

Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XX

J. Bernabeu-Mestre^{1,2}; Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED)

¹Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. ²Coordinador del Grupo de la Universidad de Alicante en la Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo.

Resumen

El trabajo analiza los principales determinantes y las características de la desnutrición en América Latina durante la segunda mitad del siglo XX. En primer lugar, se explican las bases del problema moderno del hambre y la desnutrición, tanto en su dimensión fisiológica como social, al destacarse su condición de calamidad social y de expresión biológica del subdesarrollo y de las desigualdades sociales. En segundo lugar, a partir de testimonios contemporáneos, se exponen las principales características de la desnutrición que ha afectado a la población iberoamericana, y las causas que la explican. Por último, a modo de conclusión, se subrayan las consecuencias negativas de no haber aprovechado la oportunidad que conllevaba el reto de superar los factores condicionantes de la malnutrición por defecto, y haber finalizado el siglo XX con un panorama epidemiológico nutricional donde los problemas del hambre y la desnutrición conviven con fenómenos como los de la obesidad de la pobreza.

(*Nutr Hosp Supl.* 2010;3(3):10-17)

Palabras clave: *Desnutrición. América Latina. Historia. Siglo XX.*

Introducción

Se dispone de abundantes datos que nos permiten seguir el rastro del hambre aguda a lo largo de la historia de la humanidad y numerosos testimonios que nos hablan del papel de la subalimentación crónica en el comportamiento demográfico de las poblaciones^{1,2,3}. Sin embargo, podemos afirmar que el hambre y la desnutrición se descubren en el siglo XX, tanto en su dimensión social como fisiológica⁴. Fue

Correspondencia: Josep Bernabeu-Mestre.
Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.
Universidad de Alicante.
Apartado de Correos 99.
03080 Alicante.
E-mail: josep.bernabeu@ua.es

NOTES FOR A HISTORY OF THE MALNUTRITION IN THE LATIN AMERICA OF THE 20TH CENTURY

Abstract

The work analyzes the principal determinants and the characteristics of the malnutrition in Latin America during the second half of the 20th century. First, are explained the bases of the modern problem of the hunger and the malnutrition (undernourishment), so much in his physiological as social dimension, on having been outlined his condition of social calamity and of biological expression of the underdevelopment and of the social inequalities. Secondly, from contemporary testimonies, there are exposed the principal characteristics of the malnutrition that has affected the Latin-American population, and the causes that explain it. Finally, like conclusion, are underlined the negative consequences of not having taken advantage of the opportunity that was carrying the challenge of overcoming the determining factors of the malnutrition (undernourishment), and to have finished the 20th century with an epidemiological nutritional panorama where the problems of the hunger and the malnutrition coexist with phenomena as those of the obesity of the poverty.

(*Nutr Hosp Supl.* 2010;3(3):10-17)

Key words: *Malnutrition. Latin America. History. 20th century.*

en aquel momento cuando se empezaron a perfilar conceptos como los de hipoalimentación o alimentación hipocalórica, alimentación carencial o malnutrición. Al mismo tiempo, que se acuñaban expresiones como “las huellas del hambre” para recordar que una alimentación insuficiente puede limitar el desarrollo físico y el rendimiento en el trabajo, además de incidir en un incremento de la morbilidad y la mortalidad.

Tomando como punto de partida este contexto, y desde la consideración del hambre y la desnutrición como una calamidad social, como la expresión biológica del subdesarrollo, y por lo tanto como consecuencia de las desigualdades sociales⁴, en el presente trabajo pretendemos abordar algunos de los principales determinantes históricos que han definido la desnutrición contemporánea en Iberoamérica⁵.

El problema contemporáneo del hambre y la desnutrición

Desde el punto de vista de los problemas nutricionales, durante la primera mitad del siglo XX^{6,7,8}, la atención se centró en los graves síndromes clínicos asociados a las deficiencias vitamínicas. La condición subyacente de la población –la desnutrición en general– no era objeto de estudio. Sólo cuando las enfermedades carenciales dejaron de ser prevalentes se comprendió la importancia de aquel estado general y su papel como factor predisponente de problemas como el kwashiorkor, el marasmo, o infecciones de diversa naturaleza, además de su influencia en el desarrollo funcional de la población. Los problemas de subalimentación empezaron a situarse en la base de las elevadas tasas de mortalidad infantil, al mismo tiempo que se empezaba a reconocer el papel de la malnutrición y la desnutrición sobre el desarrollo socioeconómico⁹.

