogg, D., op cit. pp 4-5.

(48) Mc. Keown, T., El Incremento moderno de la población. Antoni Bosch, Barcelona, 1978, pp 21-52.

(49) Dubos, R., El espejismo de la salud. FCE. México, 1975, pp 186-194; Dubos, R., "La llamada conquista de las enfermedades microbianas" en el hombre en adaptación. FCE. México, 1975, pp 152-162; Mc Keown, T. y Lowe, C., Introducción a la medicina social. Siglo XXI, México 1981, pp 17-27; Mc Keown, T., El papel de la medicina. Siglo XXI, México, 1982, pp 58-81; Ilich, I., Némesis médica. Joaquín Mortiz, México, 1978, pp 21-38 y Delarve, F., Salud e infección. Nueva Imagen, México, 1980, pp 19-70. En estas obras se - citan numerosos ejemplos no sólo de la evolución epidemiológica de las enfermedades independiente de la acción médica terapéutica y relacionadas en cambio con transformaciones en las condiciones sociales, sino incluso de - como la introducción de tales acciones coincide con altos en el descenso - de la incidencia y mortalidad de algunos padecimientos.

(50) Mc Keown, T., El crecimiento moderno de la población. loc cit. pp 157-174.

(51) IBID; Bergerón, L., et al La época de las revoluciones europeas. 1780-1848 Siglo XXI, México, 1980, pp 11-13, 220-221.

(52) Hobsbawm, E., op cit pp 9-88; Dobb, M., Estudios sobre el desarrollo del capitalismo. Siglo XXI, México, 1979, pp 51-105.

(53) Rude, G., La Europa revolucionaria. Siglo XXI, Madrid, 1981, p 7.

(54) Cfr. Carrasco, P., La economía prehispánica de México. en Florescano,E., (compilador)."Ensayos sobre el desarrollo económico de México y América Latina (1500-1975)" FCE, México, 1979, pp 15-53.

(55) Viesca, C.,Hambruna y epidemia en Anahuac (1450-1454) en la época de Moctezuma Ilhuicamina, en Florescano, E. y Malvido, E.,"Ensayos sobre la historia de las epidemias en México." IMSS, México, 1982, Tomo I pp 157.

(56) IBID pp 158-161. Cfr. también Flores y Troncoso, F., Historia de la medicina en México. IMSS, México, 1982, Tomo I pp 301-302

(57) IBID p. 160.

(58) Bustamante, M., Aspectos históricos y epidemiológicos del hambre en México. Gac. Med. Mex. 109 (1): 27, 1975.

(59) IBID p 30.

(60) Bustamante, M., Epidemiología de la tosferina y el sarampión. Monografía No. 3. Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, México, 1963. Reproducido en Florescano, E. y Malvido, E., op cit p 111-126; Chávez, I., México en la cultura médica, México en la cultura. El colegio nacional, México, 1960 p 856.

(61) Cfr. Somolinos, G., La viruela en la Nueva España. Gac. Med. Mex. 91 (11) 1015-1017, 1961.

(62) Hernández Rodríguez, R., Epidemias novohispanas durante el siglo XVI. en Florescano, E. y Malvido, E., op cit p 216.

(63) Ocaranza, F., Las grandes epidemias del siglo XVI en la Nueva España. -- Rev. Med. 13: 176-178. Reproducido en Florescano, E. y Malvido, E., op - cir p 201.

(64) Cfr. Bustamante, M., Epidemiología de la tosferina y el sarampión. Loc. cit. Por lo demás, este trabajo escrito en 1963, ejemplifica la deformación biologicista y medicalista que atribuye la realidad de enfermar y - morir a los avatares de la naturaleza y a la carencia de servicios médicos asumiendo como evidente el valor positivo transhistórico de la acción médica sobre la salud aún en circunstancias en las que objetivamente nada tiene que ofrecer. No obstante reconocer que la mortalidad durante -- las epidemias referidas fue considerablemente mayor en la población po-- bre, el autor trata de explicar el comportamiento particularmente viru-- lento de los virus y bacterias como resultado de ciclos naturales y la - mortalidad diferencial como consecuencia de la falta de atención médica a la población pobre, sin hacer referencia alguna al estado nutricional que, obviamente, era factor determinante en la distribución diferencial de la mortalidad y posiblemente también en la periodicidad de los cíclos epidémicos. Años después, cuando la investigación epidemiológica ya había biologizado y medicalizado a la desnutrición, el mismo autor, en --- otros trabajos la considerará clave para la comprensión del comportamiento de las epidemias. Cfr. también Malvido, E., Cronología de las epide-- mias y crisis agrícolas en la época colonial. Rev. Hist. Med. 89: 96-101, 1973; Malvido, E., Efectos de las epidemias y hambrunas en la población colonial de México (1519-1810) Salud Pub. México 17 (6): 793-802, 1975.

(65) Cook, Sh., El hospital del hambre de Guadalajara: un experimento de asistencia médica. en Florescano, E. y Malvido, E., op cit. pp 357-358.

(66) Bustamente, M., Aspectos históricos y epidemiológicos del hambre en México. loc. cit. p. 32.

(67) Chávez, I., op cit. pp 853-855.

(68) Foucault refiere el caracter del hospital como una de las instancias de control individual panóptico que permiten "la penetración del reglamento hasta los más finos detalles de la existencia y por intermedio de una jerarquía completa que garantiza el funcionamiento capilar del poder". Son precisamente durante las pestes cuando puede hacerse efectivo el sueño - político de un ejercicio de poder pleno sobre cada individuo: "Por detrás de los dispositivos disciplinarios, se lee la obsesión de los 'contagios', de la peste, de las revueltas, de los crímenes, de la vagancia, - de las deserciones, de los individuos que aparecen y desaparecen, viven y mueren en el desorden. [] La ciudad apestada, toda ella atravesada de jerarquía, de vigilancia, de inspección, de escritura, la ciudad inmovilizada en el funcionamiento de un poder extensivo que se ejerce de manera distinta sobre todos los cuerpos individuales, es la utopía de la ciudad perfectamente gobernada. [] Los hospitales... funcionan de doble modo: - el de la división binaria y la marcación (loco - no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo,- cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, - etc.)". Foucault, M., Vigilar y castigar. Siglo XXI, México, 1980, pp -- 200-203. "El hospital como instrumento terapéutico... data de fines del siglo XVIII... como institución importante e incluso esencial para la vida urbana de occidente desde, la edad media, no constituye una institución médica y, en esa época, la medicina es una profesión no hospitalaria. Incorporación del Hospital en la Tecnología Moderna. Rev. C.A. Ciencias de la Salud. 10:93. 1978.

(69) Cfr. Mercer, H., Consumo de servicios de salud en el Distrito Federal.-- Mimeo. México, 1982. pp 95-115; Muriel, J., Hospitales de la Nueva España, Tomo I: Fundaciones del siglo XVI. S/Ed. México, 1956 pp 17-25.

(70) Chavez, I., op. cit. p 855. En la nota 77 reconoceremos en términos demográficos lo que significó "cristianizar" a esos "ocho o diez millones de indios" (que probablemente eran más de 25 millones).

(71) IBID, pp 856-857; Muriel, J., op cit; Cook, Sh., pp 361-362; Cooper, D., Las epidemias en la ciudad de México, IMSS, México, 1980. pp 236-237.

(72) Foucault, M., El nacimiento de la clínica. Siglo XXI, México, 1980, pp - 97-128.

(73) Cfr. Cooper, D., op cit. pp 31-60, 81-82, 99-100. Dos ejemplos de tales recomendaciones médicas son las siguientes: "encender hogueras y dispa-- rar cañones para limpiar la atmósfera" y "abstenerse de consumir bebidas frías y acidas de naranja y limón".

(74) Cfr. Somolinos, G., op cit. p 210; Cooper. D., op cit p 233-240.

(75) Hernández Rodríguez, R., op cir. p 221.

(76) Para el caso de México este proceso está bien documentado en la hermosa obra de Chevalier, F., La formación de los latifundios en México. FCE, - México, 1976. Cfr. también Semo, E., Historia mexicana, economía y lucha de clases. Era, México, 1978, pp 28-46; Barbosa Ramírez, R., Estructura económica de la Nueva España. Siglo XXI, México, 1982, pp 85-104.

(77) La magnitud del genocidio producido por la conquista posiblemente ha si- do subestimada debido a la dificultad de establecer confiablemente la e- volución demográfica. Cook y Borah, calculan que en 1519 la región cen-- tral del México actual albergaba 25 200 000 h. cincuenta años después va sólo había 1 900 000 h. Para 1603 la población era ya de solamente ---- 1 075 000. Cook, S. y Borah, W., Quelle fut la stratification sociale du

centre du Mexique, durant la premiere moitié du XVI e siecle? Annales -- Esc. 1963 pp 226-58 citado por Barbosa-Ramírez, E., op cit p 101-102.

(78) Cooper, D., op cit. pp 95-108; Cook, Sh., op cit. pp 355-366.

(79) Cook, Sh., op cit. p 356.

(80) IBID p 359.

(81) IBID

(82) Cfr. Semo, E., op cit. pp 161-199.

(83) Cook, Sh., op cit. p 359-362.

(84) Lain Entralgo, P., Historia de la medicina. loc cit p 336.

(85) Ramazzini, B., op cit. Trans W.C. Wrigt: Dideases of Workers. Chicago University Press, Chicago, 1940.

(86) ibid.

(87) Citado por Sigerist, H., op cit. p 70.

(88) Lain Entralgo, P., Historia de la medicina. loc cit. p 511. Cfr. también Rosen G., The evolution of social medicine. en Freeman, H., er al. Handbook of medical sociology, Prentice-Hall, New Jersey, 1972, pp 31-45; Rosen, G., A history of public health M.D., New York, 1958; Mc Lachland, G. y Mc Keow, T., (eds) Medical history and medical care. Oxford University Press, London, 1971, pp 59-81; Timio, M., Clases sociales y enfermedad. Nueva Imagen, México, 1980, pp 32-34.

(89) Rosen, G., The evolution of social medicine. loc cit.

(90) IBID.

(91) Citado por Marx, C., op cit pp 812-813. Veinte años después en otro discurso en la Cámara este mismo personaje, el Ministro de su Majestad, William Ewart Gladstone deja ver no sólo su transformación personal, sino también el despliegue de un discurso ideológico encubridor: "Ese embriagador aumento de riqueza y de poder... se restringe enteramente a las - clases poseedoras, pero... necesariamente tiene que ser beneficioso, de manera indirecta para la población obrera, ya que abarata los artículos de consumo general; mientras los ricos se vuelven más ricos, los pobres, en todo caso sehan vuelto menos pobres". Marx demuestra que "El abaratamiento de los artículos de consumo general" ha consistido en un encarecimiento del 20% en los años recientes y dedica las siguientes 75 páginas a demostrar, entre otras cosas, que los pobres se han vuelto más pobres.

(92) IBID p 857.

(93) IBID p 816.

(94) IBID pp 823-824.

(95) Rosen, G., The evolution of social medicine. loc cit pp 39-40 y Bergeron, L., op cit. p 94, 222, 293, 303.

(96) Cfr. Dubos, R., El espejismo de la salud. loc cit pp 107-113; Palmade, G., op cit. p 28.

(97) Marx, C., op cit. pp 873-890.

(98) IBID p 821.

(99) Simon, J., Public health, Sixth Report. Privy Council, Londres, 1864, pp 14-15, citado por Marx, C., op cit. pp 820-821.

(100) De algunamanera así lo encontramos en Huberman, L., Los bienes terrenales del hombre. Nuestro Tiempo, México, 197 ; Galeano, E., Las venas abiertas de América Latina, primera parte: "La pobreza del hombre como resultado de la riqueza de la tierra". Siglo XXI, México, 1973; Rodney, W., Cómo Europa subdesarrolló a Africa. Siglo XXI, México, 1981.

(101) La sabiduria popular sobre alimentación suele superar el conocimiento "científico" sobre nutrición que suele limitarse a una parcialización del metabolismo bioquímico que deja de lado tanto su integridad orgánica como los aspectos culturales que conforman concretamente las necesidades de alimentación del ser humano. De hecho en muchos casos el conocimiento de las necesidades metabólicas no ha hecho más que sancionar los buenos hábitos alimenticios de los pueblos primitivos que "en su mayoría, y mediante la experiencia empírica, han aprendido a sacar provecho de muchos de los recursos alimenticios naturales presentes en su medio, y a lograr con ello una dieta bastante completa y compensada aún en condiciones de gran escasez". Dubos, R., El hombre en adaptación. loc cit. p 64. Ejemplos manifiestos de esta sabiduría cultural de la alimentación de los pueblos son los hábitos alimenticios de los aztecas en los que se combinaban un adecuado balance con la variedad y la esquisitez (Cfr. Flores y Troncoso, F., Historia de la medicina en México. loc cit. pp 287-301), lo mismo que la mayoría de las dietas tradicionales africanas (Cfr. Jellife, D., et al. The ecology of childhood disease in the Kauamajong of Uganda Archs. Envir. Hlth 9:25, 1964 y Jellife, D., Infant nutrition in the tropics and subtropics. Who, Ginebra, 1955).