En el ámbito de la salud internacional, la toma de conciencia del problema del hambre y la desnutrición que afectaba a una parte importante de la población mundial llegaría de la mano de las situaciones de crisis alimentarias provocadas por la Primera Guerra Mundial, por los informes generados en las décadas de 1920 y 1930 por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones sobre la precaria situación nutricional de muchos países desarrollados, y por los acontecimientos de la Segunda Guerra Mundial^{8,10}. La aplicación del método epidemiológico a los problemas que interesaban a la higiene de la nutrición, permitió generar nuevas ideas y conceptos entorno al problema del hambre y la desnutrición. Tras una primera etapa en la que los especialistas en nutrición se habían centrado en la identificación de los agentes causales (fundamentalmente carencias específicas), empezaron a preocuparse por la víctima y el medio. Los problemas de malnutrición y de salud deficientes comenzaron a ser estudiados de forma sistemática, al mismo tiempo que grupos de especialistas en materia de nutrición, sociología, economía, agricultura, salud y educación, se esforzaban por romper el círculo vicioso de pobreza, malnutrición e indigencia⁹.

La desnutrición en la Iberoamérica contemporánea y sus causas

En la III Conferencia Internacional de Alimentación celebrada en Buenos Aires en octubre de 1939⁵, se reconocía que América Latina vivía una verdadera tragedia por la subalimentación que afectaba a la mayoría de sus países. Al mismo tiempo que se denunciaba que una parte importante de la población latinoamericana “no alcanzaba a comer lo mínimo que debía exigirse para conservar la vida y permitir un rendimiento normal de trabajo humano”, se destacaba que muchos delegados no pudieron aportar cifras por ausencia de encuestas. De forma indirecta, se concluyó que en los

países latinoamericanos más favorecidos, la cuarta parte de su población obrera no alcanzaba a ganar lo suficiente para poder adquirir los alimentos necesarios.

En las décadas de 1930 y 1940, en el marco del problema mundial que representaba el infraconsumo alimentario, la deficiencia alimentaria para América del Sur contemplaba tanto los aspectos relacionados con la cantidad como con la calidad¹¹. Venezuela, Colombia, Ecuador y Bolivia mostraban las cifras más reducidas de consumo. Un déficit que todavía se mostraba más manifiesto en el caso de los alimentos protectores^{11,12}.

En 1946, el chileno Moisés Poblete Troncoso publicaba una monografía sobre el subconsumo que mostraba América Latina¹³. En lo referente al problema alimentario, los resultados confirmaban que afectaba a los países latinoamericanos en diversas formas y grados; aún en aquellos mejor dotados y de producción muy abundante, como pasaba en Argentina y Uruguay. El porcentaje de población que padecía subalimentación variaba enormemente, y también los términos del problema. El trabajo de Poblete tomaba en consideración datos referentes a Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia y Uruguay.

Argentina mostraba en su conjunto un grado de alimentación excelente en cuanto a los productos base, pero menos satisfactorio en lo relativo a los productos protectores. Aunque presentaba un término medio de alimentación superior al del resto de países de América del Sur, existía desnutrición entre la población argentina, sobre todo en las regiones más áridas del país, donde la escasez de alimentación comportaba “el fácil contagio de enfermedades endémicas y una notable disminución de la talla”.

En el caso de Brasil, los datos mostraban la gran diversidad de situaciones que existían entre el mundo rural y el urbano. Más de una cuarta parte de sus familias vivían en un déficit alimenticio permanente, y los gastos en alimentación superaban el 50% de los ingresos. Además, existía un notable desconocimiento de los principios básicos de la alimentación y la nutrición: “cuando el brasileño no pasa hambre, sigue teniendo hambre cualitativa”.

En el caso de Bolivia, se destacaba la ausencia de información estadística sobre alimentación. No obstante, todos los datos apuntaban que el consumo de alimentos energéticos y protectores eran excesivamente bajos, y que el porcentaje de ingresos que se dedicaba a la alimentación superaba en muchas ocasiones más del 70%. El consumo de alimentos calculados en algunas minas del país (la producción minera era la más relevante), arrojaban cifras de 2.247 calorías, cuando la fisiología del trabajo efectuado requería un mínimo aconsejable de entre 3.600 y 4.800 calorías. Además en el caso de los mineros, los salarios muchas veces no alcanzaban a cubrir más que el 70% del costo de la ración dietética recomendada. La deficiente situación del estado nutricional de la población boliviana se reflejaba en una de las tasas de mortalidad infantil más elevadas de América Latina, en una sobremortalidad

por tuberculosis y en otros problemas de salud como el incremento del consumo de bebidas alcohólicas.

En el caso de Chile, su población mostraba un déficit de alimentos protectores y un déficit de un 20% en calorías en relación con Argentina. Dicha deficiencia era equivalente al de su producción de alimentos, a pesar del incremento que se estaba produciendo desde 1930.

Colombia presentaba uno de los mayores porcentajes de gastos familiares dedicados a la alimentación, el 63,9%. La nutrición de la población colombiana era deficiente en cantidad y calidad. Existía un déficit de producción de alimentos en relación con su número de habitantes. La carestía sólo podía resolverse a través de la importación. Su deficiente red de transporte dificultaba la distribución de los alimentos. Existía una gran desproporción entre salarios y el coste de los alimentos. Urgía establecer una campaña para aumentar su producción y establecer un consumo más adecuado.

Para el conjunto de los cinco países sudamericanos estudiados, el problema de la mortalidad y morbilidad general e infantil aparecía relacionada con el subconsumo de alimentos y con la presencia de unos índices incontestables de desnutrición¹³, tal como mostraban los elevados porcentajes de rechazados en los contingentes militares. Se trataba de la elocuente demostración del “decrecimiento de la potencialidad física de la raza a causa del subconsumo” y de las carencias que mostraba el estado físico de los escolares. Resultaba indispensable suprimir el déficit que mostraba la población en alimentación en general y en alimentos protectores en particular, e intensificar en todos los países de América del Sur la producción de artículos alimenticios, en especial de leche, carne, frutas, verduras, materias grasas y cereales.

La primera conferencia sobre alimentación en América Latina tuvo lugar en 1948 y en ella, por primera vez, se aportaron informaciones concretas y precisas sobre la situación alimentaria de los diversos países¹⁴. Las encuestas sobre alimentación situaban a la región entre las zonas más afectadas por la subalimentación y el hambre. El problema de la desnutrición estaba considerado una auténtica plaga social y el principal problema de salud pública. En el caso de América del Sur, dos tercios de la población vivían en un estado de subalimentación (alrededor de 60 millones de personas) y un tercio mostraban una situación de hambre/inanición crónica (alrededor de 30 millones de personas)¹⁵.

En medio de aquella situación, resultaba paradójico que los países de América Latina, de grandes extensiones agrícolas y de tradicional estructura económica agraria y baja densidad demográfica, no fuesen capaces de producir alimentos en cantidad y calidad suficiente para satisfacer las necesidades de sus poblaciones. La paradoja todavía era mayor si tenemos en cuenta que en algunos aspectos, aquella producción superaba a las necesidades de un bajo consumo. Sin embargo, se perdía o no se aprovechaba por otros sectores de la población, o por otros países latinoamericanos que tenían un gran déficit alimentario en productos agrícolas esen-

ciales¹³. Para poder explicar aquella aparente contradicción, se hacía referencia a la estructura económica y social de la región¹⁵.

Autores como el brasileño Josué de Castro¹⁴ proponían abordar el problema desde la perspectiva del análisis ecológico, es decir “tomar en consideración el conjunto de factores físicos, biológicos y humanos que le confieren su aspecto local”. Se trataba de abordar los factores naturales y sociales que determinaban la desnutrición, los alimentos que faltaban, los que resultaban escasos y las consecuencias sobre la salud y la estructura social de los diversos grupos. Se trataba de analizar la influencia de las condiciones climáticas, la naturaleza del suelo y el poblamiento sobre la alimentación. Desde el punto de vista geográfico, América Latina podía ser considerada una región con cierta uniformidad, pero no lo era desde el punto de vista demográfico y económico, ya que se trataba más bien de “un archipiélago formado por un conjunto de islotes con escasos vínculos y relaciones recíprocas”.

En el ámbito de la desnutrición, en América del Sur se distinguían dos grandes zonas o sectores¹⁴. Un primer sector de intensa subalimentación, tanto cuantitativa (insuficiencia de calorías) como cualitativa, y un segundo sector que mostraba una situación alimentaria menos grave, con un régimen alimenticio suficiente en términos de cantidad, pero donde faltaban parcial o totalmente ciertos elementos nutritivos.

El primero de aquellos sectores estaba formado por Venezuela, Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia, Chile, el noreste y extremo sur de Argentina, la parte occidental de Paraguay y la mitad norte de Brasil (la cuenca del Amazonas y la región nordeste del país). Aunque existía una gran diversidad de regímenes alimenticios, todos se mostraban insuficientes y mal equilibrados.