Inclusive formas de alimentación irracionales a primera vista encuentran su razón de ser como optimo aprovechamiento de los recursos al considerar la totalidad antropológica de los pueblos (Cfr. Harris, M., op cit. pp 15-58).

(102) Simon, J., Public health, Eigth Report. Privy Council, Londres, 1866, - p 4. Nota. citado por Marx, C., op cit. pag. 823. En realidad el Doctor Simon se refiere aquí como "el otro lado de este mal" a la promiscuidad "inmoral" derivada de las pésimas condiciones de la vivienda, sin embargo, valga la paráfrasis en atención a su claridad para ver ese "otro lado del mal", la explotación, en las miserables condiciones de vida de - la clase obrera inglesa, que pudimos apreciar en la extensa cita referida a la nota 99.

(103) Castro, J. de., Geografía del hambre. Solar, Buenos Aires, p 15. Se suele pensar que las hambrunas de la India son el precio pagado por un excesivo crecimiento de su población, sin embargo, durante la época colonial su crecimiento era más bien bajo o moderado (0,8 a 1,2 por 100) y en todo caso inferior al de los paises de occidente. Las hambrunas se relacionan con las transformaciones que sufrió la agricultura: mientras la producción agrícola alimentaria aumenta seis veces menos que la población, los cultivos comerciales aumentan a un ritmo mayor que ésta. Cfr. Pouchepadass, J. La India del siglo XX. FCE, México, 1976, pp 13-15.

(104) Raymer, S., The nightmare of famin. National Geographic, Julio 1975, citado por Moore, F. y Colins, J., Comer es primero. Siglo XXI, México, - 1982, p 31.

(105) Canguilhem, G., op cit. p 176-177.

(106) Cfr. Weinstem, L., Salud y autogestión. La antimedicina a examen. Dosbe, Madrid, 1978, pp 96-107; Waitzkin, H. y Waterman, B., La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Nueva Imagen, México, 1981, pp 30-44; 85-204; Polack, J., La medicina del capital. Fundamentos, Madrid, 1974, pp 181-192. Basaglia, F., Segregación y control social. en F. Ba-

saglia y otros. La salud de los trabajadores. Nueva Imagen, México, --- 1978 pp 175-181. Novarro, U., La medicina bajo el capitalismo. Crítica, Barcelona, 1978, pp 175-284. Maccacaro, G., Clase y salud. en Basaglia, F. y otros. op cit. p 77-80, 85-87.

(107) El discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que y por medio de lo cual se lucha, Foucault, M., El orden del discurso. Tusquets, Barcelona, 1973, p 12.

(108) Cualquier disciplina está constituida tanto sobre errores como sobre -- verdades, errores que no son cuerpos extraños sino que ejercen funcio-- nes positivas y tienen una eficacia histórica y un papel frecuentemente inseparable del de las verdades [...] no se está en la verdad más que - obedeciendo a las reglas de una "policia" discursiva que se debe reactivar en cada uno de sus discursos" IBID pp 28-31.

(109) Boletín Lederle 2:3 1950 IIforros.

(110) Cfr. Hughes, Ch., Disease and "development" in Africa. En H. Dreitzel, Social organization of health. Mc Millan, 1971 pp 150-213.

(111) Cfr. Grupo tercer mundo. Las multinacionales de la alimentación contra los bebés. Nueva Imagen, México, 1982, pp 45-60, 87-91.

(112) Cfr. Escudero, J., Starting from yeat one: the politics of health in Nicaragua. Int Jour Health Serv. 10:4, 1980, pp 652-655; Navarro, V., Los orígenes económicos y políticos del subdesarrollo de la salud en América Latína. en Navarro, V. op cit. pp 36-38.

(113) Cfr. Mercer, H., Presentación del libro de P. Achard y otros. Discurso biológico y orden social. Nueva Imagen, México, 1980, pp 9-14; Igualmente en la misma obra Chauvenet, A., Biología y Gestión de los cuerpos. - pp 23-53.

(114) Esta observación que parecería impugnadora porviene nada menos que del

Banco Mundial. Ver Waitzkin, H. y Waterman, B. op cit. pp 11-12.

(115) Cfr. Menendez, E., ¿Explotación de la salud o explotación de la enfermedad en las formaciones capitalistas? en H. Waitzkin y B. Waterman, op cit. pp 9-22.

(116) Cfr. Menendez, E., El modelo médico y la salud de los trabajadores. en Basaglia y otros, op cit. pp 12-15.

(117) Aún convencido del vitalismo Bichat lamentaba en 1801: "La medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas". Lain Entralgo, P., Historia de la medicina. loc cit. p 464. El autor añade a continuación "La conversión de la patología en verdadera ciencia va a ser el objetivo principal de los más grandes clínicos de la época que entonces empezaba".

(118) IBID. pp 464-465.

(119) IBID. pp 464-491; Lain Entralgo, P., La historia clínica. loc cit. pp 260-265.

(120) Utilizo aquí el término paradigma de acuerdo a la formulación de Kuhn: "Realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemás y soluciones a una comunidad científica". Kuhn, Th., La estructura de las revoluciones científicas. FCE, México, 1982, p 13. Me limito, pues, a considerarlo, por el momento, en sentido restringido como concepto de la sociología del conocimiento y no como categoría epistemológica a la que atañería no limitarse a describir un tipo ideal científico aceptado consensualmente, sino la pertinencia misma del conocimiento generado como científico.

(121) Es preciso distinguir entre la concepción mecanicista estrecha de - - causa, proveniente de la noción egocéntrica de un agente activo que - ejerce una fuerza, cercana al concepto aristotélico de causa eficiente y que es parte vital de la física clásica, y, por otra parte, el - concepto piagetiano de casualidad referida a la noción general de la explicación del acaecimiento del fenómeno.

Cfr. Kuhn, Th. La Tensión Esencial. Fce, México, 1982, pp. 46-55. Es obvio que dentro del paradigma perseguido por la medicina del si-- glo XIX la casualidad tiene la primera connotación.

(121) Cfr. Meyer, F. Situación Epistemológica de la Biología. en Piaget, J. "Tratado de Lógica y Conocimiento Científico, tomo V; Rpistemología - de la Biología" Paido's, Buenos Aires, 1979. pp. 31-33.

(123) Cfr. Piaget, J. La Equilibración de las Estructuras Cognitivas. Siglo XXI, Madrid, 1978. pp. 9-10.
A partir de Piaget es factible empezar a guardar distancia respecto - al tratamiento ideológico especulativo-filosófico de la teoría del co nocimiento en la medida que no se aborda como apriori intuitivo, sino se le somete a una experimentación rigurosa cuya refutación no puede hacerse ya respaldada en una "toma de posición" ideológica positivista, funcionalista, materialista, o cualesquiera que sea, sino, como - en cualquier ciencia natural, a partir del análisis de su consisten-- cia lógico-experimental. Por supuesto que al someter a prueba experimental las diferentes hipótesis implicadas en las diversas corrientes gnoseológicas, ha sido posible confirmar y refutar sus aspectos.

El resultado de las investigaciones de Piaget ha puesto de manifiesto en sus propias palabras: "Las convergencias evidentes que existen - - entre el constructivismo genético en que nos inspiramos y las corrientes dialécticas" (Piaget, J. Estudios Sociológicos. Ariel, Barcelona, 1983, p. 11). Si propongo aquí una concepción del conocimiento en --

términos de la epistemología genética, no lo hago como petición de -- principio o toma de posición ante una variedad de posibles teorías es peculativas, sino como teoría singularmente científica en tanto sus-- tentada en una rigurosa experimentación psicogenética, a partir de - la cual es posible empezar a labrar la sociogénesis de la historia de la ciencia.

(124) Piaget, J. y García, R. Psicogénesis e Historia de la Ciencia. Siglo XXI, 1982, p. 228.

(125) Ibid p. 229-234.

(126) Ibid p. 232.

(127) Piaget, J. La Equilibración de las Estructuras Cognitivas. Loc. Cit.

(128) Piaget, distingue tres clases diferentes de abstracciones: 1) la - - "Abstracción Empírica" que hace referencia a los objetos físicos exteriores al sujeto; 2) "Abstracción reflectora" de naturaleza lógico -matemática, que procede de acciones y operaciones del sujeto y que - permite tanto proyectar a un plazo superior aquello que se extrae de un nivel inferior, como reorganización en un plano nuevo; 3) "Abs- - tracción reflejada" que supone un juego de comparaciones explícitas - de un nivel superior a las reflexiones utilizadas por la abstracción reflectora, en tanto que tematiza las operaciones de ésta y las ins-- cribe en un sistema de correspondencias. (Cfr. Piaget, J. La Psicogénesis del Conocimiento y su Significado Epistemológico. En N. Chomsky y J. Piaget "Teorías del Lenguaje. Teorías del Aprendisaje". Crítica, Barcelona, 1983. pp. 51-62). Esta distinción es importante para comprender el proceso constructivista del conocimiento como aproximación infinita que se da entre sujeto y objeto y no como copia o reflejo pasivo en una estructura inata de aquello del objeto que se presta a su copia o reflejo, lo que nos conduce según los enfasis que pongamos a posiciones empiristas, kantianas, agnósticas, positivistas, etc.

(129) Piaget, J. y García, R. op. cit. p. 236.

(130) Tal opinión suele estar presente en el discurso de casi todos los -- grandes científicos que se ocupan de las ciencias naturales, cuando - reflexionan sobre su quehacer, y sin que puedan ir más allá de "la -- evidencia" contenida en su sentido común. Dos ejemplos a confrontar. Uno de los físicos contemporáneos más brillantes, Feyman, R. Física, Tomo I, Fondo Educativo Interamericano, 1971 pp. y uno de los - más prestigiados científicos que ha dado México: Rosenblueth, A. El - Método Científico. Prensa Médica Mexicana, Mexico, 1979. pp. 4-18.

(131) "cuando se ha tropezado [con el descubrimiento] sin premeditación uno se apresura un bello escenario, un falso esquema explicativo; después de los hechos se inventan las intuiciones geniales y las hipótesis -- coherentes". Sin duda Bernard ha sido uno de los más grandes científicos en el campo de la investigación biomédica. Alguna vez cuando - una enfermedad le obligó a permanecer en reposo durante la prolongada convalescencia, tuvo a bien reflexionar acerca de su quehacer científico y escribió su "Introducción a la Medicina Experimental" en donde traduce sus descubrimientos como resultado de la rigurosa aplicación del "Metodo Positivista". Pues bien, "El gran Claude Bernard, inmortal autor de una biblia que define de una vez por todas, los princi-- pios fundamentales de la investigación científica, jamás aplicó su famoso método: El estudio de sus notas de laboratorio lo prueba". ---- Gruhier, H. Los Torturosos Senderos del Genio. Le nouvel observateur, No. 896. 1981. Lo más probable es que no se trate de un acto de deshonestidad, sino de una convicción que penetra la ideología de la masa de los investigadores formados dentro del paradigma epistémico positivista.

(132) Smith, C.U.M. op. cit.

(133) Cfr. Crombie, A. Historia de la Ciencia de San Agustín a Galileo. Tomo 2, Alianza, Madrid, 1980. pp. 16-40. De otra parte, parece ser que el pretendido experimentalismo galileno no fue sino una leyenda cons-

truida "a posteriori".

(134) Cfr. Piaget, J. y García, R. op. cit. pp. 37-53.

(135) Bernal, J. La ciencia en la Historia. Nueva Imágen, México, 1979. -- p. 468.

(136) Smith, C.U.M. op. cit. p. 226. En esta misma obra el aut-r nos señala más adelante: "Esta claro por lo tanto, que la obra de Claude -- Bernard, señala un paso de gigante hacia la mecanización de la fisiología. Demostró como el programa cartesiano programado en la década - de 1650 podía, finalmente en los últimos años de la década de 1850 -- ser establecido en detalle realista. Demostró... que no había nada - misterioso, nada que en principio escapara a una explicación mecani-- cista, en la conducta aparentemente positivista de los organismos". - p. 293. Habría que indicar al respecto que dicha hazaña de Bernard -- ejemplifica el efecto simultáneo de iluminador heurístico y de obstáculo epistemológico que tiene el marco epistémico: con los mismos datos un mecanicista verá un sistema homeostático, donde un "partidario" de la cibernética verá un sistema homeorrésico.

(137) Bernal, J. op. cit. p. 469. La representación matemática de un fenómeno constituye sin duda una exitosa coordinación de las estructuras cognitivas del sujeto, de donde resultan formas que pueden ser des- - prendidas de sus contenidos y coordinadas a su vez, mediante abstracción reflexiva y generar así el desarrollo de estructuras lógico-algebraicas. (Cfr. Piaget, J. y Beth, E. Epistemología Matemática y Psicología. Crítica, Barcelona, 1980. pp. 320-328). Sin embargo, en forma similar a cualquier sistema de representación es posible someterla a una inversión fetichista, en la cual la forma expresiva del contenido,

desprendida ya de éste, pueda ser considerada ideológicamente como generadora del contenido. Así, se exigirá que toda realidad sea expresada en un modelo matemático prototípico para reconocerla tal, e incluso se llegará al absurdo de tratar de someter a la realidad a que obedezca a las "singularidades" de los modelos matemáticos que la describen. (Cfr. Alfvén, H. ¿Como podemos abordar el estudio de la Cosmología?. Bol -- Inst. Tonazintla 3(1); 97-105-1982).

(138) Cfr. Piaget, J. y García, R. op. cit. pp. 33, 157-174 y 196.

(139) Cfr. Ibid pp. 175, 189-190.

(140) "El carácter dialéctico de este proceso [correspondencia entre las --- tres etapas y las tres formas conocidas de equilibración cognoscitiva: Equilibración entre asimilación y acomodación de esquemas-intra; entre subsistemas-inter; entre diferenciación creciente de subsistemas y la integración en totalidades-trans] está ahora del todo claro. En primer lugar, el paso de una etapa a la otra no puede ser sino un proceso de .... interrelaciones de elementos en una transformación y de interrelaciones de transformaciones en el interior de una estructura. En - segundo lugar, las interrelaciones no bastan en sí para asegurar el -- paso de una etapa a la siguiente. Poner de manifisto las interrela- - ciones no puede consistir simplemente en mostrar que tal elemento está en relación con tal otro. La superación de una etapa solamente puede hacerse cuando las propiedades de los elementos o de las transformaciones relacionados entre sí están privadas de su carácter 'absoluto' y/- aparecen como casos particulares de una propiedad más general". García, R. Dialéctica, Psicogénesis e Historia de las Ciencias. En Piaget, J. "Las Formas Elementales de la Dialéctica". Gedisa, Barcelona, 1982. En la misma obra, Cfr. también pp. 187-197.

(141) Por supuesto que tal representación de la ciencia como negación de la dialéctica del Universo y del conocimiento ha de tener un contenido - concreto epistemológico que pueda ser interiorizado con plena convicción, yno sólo como penetración ideológica por las mentes más genia-- les. Según Piaget, la dialéctica en el proceso cognitivo "constituye el aspecto inferencial de toda equilibración", es decir, "no intervieneen todas las etapas del desarrollo cognoscitivo, sino sólamente en el curso del proceso de equilibración". Los procesos dialécticos permiten la construcción de cuadros conceptuales nuevos, pero el estado de equilibración corresponde a un momento no dialéctico. "Tal distinción es fundamental [ya que] puede ayudarnos a comprender por qué los físicos, por ejemplo, se encuentran frecuentemente poco dispuestos a aceptar que la dialéctica desempeña un papel en las teorías científicas. En efecto, una vez que se establece una teoría, ésta opera de manera puramente deductiva o 'discursiva'. Y la deducción en tanto que tal no es dialéctica" .García, R. op cit p 208.

(142) Sireferido al movimiento de cuerpos a determinada escala y a otra serie defenómenos físicos, el marco epistémico mecanicista presenta virtudesinnegables, al aplicarse sin más a los fenómenos que escapan a - su capacidad explicativa se torna un obstáculo epistemológica. No es por analogía su equiparación con el paradigma aristotélico, sino por reproducir la misma confusión entre lo que es general y lo que es necesario y la indiferenciación entre lo normativo y lo fáctico. Ahora los presupuestos de como debe ser el mundo ya no provienen de una concepción metafísica de un orden místico del Universo, sino de la vio-- lenta extensión de un orden mecánico representado, a un sistema total del Universo.

(143) Cfr. Berliner, H. A large perspective on a Flexner's report. Int jour health servs 5(4):573; Taussig, M. Nutrition, development and foreing aid. Int jour health servs 8(1):101, 1978; Brown, E. Rockefeller medicine man. University of California, 1979.

NOTAS SEGUNDA PARTE:

(1) Cfr. Díaz, L. El Segundo Imperio, en Cosio Villegas, D. (coord) Historia General de México, El Colegio de México, México, 1977, pp. 138-146 Coatsworth, J. Características Generales de la Economía Mexicana en el Siglo XIX, en Florescano, E. Ensayos sobre el Desarrollo Económico de México y América Latina. (1500-1975) Fce. México, 1979. p. 183.

(2) Ocaranza, F. Historia de la Medicina en México. S/E. México, 1934 pp. 170-172.

(3) La Academia Nacional de Medicina fué producto de la autonomización de la Sección Médica de la Comisión Científica organizada en México en 1862. Se conformó oficialmente el 30 de abril de 1864. Estuvo dirigida en sus inicios por el Jefe de Sanidad del Ejercito Frances y sus más allegados colaboradores, lo que habría de proyectarse claramente en el futuro de una medicina mexicana profundamente afrancesada. Cfr. Flores y Troncoso, F. Historia de la Medicina en México. IMSS, México, 1982, T. III, pp. 344-345.

(4) Hinojosa, F. Apuntes Sobre una Enfermedad del Pueblo de La Magdalena. Gac. Med. Méx. 1:137, 1865.

(5) Frenk,S. Dos Informes Tempranos Sobre la Desnutrición Avanzada con Edemas, Lesiones Cutáneas y Diarreas. Rev. Mex. Pediat. 46:273, 1979.

(6) Vitale, J. Enfermedades Carenciales en: Robins, S. "Patología Estructural y Funcional". Interamericana, México, 1975, p. 461. La palabra kwashiorkor, significa "el segundo hijo": el sindrome fue descrito inicialmente en lactantes a quienes se destetara en edad muy temprana por el nacimiento de un segundo hijo. Es de hacer notar que el cauto Cecily Williams, autor de la clásica descripción del kwashiorkor sólo aventuró como posibilidad que el mal se debiera a una dieta deficiente, sin dejar de considerar una etiología microbiana. Cfr. Williams, C. "A nutritional disease of children associated with a maize diet". Arch Dis Childh. 8:423, 1933. La mentalidad microbiológica, tan enraizada -

en los médicos aún en nuestros días, no podía de jar de considerar que tal padecimiento pudiera tratarse de una infección debida a un microorganismo que estuviera presente en el maíz. Algo similar ocurrió con la pelagra, respecto a la cual se aseguraba, años después incluso de los trabajos de Goldberger, que era causada por el beatífico penicillium glaucum. Lo mismo si hoy muere un niño miserable que padece sarampión, según la mentalidad médica habrá muerto de este y no de hambre, no obstante que el grueso de la letalidad del sarampion se asocia con la desnutrición y el hacinamiento.

(7) Encontramos así que varios nombres que hoy designan carencia específicas no son sino la denominación vernácula con que los pueblos reconocen su desnutrición: Beriberi, Pelagra, Escorbuto; otras palabras saltan los continentes, los siglos y los sonidos para significar lo mismo en culturas bien disímbolas como las equivalentes Chipil y Kwashiorkor; las más permanecen como folclorismos despojados de todo reconocimiento en la terminología médica: tilico, ñango, enclenque, culebrilla, etc.

(8) Coindet, L. Rapport sur une epidemie observée a La Magdalena, Gac. Med. Mex. 1:139 1865.

(9) Por ejemplo, cincuenta años después del artículo de Coindet, el tratamiento indicado para la desnutrición, llamada entonces hipoproteinosis, consistía en: "empleo moderado de laxantes y diuréticos, corta dosis de poción de Todd, nuez vómica, algunos centigramos de cafeina. Medicación encaminada a combatir la astenia y la pereza cardiaca ... y darles alimentación hasta donde se ha podido, nutritiva y sana".

Torroella, M. El primer trabajo escrito en México sobre hipoproteinosis. Gac. Med. Mex. 79 (1):87, 1949.

(10) Rivera, J. y Casanueva, E. (Compiladores) Estudios epidemiológicos sobre desnutrición infantil de México, 1900-1980. IMSS, México, 1982. p. 15.

(11) Gaumer, G. Pellagra in Yucatán. Trans. Nat'L Conf. on Pellagra, Columbia, 1910. pp. 110-117, citado por Terris, M. Estudio de Goldberger -- sobre la pelagra. IMSS. México, 1980.

(12) Patron, J. "¿Que es la culebrilla?". Rev. Méd. Yuc. 3(6) 1908. Reproducida en Rivera, J. y Casanueva, E. po. cit. pp. 23-27

(13) Carrillo Gil, A. Notas sobre la avitaminosis llamada "Culebrilla en Yucatán". En trabajos pediatricos, editado por el autor, México, 1973. pp. 57-75.

(14) Torroella, M. op. cit. pp. 83-87.

(15) Fletcher, W. Rice and Beri-beri: Preliminary report of on experement - conducted at the Kwala Lumpur Asylum. (ancet 1: 1776-79, 1907).

(16) Torroella, M. op. cit. p. 87.

(17) Carrillo, A. op. cit. Para este autor, el origen de "La culebrilla" -- era evidentemente "La hipoalimentación cuantitativa y cualitativa".

(18) Fasler, C. Transformación Social y Planificación de la Salud en America Latina, Rev. C.A. de Ciencias de la Salud (13): 137-141.

(19) García, J. La Articulación de la Medicina y de la Educación en la Es-- tructura Social., en Universidad Autónoma de Santo Domingo, "Salud y - la Política". Santo Domingo, Facultad de Ciencias Médicas, 1979. p. 43.

(20) La naturaleza de la articulación de los países latinoamericanos y el - imperialismo es sin duda uno de los problemas teóricos más complejos - de las ciencias histórico-sociales. La explosión bibliográfica que se ha sucitado desde las valiosas pero inciertas aportaciones de Baran se presenta ante todo como una polémica en la que multitud de autores proponen ejes analíticos y destacan tales o cuales datos para sustentar o

refutar ciertas afirmaciones. Para un análisis crítico en torno a tal polémica y una propuesta analítica de aproximación a partir de la teoría del valor de Marx Cfr. Leal, G. Contribución a la crítica de las teorías sobre el capitalismo latinoamericano. Tesis profesional, Fac. de Economía UNAM, México, 1978. Por otra parte, aunque sin duda el esclarecimiento de la naturaleza del desarrollo capitalista en América Latina permitiría una mejor comprensión de cualquier fenómeno "superestructural" como el que nos ocupa en el primer nivel de aproximación de estudio del proceso en sí mismo puede justificarse, sin menoscabo de rigor, tomar exclusivamente los puntos que "positivamente" van apareciendo en la base económica y que manifiestamente se proyecta en interacción con los fenómenos superestructurales.

(21) González, E. Política económica y acumulación de capital en México de 1920 a 1955. Investigación Económica. 39 (153): 114, UNAM, México,1980

(22) "A medida que el mercado mundial alcanza formas más desarrolladas, el uso de la violencia política y militar para explotar a las naciones débiles se vuelve superfluo, y la explotación internacional puede descansar progresivamente en la reproducción de relaciones económicas que perpetúan y amplifican el atraso y debilidad de esas naciones". Marini, M. Dialéctica de la Dependencia, Era, México, 1973. p. 32.

(23) "La empresa Estado, es la actividad coordinada de una masa históricamente particularizada de propietarios privados [de medios de producción o de fuerza de trabajo] que, sobre el territorio común de sus propiedades organiza todo el conjunto de sus comportamientos productivos y consuntivos -reprimiendo unos, fomentando otros, mediante instituciones y aparatos heredados o creados ad hoc- de acuerdo a un proyecto y a una organización contra sectores no integrables de esa misma masa de propietarios privados y contra las actividades estatales concurrentes que se le oponen desde el exterior". Echeverría, B. El Problema de la Nación. Rev. Cuadernos Políticos (29): 33. El proyecto, la finalidad, las instituciones y aparatos, la conciencia de intereses, el ejercicio

de la violencia, la organización consuntiva y productiva necesariamente implican una estructura social de articualción de la sociedad civil y - del estado, de la estructura económica y la superestructura ideológica y política; tal articualción sólo se integra cuando se constituye un -- sistema hegemónico bajo la dirección de una clase social fundamental -- que pueda vincular la multipolaridad contradictoria de una totalidad social concreta. Cfr. Portelli, H. Gramsci y El Bloque Histórico, Siglo - XXI, México, 1980. pp. 13-39.

(24) Cfr. Hansen, R. La Política del Desarrollo Mexicano., Siglo XXI, México 1981, p. 42; y Aguilar, A. Problemas Estructurales del Subdesarrollo, - UNAM, México, 1979, pp. 167-225.