Las cifras oficiales mostraban un aporte calórico inferior a las 2.800 calorías, pero la situación real no era tan trágica, primero por que se consumían más calorías que las reflejadas en las cifras oficiales, y segundo por el efecto del clima tropical, que suele ralentizar el metabolismo basal y el metabolismo de acción, lo que conlleva una reducción sensible del gasto energético. Estas serían, entre otras, las razones que explicarían la supervivencia aparentemente milagrosa de aquellas poblaciones. En general, no presentaban signos externos de subalimentación pronunciada, aunque de acuerdo con las estadísticas de producción y consumo, su alimentación dejase mucho que desear.

El régimen de alimentación estaba mal equilibrado, debido al exceso en hidratos de carbono y la ausencia más o menos acentuada de proteínas, de vitaminas y de ciertas sales minerales. Detrás de todas aquellas circunstancias estaba el escaso consumo de alimentos protectores de origen animal como la carne, el pescado, la leche, el queso o los huevos. La fuente ordinaria de proteínas en aquel sector eran el maíz, los frijoles y ciertos tubérculos y raíces, pero estaban muy lejos de aportar las proteínas de calidad y los aminoácidos esenciales requeridos.

Las consecuencias de aquella falta de proteínas se traducían en un retraso en el crecimiento, y en una talla especialmente baja. Por el contrario, otras manifestaciones, como la presencia de edemas totales o parciales o las diarreas, tan corrientes en regiones donde la alimentación esta basada casi exclusivamente en arroz o maíz, no eran frecuentes en América del Sur, ya que la monotonía alimentaria se veía atenuada por el empleo de cierta variedad de sustancias alimenticias.

La falta de consumo de grasas, de leche, de mantequilla y de legumbres verdes que se constataba en los regímenes alimenticios de aquel sector, comportaba necesariamente una carencia de vitamina A que se traducían en retrasos del crecimiento, problemas cutáneos —como la hiperpigmentación o hiperqueratosis—, o una mayor frecuencia de xeroftalmia. Por otra parte, el exceso de consumo de hidratos de carbono en detrimento del de proteínas y grasas, resultaba decisivo para entender la presencia de síntomas ligados a la falta de vitamina B₁. En general, aunque existía un déficit de vitaminas, se trataba de carencias parciales que no se manifestaban por los síntomas clásicos de las avitaminosis manifiestas, salvo casos excepcionales. Otras deficiencias afectaban al hierro, el yodo y el cloruro de sodio^{14,16}.

La falta de hierro estaba determinada por la prevalencia de una anemia muy generalizada, que durante mucho tiempo fue atribuida al clima tropical, cuando en realidad se trataba de una anemia de origen alimentario^{14,15}. De acuerdo con la teoría carencial de las enfermedades, la anquilostomiasis dejó de ser considerada primordialmente una helmintiasis. Obtuvo la condición de enfermedad de carencia por la falta de hierro que provocaba, no sólo por la expoliación sanguínea ocasionada por el parásito, sino sobre todo por la deficiencia del hierro en las dietas, privando de esta forma al organismo de los recursos necesarios para conseguir la recomposición del cuadro hemático¹⁶.

El bocio, por falta de yodo, era endémico de aquel sector de América del Sur que, como ya hemos indicado, se caracterizaba por mostrar una intensa subalimentación. La decadencia orgánica y la degeneración física y mental que provocaba esta patología, se agravaba, además, por el consumo elevado de alcohol y de coca¹⁴.

Otra deficiencia específica era la de cloruro sódico, una circunstancia que explicaba la fatiga tropical y que se veía favorecida por el excesivo calor y la humedad. En algunas zonas, el consumo de carne y pescado salado compensaba las pérdidas de cloruro sódico, pero en otras zonas, como en la cuenca amazónica, el consumo de sal era insignificante. La falta de cloruro sódico provoca un desequilibrio y un incremento de los niveles de potasio en sangre, que a su vez conduce a un estado de depresión nerviosa y agotamiento muscular que están detrás de los estados de fatiga tropical¹⁴.

El otro sector de América del Sur al que hacía referencia De Castro¹⁴, estaba afectado por una subalimentación discreta. Lo conformaban la parte más oriental

del continente (las regiones del centro-oeste y del sur de Brasil, el territorio de Paraguay situado al este del río que lleva su mismo nombre, Uruguay y la región nordeste de Argentina. Aunque la situación alimentaria era mejor que la del sector afectado por la subalimentación y el hambre crónicos, estaba lejos de ser perfecta.

En este segundo sector se concentraban, en las décadas centrales del siglo XX, la mayor parte de las actividades económicas y la riqueza del continente. Allí se situaban las tres grandes metrópolis industriales de América del Sur (Buenos Aires, Río de Janeiro y Sao Paulo), el mayor poder adquisitivo y los niveles de vida más elevados, además de contar con una red de transporte más completa y un mayor nivel cultural. Se trataba de un conjunto de factores que contribuían a facilitar, junto a otros determinantes, un régimen alimenticio más racional.

Por otra parte, en dicho sector, el suelo y el clima resultan más favorables para la agricultura y la ganadería. Las carencias de proteínas resultaban excepcionales, salvo en poblaciones marginales o en las clases socioeconómicas más pobres ubicadas en los suburbios urbanos de las grandes ciudades. Sin embargo, la situación no resultaba tan favorable en lo relativo al consumo de minerales y vitaminas, ya que se encontraban carencias parciales de calcio, hierro, yodo y vitaminas A y B.

En resumen, la alimentación de la población de América del Sur resultaba más o menos defectuosa, siendo la subalimentación generalizada uno de los factores que ayudaban a explicar sus elevadas tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil y de mortalidad debida a infecciones como la tuberculosis. ¿Cuáles eran las causas de la subalimentación y el hambre en América del Sur? En opinión de Josué de Castro¹⁴, la triste situación alimentaria de aquel subcontinente y sus trágicas consecuencias, respondía a un conjunto de factores de carácter natural y cultural.

De hecho, las cuatro conferencias latinoamericanas de nutrición que tuvieron lugar entre 1948 y 1956, reforzaron esta necesidad de contemplar una aproximación multicausal en el momento de abordar la situación nutricional⁵. Desde un enfoque integral¹⁷, se trataba de tomar en consideración la organización social, económica y política, las características demográficas, la distribución espacial de la población (urbana/rural), la ecología, la cultura, el desarrollo institucional y administrativo, la actividad productiva, etc.; junto a la necesaria integración de los problemas de alimentación y nutrición en las políticas de salud pública.

Entre los factores naturales¹⁴, se destacaba la poca cantidad de tierras cultivables. El suelo de aquella región, propio de latitudes tropicales, resultaba apto para la agricultura de vegetales que producen hidratos de carbono como la caña de azúcar, la mandioca, el maíz o el arroz, pero mostraba un rendimiento inferior al que se obtenía en las zonas templadas. Además, los suelos tropicales suelen estar sometidos a una importante erosión, lo que conlleva una disminución de su

Tabla I
Millones de niños (0 a 5 años) afectados por desnutrición, con porcentajes de grave y severa, y distribución por continentes (1963-1973)

Área	Población de 0-5 años en millones (promedio 1963-1973)	Niños con desnutrición grave, en millones	Niños con desnutrición moderada, en millones	Total
América Latina	46	0,7	6,6	9,5
África	61	2,7	16,3	19
Asia	206	6,6	64,4	71
Total	314	10	89,5	99,5

Fuente: Demalyer EM²⁰ (p. 13).

rendimiento agrícola con el paso del tiempo. Otro elemento a tener en cuenta es el régimen pluviométrico, ya que tanto el exceso de lluvias, como su rareza, pueden complicar la actividad agrícola. En cualquier caso, subrayaba De Castro¹⁴, estos inconvenientes naturales estaban muy lejos de explicar la subalimentación y el hambre, pues “aunque en América del Sur, las tierras cultivables están dispersas e irregularmente distribuidas, este continente posee zonas de tierra cultivable de excelente calidad y capaces de producir, una vez cultivadas, los alimentos suficientes para nutrir a más población que la actual”.

Era en los factores de orden social, más que en los naturales, donde había que buscar la causa de la penuria alimentaria que sufría América del Sur. Para De Castro¹⁴, la subalimentación y el hambre crónica que afectaba al subcontinente era consecuencia inmediata de su pasado histórico. La historia de su explotación agrícola y mercantil en la época colonial, se señalaban como las auténticas responsables de haber frenado el desarrollo agrícola y las posibilidades de abastecimiento. Muchas zonas del continente se vieron sometidas al monocultivo o a la explotación exclusiva de un producto, olvidando el resto y perjudicando sus riquezas naturales y su capacidad de producción alimentaria. Un panorama que se vio complicado por otro fenómeno, ligado igualmente a la explotación agrícola colonial: la actividad encaminada a la exportación de determinados productos, y basada en el latifundio y la práctica del monocultivo.