(25) González, E. op. cit. p. 117.

(26) Solis, L. La realidad económica mexicana, Siglo XXI, México, 1981. pp. 79-86.

(27) Fasler, C. op. cit. pp. 141-142.

(28) Cfr. Ibid. pp. 136-143; García, J. op. cit. pp. 44-45; y Hernández, H. Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980, en F. Ortíz (ed). "Vida y Muerte del - Mexicano", Tomo 2. Folios, México, 1982. p. 50-52.

(29) Hernández, H. op. cit. p. 51.

(30) Gutelman, M. Capitalismo y Reforma Agraria en México. Era, México, 1971 pp. 105-111. Como modalidad de acumulación del capital en el campo, la "vía campesina" coexiste con la "vía terrateniente". El cardenismo a -- riesgo de ser esquemático, representaría un intento de imponer la primera vía desmantelando los grandes latifundios de corte feudal y obligando a los grandes ex-propietarios a transformarse en cultivadores capitalistas, al mismo tiempo que se consolidaba una extensa pequeño-burgue--

sía rural. La contrarreforma alemanista, recuperaría para la "vía terrateniente" la dominación en la acumulación de capital en el campo. -- La aparición y desaparición de los servicios médicos ejidales cooperativos durante estos períodos, ilustra la dinámica de la acción estatal en el campo de la salud articulada con las necesidades de la forma específica como se desarrolla el capitalismo.

(31) Hernández, H. op. cit. p. 54.

(32) Ibid pp. 57-58 y 61-66.

(33) Cfr. Iani, O. El Estado capitalista en la época de Cárdenas, Era, México, 1977. pp. 13-38; Carrión, J. y Aguilar, A. La Burguesía, la oligarquía y el Estado, Nuestro Tiempo, México, 1977. pp. 170-173; Cabral, R. Industrialización y Política Económica. en: R. Cordera (ed) "Desarrollo y Crisis de la Economía Mexicana". Fcr. México, 1981. pp. 77-96.

(34) Hernández, H. op. cit; Fasler, C. op. cit.

(35) El término "Intelectual orgánico" acuñado por Gramsci, lejos de constituir un reduccionismo que limita la acción del sujeto a ser mero agente de una fatalidad económica enriquece la capacidad de análisis histórico, en la medida que retoma el accionar uno de los individuos concretos como el elemento que vincula orgánicamente la estructura socioeconómica y la superestructura política e ideológica, en la conformación de un bloque histórico. Cfr. Pizzorno, A. Sobre el Método de Gramsci, en A. Pizzorno et.al "Gramsci y las Ciencias Sociales", Siglo XXI, México, 1978. pp. 50-51.

(36) Los Datos de Federico Gómez, siempre que no se cite otra fuente, están tomados de: Benavides, L. Doctor Federico Gómez Santos. Rev. Méx. Pediat. 47(2): 98-100, 1980; y Frenk,S. Federico Gómez, El Médico. Rev. Méx. Pediat. 48(4): 221-222. 1981.

(37) Los datos de Salvador Zubirán están tomados, si no se indica lo contrario de; Asociación de Médicos del Instituto Nacional de la Nutrición. - Doctor Salvador Zubirán, S/E, México, 1973. pp.247; y Solimanski, R.Instituto Nacional de la Nutrición. Rev. Inf. Cient. y Tecnal. 5(78):1476, CONACYT, México, ¿983.

(38) Asociación de Médicos del Instituto Nacional de la Nutrición, op. cit. p. 87. La cita continúa asi: "Dichos estudios se llevaron a cabo muy especialmente en las zonas donde se encontraba más frecuentemente este padecimiento, como es en el Estado de Veracruz". Ya vimos en la primera parte de este trabajo (vide supra pagina) los motivos reales de la - acción "sanitaria" de la fundación Rockefeller en América Latina. Para quien se ha educado en las excelencias del modelo flexneriano le será - imposible darse cuenta que no eran precisamente uncinarias las que atraían la presencia de la Rockefeller en Veracruz: podrían encontrarlas -- con igual frecuencia en casi la mitad del país azotando a la población miserable. Allí donde el ingenuo biologicismo del médico no encuentra más que "Necator Americanus", la Standard Oil falsea estadísticas y encuentra petróleo.

(39) George, S. Cómo Muere la Otra Mitad del Mundo. Siglo XXI, México, 1981. p. 103.

(40) García, M. Alimentos y Política Internacional de los Estados Unidos. Estudios del Tercer Mundo. 3(2): 33-71, México, 1980.

(41) Castro, J. de, Geografía del Hombre. 1976.

(42) García, M. op. cit.

(43) "Con la ayuda económica de la Fundación Rockefeller los citados profe-- sionistas [Julio Torroella y quien más tarde llegaría a ser Director -- del HIM, Luis Torregrosa] emprendieron un viaje por varias universidades de los Estados Unidos y una de Jamaica, mismas que sobresalían por

sus adelantos en el campo de la pediatría. Aquel viaje aportó algunas técnicas válidas que más tarde se pusieron en práctica". Médico Moderno. El Hospital Infantil de México, número correspondiente al mes de agosto de 1975, p. 40.

(44) Avila, A., et. al. Trabajo correspondiente al Módulo Práctica Médica de la Maestría de Médicina Social. fotocopia MMS-UAMX, México, julio de 1981, p. 38.

(45) Avila, I. Medio Siglo de Trabajos en Favor de la Niñez. Rev. Méx Pediat. 47 (4): 173, 1980.

(46) Frenk, S. Desnutrición en Pediatría, Rev. Méx. Pediat. 47 (3):118.

(47) Cravioto, J. y Arrieta, R. Investigación en Nutrición, Crecimiento y Desarrollo en el Campo de la Pediatría. Mimeo, Incytas-Dif, México, S/F. p. 6.

(48) Gómez, F. Desnutrición. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 3(4): 543-551. 1946.

(49) Aguilar, R. Estudio sobre las avitaminosis y las perturbaciones del crecimiento en niños hipoalimentados. Gac. Méd. Méx. 75:25-40, 1945, y (2): 200-207, 1942. Por cierto, Torroella concluye su artículo diciendo: "Ojalá... podamos ver en el futuro desaparecer o disminuir siquiera, del cuadro de los niños, esta enfermedad que existe para vergüenza por falta de caridad" (el subrayado es mio).

(50) Gómez F. op. cit.

(51) Foucault, M. Crisis de la medicina o de la antimedicina. Educ. Médica y Salud. 10 (2): 152, 1976. "La medicina responde a otro motivo que no es la demanda del individuo, lo que solo acontece en casos mas bien limitados. Con mucha mas frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no como un acto de poder[.]Existe una política sistemática y obligatoria de localización de enfermedades en la población que no responde a la demanda de ningún enfermo[..]La medicina de intervención autoritaria en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva es un hecho absolútamente característico. Hoy la medicina esta dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades y la demanda del enfermo[..] Puede afirmarse que en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad de na norma[..] La perpetua empresa de restituir el sistema de normalidad." La normatividad médica de la desnutrición implica, entre otras cosas, que sólo es aquéllo que es reconocido por los médicos; que, en tanto tal, es al medico al que le corresponde establecer su diagnóstico y dictar la teraíeutica a nivel individual y colectivo, descalificando a quienes la padecen de ser capaz de comprender su propia condición y emprender acciones para modificar sin que aquél los dirija. El ejercicio de un poder penetra así en cada resquicio de la cotidianidad y se nutre de un enjambre de actos individuales de dominación-sometimiento sin que medie su presencia tangible.

(52) Gómez, F. Hambre Crónica. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 7: 479, 1950.

(53) Gómez, F. Desnutrición. op. cit.

(54) Ramos Galván; R. La Desnutrición Infantil en México. Sus aspectos estadísticos, clínicos, dietéticos y sociales. Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. 5: 84, 435 y 451 (1948) y 6: 12 1949. A más de estos ejemplos que abundan en la obra de Ramos, su identificación con las instituciones no deja de manifestarse: "La Campaña Nacional de Lucha Contra la Desnutrición Infantil [uno de los tantos programas demagógicos e inútiles que han contado con la entusiasta participación de los funcionarios médicos] sancionada por el Decreto Ley es la mejor garantía de la adopción inmediata de medidas asistenciales, preventivas y curativas de la desnutrición y ponemos en ella nuestra más firme esperanza de mejoramiento físico y superación espiritual de nuestro pueblo".

(55) Vease la nota 137 del Capítulo I. Por fortuna no todos los hombres de ciencia piensan igual: Bertrand Roussel no aceptaba el apriori platónico de la idealidad de las matemáticas y consideraba la posibilidad de que ciertos fenómenos sólo sean reconocibles matemáticamente como una limitante gnoseológica; Einstein al ser interrogado sobre el contraste alcanzado en el conocimiento de la física respecto al de los problemas sociales no dudó en responder: "Es porque la física es una ciencia mucho más simple que la política". Castro J. de, El Hambre Problema Universal, La Pléyade, Buenos Aires, 1974.

(56) Martínez, P. y Ramos Galván, R. Aspectos Sociales de la Pelagra. Citado en Martínez, P. "La Desnutrición Infantil en México". Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 8:757, 1951

(57) Cfr.Gómez, F. et al. "Estudios Sobre el Niño Desnutrido". Aparecidos en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México: Estudio de las Secre

ciones Digestivas en Ayunas, en Niños Desnutridos. I Contenido Gástrico, 5:779, 1948; II Contenido Duodenal, 6:161, 1949; III La Recuperación del Niño Desnutrido empleando proteínas de origen vegetal y proteínas de origen animal, primera experiencia comparativa. 4:513, 1947; IV Pruebas de Funcionamiento Hepático en el Preescolar Sano y en el Desnutrido, en el Pelagroso y en el Infectado. 7:485, 1950; V Las Proteínas y sus Fracciones en el Preescolar Clínicamente Sano y en el Desnutrido. 7:497, 1950; VI El Volumen Sanguineo y el del Plasma en el Preescolar Clínicamente - Sano. 7:504, 1950; VII El Volumen Sanguineo y el del Plasma en el Preescolar Desnutrido. 7:514, 1950; VIII Síndrome de Recuperación Nutricio-- nal. 8:593, 1951; IX Los Eosinófilos Circulantes y la Prueba de Thorn - en le Preescolar Desnutrido. 8:609, 1951; X La Recuperación del Niño -- Desnutrido empleando proteínas de origen vegetal y proteínas de origen animal. Informe de tres experiencias comparativas. 9:399, 1952; XI Actividad Enzimática dle Contenido Duodenal en Niños con Desnutrición de -- Tercer Grado. 10:106, 1953; XII La Anemia del Desnutrido. 10:236, 1953; XVI Niveles de Proteínas del Líquido Cefalorraquideo. 14:121, 1957; - - XVII Manifestaciones Psicológicas. 11:531, 1954; XVIII Niveles Sericos de Calcio, Fósforo Inorgánico y Fosfatasa Alcalina en Preescolares con Desnutrición Crónica Severa y en el Curso de Recuperación Nutricional. 13:865, 1956; XIII Treatment of third-degree malnutrition without co-- mercial vitamins. Am. J. Dis Child 87:684, 1954; XIV Mortalidad en la - Desnutrición de Tercer Grado. Gac. Méd. Méx. 87:81, 1957; Cfr. También Benavides, L. La Desnutrición Infantil, Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 5: 311, 1948; Cravioto, J. Un Caso de Desnutrición de Tercer Grado Tratado con Testosterona. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 6:799, 1949; De la Torre, J. Alteraciones Electrocardiográficas en Niños Desnutridos Multicaren-- ciados. Bol. Méd. Hosp. Inf. 6:317, 1949; Gómez, F. Las Seroproteínas y sus Fracciones en el Preescolar Sano y en el Desnutrido. Memorias del - III Congreso Nacional de Pediatría, México, 1950; Cravioto, J. Application of Newer Knowledge of Nutrition on Physical and Mental Growth and Development. A.J.P.H. 53:1803, 1953; Gómez, F., Ramos Galván, R., -- Cravioto, 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. Gómez, F. Ramos Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S., -