Las causas de la subalimentación y el hambre en América del Sur se podían resumir, por tanto, en cuatro grandes grupos¹⁴. En primer lugar, un régimen agrícola caracterizado por una baja productividad y por un coeficiente de producción muy inferior al esperado e incapaz de responder a las necesidades vitales de la población regional. En segundo lugar, habrían contribuido a aquel déficit alimentario, la insuficiencia de las vías de comunicación y la falta de medios de transporte, así como su inadecuación para transportar mercancías perecederas. Dos circunstancias que hacían difícil poder superar los obstáculos asociados a la distancia que existía entre los centros de producción y los de consumo. En tercer lugar, un mal uso de los alimentos por desconocimiento de su valor nutritivo, de

la higiene alimentaria, y de los procedimientos de producción, de conservación y de consumo más adecuados. Por último, un limitado poder adquisitivo de la población, insuficiente para poder adquirir los alimentos protectores.

Refiriéndose al conjunto de América Latina, las conclusiones de Josué de Castro¹⁸ resultaban igual de contundentes. Como indicaba dicho autor, la región representaba una de las grandes zonas mundiales de subnutrición y hambre, y aunque la intensidad con la que se manifestaba el problema variaba de unas zonas a otras, en todas partes se encontraban regímenes alimenticios insuficientes, incompletos y mal equilibrados, destacando la carencia de proteínas. El consumo medio de alimentos ricos en proteínas de origen animal era uno de los más reducidos del mundo, por debajo del mínimo deseado, y se señalaba como la más grave de todas las formas de hambre que castigaban al continente americano.

En los años finales de la década de 1960 y primeros años de la de 1970, entre el 50 y el 70% de los niños de América Latina mostraban un déficit de peso en relación con su edad, y más de nueve millones presentaban cuadros de desnutrición grave o moderada, tal como se puede comprobar en la tabla I²⁰. Por su parte, Bengoa y Donoso¹⁹ ofrecían en 1974 los datos de prevalencia de la desnutrición en América Latina que aparecen recogidos en la tabla II.

La importancia que alcanzaba la desnutrición en la década de 1970 en la infancia latinoamericana, fue refrendada por la investigación interamericana de

Tabla II
Porcentajes de desnutrición infantil grave y moderada en América Latina (1974)

Región	Formas graves %	Formas moderadas %
Caribe	1,5	19,8
Centroamérica, Panamá y México	2,0	18,8
Sudamérica	1,2	14,0
A nivel mundial	2,3	18,8

Fuente: Bengoa JM¹⁹ (p. 187).

mortalidad infantil que se llevó a cabo en 13 áreas de América Latina y Caribe²⁰. La malnutrición representaba la causa fundamental de muerte en el 9% de los niños fallecidos y la causa asociada en el 48%. En el 57,4% de los niños fallecidos entre 1 y 4 años, la malnutrición fue directa o indirectamente responsable de la muerte. Por otra parte, junto a las formas graves de malnutrición, entre el 50 y el 70% de los niños latinoamericanos de menos de 5 años presentaban, si se consideraba el peso en relación con la edad, una malnutrición moderada o leve. A pesar de las iniciativas que se llevaron a cabo antes de la década de 1970²¹, en aquellos años eran muchas las voces que denunciaban en foros especializados el dramatismo del problema nutricional y alimentario que vivía la población iberoamericana, inclusive su creciente deterioro.

Por su parte, la crisis mundial de alimentos que pareció sorprender al mundo en 1972, generó inquietud entre los gobiernos y entre la opinión pública por la escasez de alimentos y la gravedad de los problemas nutricionales¹⁹. En el contexto regional e internacional se formalizaron iniciativas como el Proyecto Intergeneracional de Políticas sobre Alimentación y Nutrición de Naciones Unidas con sede en Santiago de Chile, o se formularon recomendaciones como las recogidas en el Plan Decenal de Salud para las Américas de 1974, en el sentido de adoptar como objetivo prioritario “una significativa reducción de la desnutrición para el período 1972-1982”.

Los datos sobre América Latina aportados en la Conferencia Mundial de Alimentación de 1974¹⁹, ponían de manifiesto que tres países (Bolivia, El Salvador y Haití) tenían una disponibilidad energética inferior a las 2.000 calorías. Sólo dos países (Argentina y Uruguay) superaban las 3.000 calorías, el resto de países tenían una disponibilidad intermedia. Los países con mayor déficit calórico mostraban también los peores niveles de disponibilidad de proteínas. Bolivia disponía de 46 gramos por persona y día, El Salvador de 52 y Haití de 39, frente a los 100 gramos que alcanzaban Argentina y Uruguay.

En el período 1974-1976 el 13% de la población de América Latina padecía malnutrición. Aunque la pobreza y otros factores asociados ligados al subdesarrollo, eran el principal condicionante de todos estos cuadros de desnutrición, la situación se agravaba por la ausencia de un conocimiento dietético adecuado²⁰. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) estimó en 1977 que cerca de la mitad de la población latinoamericana tenía acceso efectivo a sólo 2.250 calorías por día¹⁹. El informe anual de actividades del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá de 1978 que se hizo público en 1979, indicaba “que el número de niños desnutridos estaba aumentando progresivamente”²⁰.

Como señalaba Bengoa en 1978¹⁹, el problema de la desnutrición crónica era el más grave que afrontaba América Latina. Aquella desnutrición trasladaba el

resultado de un proceso de adaptación irreversible en muchos de sus parámetros. Se trataba de un fenómeno biológico de autodefensa, donde la disminución de los requerimientos nutricionales tenía lugar a través de una reducción en el ritmo del crecimiento y de la disminución de la actividad física. La talla baja escondía una patología total del desarrollo físico y funcional con repercusión en el desarrollo social.

Una década después, en 1990, pese a los avances conseguidos, la asociación entre desnutrición e infección continuaba siendo un problema para la infancia de América Latina²². A nivel mundial la mitad de los niños de 2 a 5 años presentaba talla baja, en América Latina era un cuarto los que la presentaban. La prevalencia de bajo peso en preescolares se estimaba en 1995 del 24%, en el caso de América Central y Caribe el porcentaje era del 15% y en América del Sur del 8%. Pero el problema que emergió con mayor fuerza en aquellos años y que adquirió la condición de problema de salud pública, fue el de las carencias subclínicas de vitamina A, hierro y yodo^{22,23}. Una situación que resultaba doblemente llamativa, ya que se trataba de deficiencias subsanables a través del enriquecimiento de alimentos de uso habitual, con la distribución del nutriente deficitario entre la población de riesgo, o con la mejora de la dieta a través de la educación.

Como trasfondo de todo aquel panorama, la pobreza continuaba siendo motivo de gran preocupación al ser la causante principal del subconsumo calórico y de las deficiencias específicas. Los niveles de pobreza no sólo habían aumentado en América Latina en la década de 1990, sino que se habían hecho más visibles²⁴: “cuando la población rural predominaba en América Latina, la pobreza estaba escondida entre los pliegues de las montañas, conllevando sus habitantes una vida mísera, pero adaptada ecológicamente al medio campesino. Sus necesidades sentidas eran escasas. Pero cuando la población irrumpió en las grandes ciudades, la pobreza continuó, pero totalmente desadaptada al medio ecológico urbano. La pobreza se hace más visible y más insostenible, ya que las necesidades aumentan”.

Aquella pobreza al mismo tiempo que continuaba determinando los problemas de desnutrición, adquiría un nuevo protagonismo como factor coadyuvante de la obesidad y otros efectos no deseados de la transición nutricional y alimentaria. En la década de 1990²⁵, el panorama nutricional de Iberoamérica evolucionó desde una situación de alta prevalencia de bajo peso y déficit de crecimiento, hacia un escenario marcado por un incremento de la obesidad que acompaña a enfermedades crónicas no transmisibles como las de naturaleza cardiovascular, diabetes y cáncer. Los países latinoamericanos se han visto obligados a soportar la doble carga sanitaria y la superposición epidemiológica nutricional, al tener que afrontar el doble reto de los efectos negativos de la transición nutricional y continuar paralelamente la lucha contra el hambre y la desnutrición.

Conclusiones

La problemática contemporánea de la desnutrición que vivieron y viven los países iberoamericanos, debe enmarcarse entre los componentes del llamado síndrome de atraso o de miseria y la dislocación social que lo rodea.