Vázquez, S., De la Peña. C.: Fat Absorption in Chronic Severe Malnutrition in Children. Lancet 2: 121, 1956; Olarte, J., Cravioto, J., Campos, B.: Inmunidad en el Niño Desnutrido. 1. Producción de Anti-Toxina diftérica. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 13: 467, 1956; Ambrosius, K. Alteraciones Hepáticas en la Desnutrición Infantil. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx) 13: 345,1956; Sánchez, L. Las Alteraciones de Médula Osea en el Desnutrido de Tercer Grado. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx) 13: 659, 1956; Gómez, F. Ramos Galván, R., Cravioto, J., and Frenk, S.: Protein Metabolism in Chronic Severe Malnutrition (Kwashiorkor). Effect of the Supplementation of Lysine on obsorption and reiention of nitrogen of cow's milk.J. Pediat. 51:262, 1957; Meicoff, J., Frenk, S., Gordillo, G., Gómez, F., Ramos Galván, R., Cravioto, J., Joneway, 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; 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; 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; Gómes,F. Ramos Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S., De la Peña, C., Moreno, M.F. and Villa, M.F.: Protein Metabolism in Chronic Severe Malnutrition ---- (Kwashiorkor). Influence of supplements of Lysine and Iryptophan on the Absorption and Retention of Nitrogen from a Typical Diet of Corn-meal - and Beans. Acta Pediat. 46: 286, 1957; Cravioto, J.: Proteins in Malnutrition. Modern Problems in Pediatrics. S. Karger Basel., Switzerland, 2:169, 1957; Gómez,F., Ramos Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S., Jeneway, C.,Gamble, J.L.: Intracellular composition and homeostatic mechanisms in chronic infantile malnutrition, I. General considerations, - - Pediatrics 20: 101, 1957; Frenk, S., Metcoff, J., Gómez, F., Ramos Galván, R., Cravioto, J., Antonowiez, I.: Intracellular composition and -- homeostatic mechanisms in chronic infantile malnutrition. II. Tissue -- composition. Pediatrics 20: 105, 1957; Gordillo, G., Soto, R., Metcoff,

J., López Montaño, E., García antillón, J.: Intracellular composition - and homeostatic mechanisms in severe chronic infantile malnutrition. III. Renal adjustmenis. Pediatrics 20: 303, 1957; Gómez, F., Ramos Galván, R., Cravioto, J., Frenk, S.: Prevention and treatment of chronic severe malnutrution (kwashiorkor). Ann. New York acod. Sel. 69: 969,1958; 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; Frenk, S., Ramos Galván, R., Cravioto, J.: Fally Liver in children with Kwashiorkor. Am. J. - Clin. Nutrit. 6: 1958; Cravioto, J.: Cerlain aspects of protein metabolism in chronic severe malnutrition. (Kwashiorkor). Am. J. Clin. Nutrit. 6: 495, 1958; 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; Cravioto, J., De la Peña, C., and Burgos, G.: Fat Metabolism in Chronic Severe Malnutrition. Lipoproteins in Children with Kwashiorkor. Metabolism 8: 722, 2959; Ramos Galván, R., Letalidad en el Niño Desnutrido. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 15: 875, 1958.

(58) Cravioto, J. Arieta, R. op. cit. p. 9.

(59) La comparación de quienes investigan la desnutrición con el siniestro -- doctor Joseph Mengele, no es méramente formal, incluso es preciso reconocer que las diferencias de forma son considerables; pero son identificables en el trasfondo social de ambos tipos de investigación. El nazismo crea las condiciones para que los investigadores más brillantes, formados en su ideología y recompensados generosamente en la medida que la interioricen, puedan trabajar en los más diabólicos experimentos sin responsabilidad moral alguna: es preciso generar un conocimiento científico para "bien de la humanidad", identificado éste como los intereses de la burguesía financiera. El médico sólo recibe un cuerpo despojado ya de - toda condición humana sobre el cual actúa sin tener que preocuparse en -

lo más mínimo del proceso social que condujo al ser humano a su miserable condición. Esto es exactamente lo mismo que ocurre con los brillantes investigadores de la desnutrición, el capitalismo les proporciona - con generosidad sujetos desnutridos despojados de su condición humana - para que ellos, libres de responsabilidad moral, utilicen sus cuerpos - como objetos de investigación sin que tengan que detenerse a considerar lo atroz que hay en ello.

(60) Cravioto, J. y Arrieta, R. op cit. Este "logro fundamental" es una prueba de como una concepción ideológica puede oscurecer mentes de cierta - inteligencia como la de Gómez y sus colaboradores. En un trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina en 1956 (Gómez, F. et. al. Estudios Sobre la Desnutrición. XIV... op. cit.) encuentra que "la diferencia -- entre la mortalidad de los niños [desnutridos de tercer grado] con desequilibrio hidromineral y de aquellos que no lo padecen dio un coeficiente 't' muy elevado (7.98) y un 'p' [SIC] menor de 0.001. [ ] Los da-- tos aquí expuestos autorizan a concluir que uno de los factores que más podría reducir la elevada cifra de mortalidad en la desnutrición avanzada es el mejor conocimiento del metabolismo del agua y de los electrolitos de este tipo de pacientes. Creemos también que la desnutrición en sí constituye un factor predisponente pero no la causa directa de tan - alta mortalidad". (el subrayado es mio). No sólo hay una concepción pregalénica de la casualidad en el burdo sofisma de tal argumentación sino también una ausencia del más elemental sentido común de razonamiento, y es que otro sentido común, ideológico éste, en correspondencia con su - representación biologicista del mundo, suele conducir a la irracionalidad. Un valor alto en la "t" de Student sólo indica la baja probabilidad de que las muestras comparadas pertenezcan al mismo universo; pero no "autorizan a concluir" sobre la casualidad; ésta se genera dentro - de un marco lógico conceptual y no brota como tal de las asociaciones - estadísticas. Si aplicamos a otra circunstancia el marco lógico-concep

tual que subyace en la argumentación de Gómez y colaboradores estaría-- mos "autorizados a concluir", por ejemplo, que el "paro cardiorespiratorio", en muchos casos es la causa directa de las muertes bajo tortura y ésta es solamente un "factor predisponente", sin dejar de elucubrar, -- por supuesto, si no podría disminuirse la mortalidad en las ergástulas con un mejor conocimiento del funcionamiento de los centros cardiaco y respiratorio de la médula oblongada.

(61) Ibid p. 8.

(62) Gómez, F. et. al. Mortality in Second and Third Degree Malnutrition. J. Trop. Pediat. Sep. 1956: 77-83. Hoy en día las tasas de mortalidad son aún menores y esto suele presentarse como prueba irrefutable del avance del conocimiento médico. Pero esto tiene un sesgo importante que hace que no sean equiparables los datos. La selección de pacientes a la admisión excluye de principio a los desnutridos de tercer grado. Hace veinte años presentar una desnutrición de tercer grado era indicación para ingresar al hospital infantil, hace diez años ya era una contraindica-- ción. Valga un testimonio personal: en 1974, como participante de una brigada estudiantil de trabajo en el campo traslade un niño marasmático a la Ciudad de México y tuve que peregrinar por varios hospitales in-- fantiles públicos sin que en ninguno de ellos aceptaran su ingreso hasta que hubo que recurrir a ciertas presiones. Pocos años después, del - - otro lado del mostrador, como estudiante e interno de medicina, fuí testigo de la consigna de no admitir a hospitalización ningún niño con tercer grado de desnutrición; los motivos eran dos: el niño moriría de todas maneras y no haría sino ocupar por algún tiempo una cama que otro - niño enfermo necesitaba; el segundo motivo era más elemental: elevaría la tasa de mortalidad del hospital lo que dañaría su prestigio.

(63) Frenk, S. op. cit. p. 119.

(64) Queda claro que esta medicalización no parte de lo médico sino que lo - traspasa. No es acción que parta del quehacer médico y que se conjure en su neutralización, no es una némesis médica, sino una "nemesis" hegemónica que permea cada instancia de las instituciones y espacios requeridos para el curso de la vida cotidiana y que impone formas de actuarla y de pensarla.

(65) Laurell. C. Los usos de la epidemiologia. Mimeo, Maestria en medicina - social. UAMX, México, S/F. "La medicina define el problema de la salud en términos de la enfermedad biológica del individuo, lo que conlleva - dos problemas respecto al tipo de conocimiento que se quiere generar. - Por una prte, le da una especificidad que en el terreno metodológico corresponde a la biología y la química, y por la otra lo desarticula de - la totalidad social. Un objeto asi delimitado orienta la generación del conocimiento hacia las explicaciones parciales en el campo biológico--- químico y imposibilita descubrir sus características y determinantes - sociales; prohibe entender a la salud enfermedad como proceso social".

(66) Daza, C. Y Read, M. Participación del Sector Salud en un Sistema de Vigilancia nutricional. Bol. of Sanit Panam 91 (4): 302-314, 1981.

(67) Gómez, F., Ramos Galván, R., Cravioto, J. y Frenk, S.: Centro rural de estudios del hospital infantil de México, "Operación Zacatepec" 1. Bol. Méd. Hosp. inf. (Méx) 14: 1, 1957.

(68) S/A. Entrevista: Dr.Joaquín Cravioto, Cuad.Nutr. 5(3):44, México, 1982.

(69) Cravioto, J. consideraciones epidemiológicas y bases para la formula--- ción de un Programa para la Prevención de la Desnutrición. Bol. Méd. -- Hosp. Inf. (Méx.) 15: 925-940 1958.

(70) Ramos G.R. et. al. comparación de un método indirecto y otro directo en la evolución del estado nutricional de los niños de una comunidad rural.

Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 15: 855, 1958; Ramos G. R. et.al. La Prueba de Goodenough. Estudio de 850 dibujos realizados por escolares de Tlal-- tizapan, Mor., IX Reunión Asoc. Ped. p. 161, 1959. Robles,B. y Cravioto, J. Influencia de ciertos factores ecológicos sobre la conducta del niño en el medio rural. IX Reunión Asoc. Inv. Ped. p. 121, 1959. Pérez, J. -- Estudio longitudinal de un grupo de niños a los que se les siguió durante su primer año de vida. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) 17:283, 1960; Cravioto, J., Ensayo de sistematización del concepto popular de enfermedad transmitible. Bol. Ofic. Sanit. Panamer. 53: 136, 1962.

(71) Cravioto, J. y Arrieta, R. op cit p 17. De este impresionante catálogo - de conocimientos, muchos no son más que items de una encuesta única (ver anexo), particularidades de un estudio más amplio (todos los temas del - área psicomotora y neurosensorial) e incluso exageraciones del alcance - real del proyecto de investigación ("Incidencia de la desnutrición en el medio rural del centro de México"). Hay cerca de cuarenta artículos pu-- blicados sobre estos temas, pero en su mayoría se repiten hasta cinco o seis veces con una pequeña variación en las distintas publicaciones (por ejemplo, ver nota 73). Aquellos que incorporan el aspecto social serán - tratados con detalle en este trabajo.

(72) Ibid.

(73) Cravioto, J. y Licardie, E. La Desnutrición Infantil y el Ambiente Social. Ciencia y Desarrollo (13): 549, México, 1977. Con algunas variables de -- forma este mismo trabajo se expone en otros dos artículos: Ecology of Malnutrition Enviromental Variables Associated with Severe Clinical Malnutrition. Modern Prob in Pediat. 14: 157, 1975 y Maternal-Infant Relationship prior to the Development of Clinically Severe Malnutrition in the Child.- Proc. Western Hemisphere Nutrition Congress IV. en White, P. and Selvery, N. (eds) Proc. Western Hemisphere Nutrition Congress IV, vol III. A.M.A. Chicago, 1975 pp 126-137. Microenvironmental Factors in Severe Protein-Ca

lorie Malnutrition en Nutricion and Agricultural Development. Scrimshaw y Behar (ed.) New York 1976; Mother-Child Interrelationships and Malnutrition, en The Family Can it be saved?. Vaughan y Brazelton (ed) New - York, 1976.

(74) Vega. L. y García, H. Bases Esenciales de la Salud Pública. La Prensa Médica Mexicana, México, 1982. p.63-64 (el subrayado es mio). El primer autor se formó en el HIM y actualmente es jefe del Departamento de Nutrición y Gastroenterología del mismo; ha escrito numerosos artículos en colaboración con Joaquín Cravioto.

(75) Ibid. p 77. El subrayado es mio.

(76) Piaget, J. Estudios Sociológicos. Ariel, Barcelona, 1983 p 33.

(77) Zemelman, H. Problemas en la Explicación del Comportamiento Reproductivo. En Mertens, W. et al Reflexiones Teórico-metodológicas sobre Investigaciones en Población. Colegio de México, México, 1982, p 104. (el subrayado - es mio).

(78) Peregrina, L. Población, Salud y Alimentación. Salud Publ. Mex. 15 (6): - 873, 1973.

(79) Vega, L. Desnutrición: Expresión de Enfermedad Social. Bol. Med. Hosp. Inf. (Méx.): 34: 1215, 1977.

(80) Cravioto, J. y Licardie, E.; Birch, H. ; Rosales, L. y Vega, L. Ecology of Growth and Developmente in a Mexican Pre-industrial Comunity. Report I : Methods and Findings from Birth to one month of age Monographs. Soc. Res. Child. Develop. 5(34) : / 1969.

(81) Sanjur, D. ; Cravioto, J. ; Veen, A. y Rosales' L. La Alimentación de los lactantes y el destete en un medio rural preindustrial. Bol. of Sanit. Panamer. 80:281. 1971

(82) Ibid.

(83) Cfr. Rose, S. Racismo científico e ideología: El fraude del IQ, desde Galton hasta Jensen. En H. Rose y S. Rose. "Economía Política de la Ciencia". Nueva Imágen, México, 1979.

(84) Cravioto, J. y Licardie, E. La Desnutrición infantil y el ambiente social. op. cit.

(85) Ibid.

(86) Ibid. El subrayado es mio.

(87) Algunos de ellos. George, S. op. cit; Moore, F. y Collins,J. Diez mi-- tos acerca del hambre, Ed. Copider[aumentada con datos sobre México] México, 1980; García, R. y Escudero, J.Drought and Man, Vol. 1, Nature Pleads not Guilty, Vol. 2 The constant catastrophe: Malnutrition, Famines and Drought, Pergamon, Oxford, 1982; Gross, D. Underwood,B. Technological Change and Caloric Cost: Sisal agriculture in Northeastern Brazil. American anthropologist 73(3) 725, 1971; Taussing, H. Nutrition, develpment and foreing AID: A case study of US.- Directed Health care in a Colombian plantation zone. Intern. J. Health serv. 8(1):101,1978; Comite D'Información Sahel,Quí se mourrir de la famine en Afriqué, Maspero, París, 1976; Grupo Tercer Mundo. Las multinacionales de la alimentación contra los bebés, Nueva Imágen, México, Garreau, G. El Negocio de los alimentos, las multinacionales de la desnutrición, Nueva - Imágen, México, 1980. Barkin, D. y Suárez, B. El fin de la Autosufi--

ciencia alimentaria, Nueva Imágen, México, 1982; Echeverría, R. (coord.)Transnacionales, Agricultura y Alimentación. Nueva Imágen , México, 1982. Montañez,C. et.al. Las negociaciones del hambre. Nueva Imágen, México 1982; Portilla,B. Alimentos: Dependencia o desarrollo Nacional. Nueva Imágen, México, 1983. En la bibliografía de estas obras se puede a su vez localizar centenares de estudios similares. Además de estos habría que sumar muchos miles de estudios económicos y sociales que hacen referencia al tema desde una perspectiva general.

(88) Cravioto,J. y Licardie,E. La desnutrición infantil y el ambiente social. op.cit.

(89) Cravioto, J. y Licardie,E. Ecology of Malnutrition Enviromental variables... op.cit.

(90) Existen por supuesto métodos para estimar el error muestral que indican ya de antemano lo ocioso de emprender una prueba de significatividad o su alcance. Los autores de la investigación no hacen referencia a esta situación(el coeficiente Menzel no detecta error muestral sino de ordenación escalar, ceros en campo de los unos y viceversa) y resulta sospechoso encontrar coeficientes de correlación en los que se incluye una muestra tamaño N=1. Ver Sanjur, D., Cravioto,J. et.al. op.cit. p.304

(91) Deutsh, E. y Cravioto,J. Cambios en la patología infecciosa del oido medio a través de los cuidados médicos primarios en una comunidad preindustrial mexicana. Bol. of Sanit. Panamer 88:506 1979.

(92) Laurell,C. La Salud Enfermedad como proceso Social. op.cit. p.24

(93)Cravioto,J. y Licardie,E. La malnutrición precoz en la primera infancia. Alimentación y nutrición. 2(4):242 1976.

(94) Cravioto,J. y Arrieta,R. Algunas consideraciones sobre desnutrición en el niño y política nutricional. Mimeo. INCYTAS-DIF, México,1975(?).

(95) Asociación de Médicos del Instituto Nacional de la Nutrición. op cit. -- p. 134.

(96) Un ejemplo de esta mentalidad nutriologicista lo constituye la obra de -- Urbachi, E. Skin Dideases Nutrition and Metabolism. New York, Grune and - Stratton, 1946. En ella el autor se propone "presentar la primera revi--- sión global de las relaciones mutuas entre la dermatología y la medicina interna con especial referencia a los aspectos nutritivos, bioquímicos y metabólicos. [] Sólo ahora empezamos a comprender la verdadera importan-- cia de los transtornos celulares, especialmente de aquellos debidos a cambios en el proceso de la oxidación biológica y de otras funciones enzimáticas... Los próximos años, sin duda alguna, serán testigos de una amplia expansión de nuestros conocimientos acerca de estas relaciones".

(97) Asociación de Médicos del Instituto Nacional de la Nutrición. op cit. -- p. 138.

(98) Zubirán, S., Gómez-Mont, F. y Laguna, J. Alteraciones Endócrinas de la Desnutrición. Rev. Inv. Clin. 6: 395, 1954; Zubirán, S., Gómez-Mont, F. Endocrine Disturbances in Chronic Human Malnutririon. Vitamines y Hormones 9: 97, 1953; Zubirán, S., Gómez-Mont, F. y Laguna, J. Endocrine Disturbances and their Dietetic Background in Undernourished in México. Ann. Int. Med. 42: 1259, 1955.

(99) Zubirán, S. Principales Manifestaciones Clínicas de la Desnutrición en Nuestro Medio. Rev. Inv. Clin. 6: 157, 1954.

(100) Zubirán, S., Gómez-Mont, F. y Lichtenberg, F. Influencia de la Alimentación Deficiente en la Producción de Alteraciones del Hígado en México. Rev. Inv. Clin. 1: 143, 1948.

(101) Asociación de Médicos del INN. op cit. p. 172.

(102) Ibid p 178.

(103) Slomianski, R. op cit. pp 15-16. El subrayado es mio. Es claro el sesgo - que han de presentar dichas encuestas realizadas por nutriólogos y bioquímicos especializados principalmente en los Estados Unidos. Pero la autora de la cita nos ilustra a continuación el uso de las encuestas: "Estas permitieron conocer con precisión lo que según el Doctor Zubirán no era hasta entonces más que una suposición: en el pueblo existían daños y cuadros clínicos causados por la mala alimentación".

(104) Zubirán, S. La Dirección de Nutrición Nacional. Objetivos, Funciones y -- Programas. Rev. Salud Publ. Méx. 1: 15, 1959.

(105) Asociación de Médicos del INN op cit. p. 173.

(106) Fasler, C. op cit. p. 134.

(107) Hernández, H. op cit. pp 80-82.

(108) Instituto Nacional de Nutrición. Encuestas nutricionales en México. Volumen 1: estudios de 1958 a 1962. División de nutrición. Publ. L-1, México, 1974.

(109) ibid.

(110) ibid. p. 335.

(111) Zubirán, S. et. al. Programa Piloto de alimentación rural en Sudzal, -y- Yucatan, Casa Chata, Salud Pübl. Méx. 2:253, 1960.

(112) Cfr. Menéndez, E. Poder Estratificación y Salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán, Casa Chata, -- México 1981.

(113) Garcia, M y Banam, G. Programa Experimental en Sudzal Yucatan. Higiene 13:156 1961.

(114) Madrigal, H. et. al. La utilidad de diversos métodos para prevenir la - pelagra endémica, en: INN. " La desnutrición y la salud en México" División de Nutrición . Publ. L-34- México, 1976. pp 660-662.

(115) Instituto Nacional de Nutrición. Encuestas Nutricionales en México. Vol II Estudios de 1963 a 1974. División de Nutrición Publ. L-21, México -- 1976.

(116) Instituto Nacional de Nutrición. Encuestas Nutricionales en México, -- Vo. III . Estudios en grupos especiales. División de Nutrición, Publ. - L- 33, México, 1977.

(117) Coplamar. Necesidades esenciales en México. Vol 1 Alimentación. Siglo - xxl, México, 1982. p 18.

(118) Perez-Gil, E. et.al.,Situación nutricional y de salud en la zona tropical de clima humedo de la costa del Golfo de México. División de Nutrición INI, Publ. L-4i, México 1980.

(119) Martinez, C y Chávez, A. La nutrición de los lactantes en una comunidad indígena. Evaluación de un programa para su mejoramiento. División de - Nutrición LNN. Publ. L-9 México, 1966.

(120) Kumate, J. et. al. La salud de los mexicanos y la medicina en México. - El colegio Nacional, México, 1977. p. 140.

(121) Asociación de Médicos del INN, op. cit. p. 168.

(122) Chávez, A y Zubirán, S. Política y programa para el mejoramiento de la nutrición en México. Salud Publ. México 7 (3): 427, 1965.

(123) Ibid. P 429. Sobre las medidas específicas en el terreno de la desnutrición infantil propuestas por el INN en aquella época. Cfr. Chavez, A. - La prevención de la desnutrición infantil. Salud Publ. México 8 (1): 33 1966.

(124) Zubirán. S. Importancia de la nutrición en el desarrollo socioeconómico. Salud. Publ. Méx. 11 (4) 503.

(125) INN. Encuestas nutricionales, vol 1 op. cit. Ya desde 1963 los estudios de comunidad daban cuenta que: " Las utilidades del trabajo individual en las comunidades rurales rara vez beneficia al trabajador mismo o sea que los ingresos familiares no están en proporción a su producción... Si se produce mucho, los precios de compra bajan y los de venta suben, lo mismo que aumentan los intereses por préstamo... Se han estudiado comunidades que producen más de 9000 calorias per cápita diariamente y de buena calidad y apenas pueden disponer de 2000 de mala calidad" Chavez, A y Ramirez, J. Nutrición y desarrollo económico. Salud. Publ Méx. 5 (5): 829-830, 1963.

(126) Martinez, C. et.al. La lactancia en el medio rural. División Nutricion INN publ L-26, México, S/F'

(127) Hernandez, M y Chávez, A. Las practicas de alimentación infantil en el medio rural mexicano. División de Nutrición INN, Publ L24, México, 1975.

(128) Aparicio, J. El intercambio de alimentos en la mixteca alta. División de Nutrición. INN. PRONAL-CONACYT, Publ. L-22, México, 1975.

(129) Chávez, A y angeles, F. Estudio sobre recuperación de niños desnutridos en comunidades rurales I . El papel de la atención médica. Arch. Latinoamer Nut. 18: 133, 1968. "Los resultados de la acción médica fueron más bien desalentadores... la mayoria de los niños quedaron en un equilibrio inestable bastante proximo otra vez a la desnutrición". p. 146'

(130) Martinez, C. Chávez, A. III El papel de la educación nutricional en una comunidad muy pobre. Arch. Venezolanos. Nut. 18; 263 1968. " Es notable el cambio de conducta en relación a la alimentación habitual, puesto que ya se daban más alimentos y en más cantidad y, según dijerón las propias madres, la sola limitación consistió en la falta de dinero para darle más de comer a los niños. p 281.

(131) Ramirez, J. et.al. Aspectos socioeconómicos de los alimentos y la alimentación en México, mimeo, S/F; Ramirez, J. et.al. La problemática y perspectivas de las disponibilidades de alimentos en México. Rev. Mex. Comercio Exterior. 25 (5): 559, 1975. Ramirez, J. y Chávez, A. Situación alimentaria de méxico. Rev. Mex. Com. Exter. 31 (4): 385 1981.

(132) Chávez, A. La alimentación y los problemas nutricionales. División de Nutrición INN publ. L-39. México, 1982.

(133) Chávez. A y Martinez, C. Nutrición y desarrollo infantil, ed. Interamericana, México, 1979.

(134) Incluso Cravioto se da cuenta de este desliz:"Para nosotros este diseño no fue aceptable ya que es una petición de principio que no requiere demostración: el que el niño necesita de energia y de todo tipo de nutrimentos para crecer y desarrollarse adecuadamente, además de que no es posible ofrecer alimentos a un grupo humano y restringírselo a otro". Entrevista: Dr. Joaquín Cravioto. loc. cit.

A N E X O S.

Anexo I

Formulario 1-A. Datos fundamentales

Fecha _____ Familia No. _____

Identificación de la familia

1. Nombre de la cabeza de familia _____
   Ocupación principal _____
   a) Agricultor: Pequeño terrateniente Peón Ejidatario
   b) Artesano Comerciante Profesional
   c) Desempleado
2. Dirección Lugar de nacimiento
3. Lugar de nacimiento del abuelo paterno del niño
   Lugar de residencia Edad
4. Lugar del primer empleo (jefe de familia)
   Edad en que comenzó a trabajar
   Lugar anterior de trabajo y duración
   Fecha inicial de la residencia en el pueblo
5. Tamaño de la familia

Adultos

Sexo	18 a 40 años	41 a 60 años	61 años y más	Total
Masculino				
Femenino				
Total				

Niños

Sexo	0 a 1 meses	1 a 11 meses	1 a 2.5 años	2.5 a 7 años	7 a 12 años	12 a 18 años	Total
Masculino							
Femenino							
Total							

6. Tamaño del núcleo familiar (cabeza de familia, cónyuge e hijos)
   Número de familiares
   Número de individuos que forman parte de la familia
   Número de sirvientes
7. Número de personas asalariadas que contribuyen al sostén de la familia
   Número de personas asalariadas que no contribuyen
   Número de trabajadores no remunerados (aprendices)
   Número de miembros desempleados
8. Religión
9. Estado civil
10. Lugar de nacimiento de la abuela materna
    Lugar de residencia Edad

Formulario 1-B. Composición y ocupación de la familia

Fecha _____ Familia No. _____

	Clasif.	Nombres	Edad	Niños	Adultos	Niñas	Adultas	Ocupación	Agricultura					Otras Ocup.		
									Pequeño terrateniente	Ejidatario	Arrendatario	Peón	Comerciante	Profesional	Desempleado	Escolares
Jefe de familia																
Esposa																
Hijos																
Familiares																
Individuos que integran la fam.																
Sirvientes																
Total																

Formulario 1.3. Condiciones de la vivienda

Orientación de la entrada Familia No.

Construcción: Paredes _____

Techo _____ Piso _____ Puertas _____

Ventanas _____ No. de habitaciones _____ No. de ventanas por habitación _____

Espacio libre _____

Instalaciones

Agua: En cañería _____ Potable _____ Pozo _____

Río _____ Fuentes comunales _____

Fontanería interior _____

Electrificación

Luz _____ Otros servicios _____

Gas: Cocina _____ Refrigerador _____

Otros combustibles empleados _____

Propósito _____

Retrete

Lugar _____

Clase

Sobre la superficie _____ Enterrado _____ Letrina _____

Con agua corriente _____ Tanque séptico _____

Inodoro: Con agua corriente _____ Sin agua corriente _____

Baño

Ubicación _____ Clase _____ Desagüe _____

Dormitorios: No. _____ No. de personas por habitación _____

Adultos Hombres Mujeres

Niños Hombres Mujeres

Ventilación _____

Cocina: Ubicación _____

Descripción _____

Eliminación de desperdicios: Ubicación

Descripción

Animales en la casa _____ Cuáles _____

Lugar especial para los animales

Cómo se manipula el estiércol

Presencia de ectoparásitos

Inconveniencias sanitarias:

Humo _____ Polvo _____ Insectos _____ Basura _____

Lugar de reunión de la familia _____

Formulario 1.4. Instrucciones para el registro de condiciones mínimas del estado sanitario de las viviendas

Familia No. _____

Si se reunieran todas las condiciones, márquese el item como positivo. De lo contrario, márquese como negativo.

1. Condiciones generales
   - 1.1 Limpieza: construcción con materiales que pueden limpiarse y se mantienen limpios.
   - 1.2 Pisos: impermeables, lisos y limpios.
   - 1.3 Paredes: completas, lisas e impermeables en los lugares en que se usa agua (cocina, baño, retrete).
   - 1.4 Tejado: completo e impermeable.
   - 1.5 Ventilación: eficaz y constante en el cuarto de baño y la cocina.
   - 1.6 Luz del sol: dormitorio y sala orientados hacia el sur, este u oeste o muy iluminados cara al norte.
   - 1.7 Iluminación diurna: todos los lugares con luz suficiente para leer.
   - 1.8 Iluminación nocturna: una toma de corriente en cada lugar separado de la casa.
2. Instalaciones para la higiene personal.
   - 2.1 Evacuación: inodoro u otra instalación equivalente para cada familia.
   - 2.2 Baño: un lugar adecuado para el aseo personal.
   - 2.3 Lavabo: una instalación adecuada.
   - 2.4 Lavado de los utensilios de cocina: un fregadero.
   - 2.5 Lavado de la ropa: un lavadero.
   - 2.6 Agua: abastecimiento e instalaciones de desagüe apropiadas para los servicios acabados de mencionar.
   - 2.7 Comedor: mesa y una silla para cada uno de los miembros.
   - 2.8 Cocina: separada, con las hornillas situadas por lo menos a 70 cm del suelo.
   - 2.9 Dormitorios: cualquier clase de cama instalada en lugares que no sean la cocina y el baño.
3. Condiciones de hacinamiento y exposición.
   - 3.1 Padres: aislados, o con niños menores de tres años. Seis m^3 de ventilación por persona.
   - 3.2 Niños: ambos sexos; cinco m^3 de ventilación por persona.
   - 3.3 Adultos: separación de sexos; seis m^3 de ventilación por persona.
   - 3.4 Animales: no debe habitar en la casa. No debe permitirse la entrada libre.
4. Almacenamiento.
   - 4.1 Las prendas de vestir, los utensilios y las herramientas deben guardarse en lugar apropiado.
   - 4.2 Los talleres, almacenes y corrales están permitidos si no causan ruidos ni olores molestos ni significarían riesgo alguno. Cuando participen otras personas en el trabajo estas deben estar aisladas de la vivienda y entrar directamente al local de que se trate.
5. Molestias.
   - 5.1 El humo, el polvo, los insectos y otras plagas, los animales dañinos y otros animales deben estar ausentes.
   - 5.2 Desechos de cocina: un lugar adecuado para depositarlos.
   - 5.3 Basuras: un lugar adecuado para depositarlas.

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACIÓN
ARCHIVO HISTÓRICO

Formulario 1.5. Higiene personal

Familia No. _____

Fecha _____ Hora _____

1. *Cabello*
   1.1 Limpio
   1.2 Peinado
   1.3 Infección
   1.4 Parásitos

2. *Cara*
   2.1 Limpia
   2.2 Infección
   2.3 Parásitos

3. *Manos*
   3.1 Limpias
   3.2 Infección
   3.3 Parásitos

4. *Uñas de las manos*
   4.1 Limpias
   4.2 Cortadas
   4.3 Infección
   4.4 Parásitos

5. *Pies*
   5.1 Limpios
   5.2 Infección
   5.3 Parásitos

6. *Zapatos*
   6.1 Uso esporádico
   6.2 Empleo en el trabajo
   6.3 Uso constante
   6.4 Estado de reparación
   6.5 Limpieza

7. *Baños*
   7.1 Frecuencia
   7.2 Método
   7.3 Cambio de ropa interior
   7.4 Cambio de vestidos

8. *Prendas de vestir*
   8.1 Uso de todas las prendas de vestir
   8.2 Estado de remiendo
   8.3 Limpieza
   8.4 Parásitos

Observaciones: (suciedad vieja o reciente) _____
(derivada del trabajo) _____

Formulario 1.7. Formulario de visitas

Familia No. _____

Fecha de la visita _____
Hora _____

1. ¿Se encontró alguna visita en la casa?
2. ¿Quién? Nombre: _____
   Familiares _____
   Amigos _____
   Vecinos _____
   Una madrina _____
   Una partera _____
   Otras personas _____
3. ¿Dónde vive el visitante?
   En el pueblo _____
   Fuera del pueblo _____
4. Tiempo que duró la visita _____
5. Finalidad de la visita _____
6. Miembros de la familia que se encuentran hoy de visita _____
   ¿A quién visitan? _____
   Finalidad de la visita _____

Formulario 1.6. Alfabetismo y uso de impresos informativos

¿Sabe leer?
¿Dónde aprendió?
Estudios cursados
Escuela de párvulos
Español
Escuela primaria
Escuela secundaria elemental
Escuela secundaria superior
Estudios profesionales
Terminados
Incompletos
Situación actual
¿Lee los periódicos diariamente? _____ ¿Alguna sección especial? _____
¿Revistas? _____ Clase de revistas _____
¿Con qué frecuencia? _____ ¿Lee novelas u otros libros? _____
Clase de libros _____
¿Con qué frecuencia? _____ ¿Lee alguna información técnica relacionada con su trabajo? _____ Clase de información _____
¿Quién le facilita la información técnica? _____
¿Considera que estas lecturas le son útiles? _____

Uso de otros medios de información

Radio:

1. ¿Hay radio en la casa? _____ ¿Qué clase? _____
2. ¿Escuchan la radio? _____ ¿Dónde? _____
3. ¿A qué hora? _____ 4. ¿Qué días? _____
5. ¿Qué programas escuchan? _____
6. ¿Cuáles son los preferidos? _____
7. ¿Quién selecciona los programas? _____

Televisión

1. ¿Hay televisión en la casa? _____
2. ¿Ven la televisión? _____ ¿Dónde? _____
3. ¿A qué hora? _____
4. ¿Qué días? _____
5. ¿Qué programas ven? _____
6. ¿Cuáles son los preferidos? _____
7. ¿Quién selecciona los programas? _____

Hospital Infantil de México

Centro de Investigaciones Rurales

Formulario 5.2
(páginas 1 y 2)

Nombre de la madre _____
Nombre del niño _____
Clave _____
Sano (_____) Enfermo (_____)
Nombre de la enfermedad _____

Fecha de nacimiento _____
Edad en _____ Semanas _____
Días _____ Cms. _____
Fecha del estudio _____

Fecha	Alimento	Cantidad en ocasión	Plan de alimentación	Cantidad diaria	Composición de los alimentos			Método de preparación	Higiene de los alimentos
					Ingredientes	Medida familiar de la cantidad	Peso en gramos		

Nombre del alimento	Fecha de introducción	No. de veces que se ha consumido	Cantidad cada vez	Alimentos que el niño continúa consumiendo aunque no los consumió el día de la encuesta	Alimentos retirados de la dieta del niño durante el período registrado		Observaciones
					Nombre del alimento	Motivo	

Formulario 3.000. Cuestionario de nutrición

Formulario 3.1. Conceptos y actitudes frente a la alimentación.

1. ¿Qué son los alimentos?
2. ¿Para qué sirven los alimentos?
3. ¿Cuántas clases de alimentos hay?
4. ¿Cuáles son los alimentos principales?
5. ¿Quién debe consumirlos?
6. ¿ Por qué debemos consumirlos?
7. ¿Cuál es el efecto de los alimentos sobre el organismo?

Formulario 3.2. ¿Qué grupos de alimentos conoce usted?

I.	1. Leche	Queso	Crema
	2. Carne	Aves	Pescado
	Mariscos	Reptiles	Huevos
II.	3. Verduras y hortalizas		
	4. Frutas cítricas y de otra clase		
	5. Papas y otras raíces		
	6. Pan, tortillas, cereales, etc.		
	7. Mantequilla y otras grasas		

Formulario 3.3. Técnicas de preparación y conservación de los alimentos.

1. ¿Quién prepara las comidas?
2. ¿Dónde?
3. ¿Con qué utensilios, equipo de cocina, etc?
4. De qué manera? (hervidas, al horno, fritas, etc?)
5. Higiene personal de la persona que prepara las comidas, agua empleada.
6. Conservación de los alimentos (cómo, dónde, cuánto tiempo, etc.)
7. ¿Cómo se prepara cualquier alimento especial? (en caso de enfermedad).

Formulario 3.4. Normas de alimentación del niño del nacimiento al destete.

1. ¿Qué alimentos se administran al niño al nacer?
2. ¿ Por qué se utilizan esos alimentos y no otros?
3. ¿Cómo se preparan?
4. ¿Cómo se administraron?
5. ¿Cuántas veces al día? ¿Cuántos días?
6. ¿Quién recomendó esa alimentación?
7. ¿Cuándo alimentó usted al niño por primera vez después de nacer?
8. ¿Por qué en ese momento particular?
9. ¿Qué procedimiento emplea usted para que el niño acepte el pecho?
10. ¿Debe la madre amamantar a su hijo en todos los casos? Por qué sí? ¿Por qué no?
11. Si la madre no puede amamantar a su hijo, ¿puede hacerlo otra mujer?
    ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
    En caso afirmativo, ¿quién podría ser esa mujer (una parienta, una amiga, una persona extraña, etc.?)
12. ¿Cuánto tiempo dura la lactación de la mujer?
13. Si la madre tiene leche suficiente pero no amamanta a su hijo, ¿le ocurre algo? ¿Y al niño?
    ¿Por qué?
14. Si le propusieran la lactancia artificial para su hijo ¿la aceptaría usted? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
15. Si la lactación de la madre no es suficiente para amamantar a su hijo, ¿qué puede hacer para fomentarla?
16. Si no tiene leche y por lo tanto no puede amamantar, ¿qué alimentación considera mejor para el niño?
    ¿Por qué?
17. Si no puede conseguir ese alimento, ¿qué otro utilizaría?
18. ¿Está protegida la madre lactante contra un nuevo embarazo? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
19. ¿Debe continuar amamantando a su hijo la mujer gestante? ¿Por qué sí?
    ¿Por qué no?
20. ¿Qué significa para usted la lactancia materna?
21. ¿Le complace amamantar a su hijo? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
22. ¿Qué plan sigue usted para amamantar al niño?
23. ¿Alimenta al niño con ambos pechos en cada mamada? ¿Por qué?
24. Posición para amamantar: Acostada Sentada ¿Por qué?
25. ¿Amamanta usted al niño en algún lugar especial de la casa? ¿Dónde? ¿Por qué?
26. ¿Cómo debe cuidarse los pechos la madre? ¿Por qué?

27. ¿A qué edad debe el niño recibir otros alimentos además de la leche materna? ¿Qué clase de alimentos? Ventajas de esos alimentos. ¿Por qué esos alimentos y no otros? ¿Quién se los recomendó? ¿En qué cantidad? ¿A qué horas? ¿Cómo se administran? ¿Quién los prepara?
28. ¿Cuáles son los demás alimentos administrados o introducidos más adelante? ¿A qué edad?
29. ¿Cuál es el alimento que subsiguientemente se administra? Repítanse las preguntas cuantas veces sea necesario sobre la introducción de nuevos alimentos.
30. ¿Hasta qué edad del niño es buena la leche materna? ¿Por qué?
31. Métodos de destete.
32. ¿A qué edad se desteta al niño? ¿Por qué?
33. ¿Qué otros alimentos deben administrarse en sustitución de la leche materna?
34. ¿Qué alimentos deben suceder a los anteriores? ¿Quién los recomendó?
35. ¿A qué edad el niño debe incorporarse en la dieta familiar? ¿Por qué?
36. ¿Se sigue el mismo régimen alimentario para los niños que para las niñas? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

Formulario 3.5. Alimentos que deben consumir las personas sanas.

1. En su opinión, ¿cuáles son los alimentos para las personas adultas? ¿Por qué?
2. ¿Para los niños de 1 a 3 años? ¿Por qué?
3. ¿Para los niños de 3 a 6 años? ¿Por qué?
4. ¿Para los niños de 6 a 12 años? ¿Por qué?
5. ¿Para los adolescentes? ¿Por qué?
6. ¿Para las mujeres gestantes? ¿Por qué?
7. ¿Para las puérperas? ¿Por qué?
8. ¿Para las mujeres lactantes? ¿Por qué?

Formulario 3.6. Alimentos que las personas sanas no deben consumir.

1. En su opinión ¿cuáles son los alimentos que las personas sanas no deben comer? ¿Por qué?
2-7. Repítanse las mismas preguntas cambiando simplemente a la persona, como en el formulario 3.5.

Formulario 3.7. Alimentos que deben comer los enfermos.

1. En su opinión, ¿qué debe comer el niño enfermo de diarrea? ¿Por qué?
2. ¿El niño en estado febril? ¿Por qué?
3. ¿El niño enfermo de sarampión? ¿Por qué?
4. ¿El niño que ha contraído otra enfermedad? ¿Por qué?
5. ¿El adulto enfermo de diarrea? ¿Por qué?
6. ¿El adulto en estado febril? ¿Por qué?
7. ¿El adulto que ha contraído otra enfermedad? ¿Por qué?

Formulario 3.8. Alimentos que no deben comer los enfermos.

1. En su opinión ¿qué alimentos no debe comer el niño enfermo de diarrea? ¿Por qué?
2-7. Repítanse las mismas preguntas que en el formulario 3.7.

Formulario 3.9. Encuesta sobre el consumo alimentario familiar.

Enumérense todos los alimentos consumidos por la familia el día anterior. Menciónense los alimentos, cantidades y hora en que se consumen en las tres principales comidas diarias:

Desayuno *Almuerzo* *Cena*

_____

_____

_____

¿Quién distribuye los alimentos? ¿Quién decide acerca de los alimentos que se deben comprar y consumir?

Formulario 3.10. Aspiraciones nutricionales del ama de casa.

1. ¿Cuando usted dispone de algún dinero extraordinario, ¿qué alimentos compra? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles son los alimentos que, a juicio de usted, no deberían faltar en las comidas? ¿Por qué?
3. Si usted dispusiera de más recursos económicos, ¿qué alimentos compraría? ¿Por qué?

Formulario 3.11. Educación de la madre.

1. ¿Asistió usted a la escuela? Sí No Último grado terminado
2. ¿Ha asistido usted a clases para adultos? Sí No
3. En caso afirmativo, ¿de qué clases se trataba?
4. ¿Ha recibido usted cualquier otra educación sin carácter oficial?
5. ¿Siguió usted algún curso de economía doméstica en la escuela? Sí No En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? Especialidad: Costura Cocina Puericultura
6. ¿Participó usted en algún curso de primeros auxilios? Sí No ¿Por cuánto tiempo?

7-10. Educación que poseen sus padres

11-12. Ocupación de sus padres.

Anexo II.

NIVEL DE SIGNIFICACION ESTADISTICA DE LAS DIFERENCIAS EN CONDUCTA EXHIBIDA POR MADRES DE NIÑOS CON O SIN DESNUTRICION AVANZADA*

Conducta observada	Prueba "d"	p
Reacción cuando el niño tiene una ejecución fácil	4.03	0.000
Respuesta a la entrevista	3.61	0.001
Sensibilidad hacia el niño	3.51	0.001
Interés en la ejecución del niño	3.19	0.003
Respuesta a las necesidades del niño	3.09	0.004
Cómo ve la madre su papel en el examen	2.92	0.003
Relación emocional con el niño	2.78	0.009
Capacidad de comunicación verbal con el niño	2.57	0.015
Expresiones de afecto hacia el niño	2.54	0.016
Reacción cuando el niño tiene ejecución excelente	2.33	0.027
Conciencia de su *status*	2.18	0.016
Cooperación con el examinador	2.11	0.012
Reacción cuando el niño tuvo dificultad	1.81	0.079
Respuesta afectiva de la madre a la situación total	1.74	0.082
Control del niño durante el examen -	1.70	0.098
Cantidad de contacto físico con el niño	1.59	0.121
Evaluación general que hace la madre de su hijo	1.54	0.192
Tolerancia hacia la conducta del niño	1.14	0.262
Tipo de contacto físico con el niño	0.54	0.736

* Conducta registrada previamente a la aparición de la desnutrición clínica de tercer grado.

	Desnutridos		Controles al nacimiento	
Reacción de la madre cuando la ejecución del niño es adecuada y fácil	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Pasividad completa	0.111	0.111		
2. Mínima reacción	0.167	0.278		
3. Aceptación sin ninguna expresión	0.167	0.445		
4. Considera que es lo normal que así lo esté haciendo el niño	0.333	0.778	0.375	0.375
5. Evalúa la situación como positiva	0.222	1.000	0.375	0.750
6. Muestra signos de aprecio			0.000	0.750
7. Expresa su agrado y su orgullo por el niño			0.250	1.000

	Desnutridos		Controles al nacimiento	
Respuesta a la entrevista	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Reservada	0.176	0.176		
2. Defensiva	0.117	0.296		
3. Elabora muy poco sus respuestas	0.176	0.469	0.111	0.111
4. Responde rápidamente; proporciona buena cantidad de detalles	0.552	0.821	0.333	0.444
5. Interesada, proporciona detalles y a veces, voluntariamente, información pertinente	0.176	0.997	0.277	0.721
6. Entusiasta, da voluntariamente mucha información			0.277	0.998
7. Espontánea, deseosa de contestar, expresa de una manera voluntaria sus sentimientos y opiniones				

Sensibilidad hacia el niño	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Insensible a las emociones y necesidades del niño				
2. No tiene conciencia de las necesidades del niño	0.278	0.278	0.059	0.059
3. Consciente de las necesidades sin atender a ellas	0.389	0.667	0.176	0.233
4. Vigila tanto las necesidades que interfiere	0.000	0.667	0.069	0.294
5. Ansiosa y temerosa de lo que pueda sucederle al niño	0.000	0.667	0.000	0.294
6. A tono con las necesidades del niño y del examen	0.277	0.944	0.353	0.647
7. Consciente de manera adecuada y continua de las necesidades del niño	0.056	1.000	0.353	1.000

Interés en el nivel de educación del niño	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Falta total de interés	0.143	0.143		
2. Poco interesada	0.143	0.286		
3. Interesada pero poniendo muy poca atención	0.428	0.714	0.375	0.375
4. Interesada y atenta	0.286	1.000	0.375	0.750
5. Interesada hasta los detalles del examen			0.183	0.938
6. Interesada en el examen y un poco en la competencia manifestada por el niño			0.000	0.938
7. Muy interesada en el examen, en la competencia de su hijo y en la de otros niños			0.362	1.000

Respuesta a las necesidades del niño	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. No percibe las necesidades	0.188	0.188		
2. No está alerta y sólo responde de mínima manera	0.062	0.250	0.083	0.083
3. Sobrevigilante, no deja al niño expresar sus necesidades	0.000	0.250	0.000	0.083
4. Responde adecuadamente pero con retardo	0.375	0.625	0.166	0.249
5. Responde adecuadamente y con eficiencia	0.000	0.625	0.500	0.749
6. Responde rápidamente, deseosa de cubrir cualquier necesidad del niño	0.375	1.000	0.250	0.999
7. Vigilante de la aparición de pequeños signos de necesidades y responde de manera inmediata				

Relación emocional	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Ausencia de interacción. La madre no percibe la necesidad				
2. Impersonal en su relación con el niño	0.154	0.154		
3. Poca interacción, ocasionalmente reacciona el niño	0.462	0.616	0.250	0.250
4. Relación emocional tan poderosa que no puede ser objetiva	0.000	0.616	0.083	0.333
5. Ligas emocionales muy poderosas	0.076	0.692	0.000	0.333
6. Fuertes ligas emocionales con respuesta mutua	0.000	0.692	0.167	0.500
7. Interacción con interés y juicio objetivo	0.308	1.000	0.500	1.000

Cómo ve la madre su papel en la prueba	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporeión	Prorporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Totalmente pasivo	0.278	0.278		
2. Es la figura principal al grado que interfiere con las acciones del examinador	0.000	0.278		
3. Trata de desempeñar el papel principal pero se controla para no intervenir	0.000	0.278	0.066	0.066
4. No tiene el papel principal pero desearia tenerlo	0.000	0.278	0.000	0.066
5. Es de participación activa atendiendo a la guia del examinador	0.055	0.333	0.200	0.266
6. Su papel es guiar al niño si la situación se vuelve extrema	0.333	0.666	0.333	0.569
7. Ayuda de manera adecuada cuando es necesario o benéfico	0.333	0.999	0.400	0.999

Expresiones del afecto hacia el niño	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. No se observan expresiones de afecto	0.062	0.062		
2. Pocos signos de afecto hacia el niño	0.188	0.250	0.067	0.067
3. Excesivas muestras de afecto que limitan ligeramente las actividades del niño	0.000	0.250	0.067	0.134
4. Grandes muestras de afecto que afectan ligeramente las actividades del niño	0.000	0.250	0.000	0.134
5. Afecto con reserva	0.375	0.625	0.266	0.400
6. Madre calurosa y libremente afectiva, no interferente	0.000	0.625	0.200	0.600
7. Madre afectiva, tierna, aceptante y positiva	0.375	1.000	0.400	1.000

Reacción de la madre cuando la ejecución del niño es excelente	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Pasividad o indiferencia	0.062	0.062		
2. Observación sin expresión	0.312	0.374	0.090	0.090
3. Moderada expresión de agrado	0.438	0.812	0.545	0.635
4. Verbalización de su agrado	0.188	1.000	0.090	0.725
5. Verbalización y actuación			0.181	0.906
6. Franca admiración			0.000	0.906
7. Exuberante de alegría			0.090	0.996

Conciencia de su *status*	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Siente tener alto *status*, racionaliza la ejecución del niño para conservar su imagen				
2. Para guardar apariencias presiona al niño. Es pretenciosa			0.083	0.083
3. Tiene la preocupación de querer aparecer como una buena madre			0.000	0.083
4. Tranquila, con interés real y no simulado	0.063	0.063	0.000	0.083
5. Se relaciona con el examinador sin pretensiones	0.437	0.500	0.250	0.333
6. Se interesa sin mayor preocupación en que el examen se realice sin problemas	0.125	0.625	0.167	0.500
7. Consiente sin ansiedad, desea que el niño realice el examen lo mejor que pueda	0.375	1.000	0.500	1.000

Cooperación con el examinador	Desnutridos		Controles al nacimiento	
	Proporción	Proporción acumulada	Proporción	Proporción acumulada
1. Pasiva e indiferente	0.077	0.077		
2. Interferente posesiva	0.000	0.077		
3. Coopera sin entusiasmo	0.307	0.384	0.154	0.154
4. Ansiosa por ayudar	0.000	0.384	0.000	0.154
5. Coopera si se le solicita y emplea su iniciativa para orientar al niño	0.462	0.846	0.461	0.615
6. Ofrece su cooperación durante todo el examen	0.154	1.000	0.231	0.846
7. Trata de ayudar y ofrece sugerencias			0.154	1.000