Los éxitos conseguidos en América Latina durante las décadas de 1960 y 1970 en el descenso de la prevalencia de las formas graves de desnutrición, fueron el resultado de la aplicación de programas de intervención directa. Pero aquellos avances no significaron mejoras reales en los niveles de vida, al haberse modificado muy poco los factores condicionantes que estaban detrás del hambre y la desnutrición. Se trata de una distinción muy relevante, ya que la disminución de los casos de malnutrición grave y de los síndromes de carencias específicas no significa necesariamente que los sobrevivientes gocen de buen estado de salud. El problema de la malnutrición crónica persiste en todas sus repercusiones sobre el desarrollo físico y funcional, sobre el rendimiento escolar y la adaptación social. Las poblaciones que soportan suministros inadecuados de alimentos pueden adaptarse disminuyendo el tamaño y el peso corporal, reduciendo la actividad física o ambas cosas. Estas adaptaciones aunque no lleguen a ser consideradas un problema importante de salud, sí que tienen repercusiones en términos de productividad. Si los factores condicionantes de la malnutrición permanecen o sólo se modifican ligeramente, parece razonable esperar, como señalaba José María Bengoa⁶, encontrar muchos niños desnutridos o con signos de haberlo estado: “Niños de 6-7 años, que están comenzando a la escuela, y quienes debido a su desarrollo físico, parecen no tener más de 4 años. Estos niños, y aquí es donde está la tragedia, no son comparables en su conducta, ni en su psicología, ni en su capacidad para el aprendizaje a otros niños de su misma edad, pero tampoco son comparables a los niños de 4 años de edad. Son seres distintos, con sus propias características biológicas y de conducta y una organización sensorial difícil de clasificar dentro de su grupo de edad cronológico”.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se produjeron avances en la resolución del reto que plantea la desnutrición en Iberoamérica, pero no parece que se haya aprovechado la oportunidad de resolver los factores condicionantes de la misma. El fenómeno de la globalización y las transiciones epidemiológicas y nutricionales que están experimentando regiones como América Latina, han incorporado nuevas dimensiones al reto de superar los problemas asociados a la malnutrición, obligándonos a repensar cómo podemos aprovechar las oportunidades.

Agradecimientos

Al profesor José María Bengoa Lecanda (1913-2010), por los comentarios, sugerencias y recomenda-

ciones que realizó tras la lectura del texto: “Historia de la desnutrición en Iberoamérica: entre el reto y la oportunidad”. Trabajo realizado en el marco de los proyectos de investigación subvencionados por el Ministerio de Educación y Ciencia, el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Generalitat Valenciana: “Antecedentes históricos de la nutrición comunitaria en España. Los primeros intentos de institucionalización, 1923-1947” (HUM2005-04961-C03-01), “La lucha contra la desnutrición en la España contemporánea y el contexto internacional (1874-1975)” (HAR2009-13504-C02-01) y Programa Prometeo. Generalitat Valenciana (Prometeo/2009/122).

Referencias

1. Livi Bacci M. Ensayo sobre la historia demográfica europea: población y alimentación en Europa. Barcelona: Ariel; 1988.
2. Fogel RW. Escapar del hambre y la muerte prematura, 1700-2100: Europa, América y el tercer mundo. Madrid: Alianza Editorial, 2009.
3. Pérez Moreda V. Alimentación, desnutrición y crecimiento económico. Reflexiones sobre la obra: El hambre en la historia. *Agricultura y Sociedad* 1991; 61: 207-222.
4. Casado D. Perfiles del hambre. Problemas sociales de la alimentación española. Madrid: Cuadernos para el diálogo; 1967.
5. Bengoa JM. Nutrición en América Latina: Algunos Eslabones de su Historia. En: Bourges H, Bengoa JM, O'Donnell AM, editores. *Historias de la Nutrición en América Latina*. Caracas: Sociedad Latinoamericana de Nutrición (Publicación SLAN 1); 2000, pp. 13-33.
6. Beaton GH, Bengoa JM, editores. Nutrición y salud: perspectiva. En: *Nutrición en medicina preventiva. Los síndromes carenciales más importantes, su epidemiología y medidas de control*. Caracas: Instituto Nacional de Nutrición/Escuela de Nutrición y Dietética de la UCV (copia multigráfica de la traducción al español del texto *Nutrition in Medicine Preventive*); 1975, pp. 3-8.
7. Bengoa JM. Hambre cuando hay pan para todos. Caracas: Fundación Cavendes; 2000; Bengoa JM. *Tras la ruta del hambre. Nutrición y salud pública en el siglo XX*. Alicante: Universidad de Alicante; 2005.
8. Bengoa JM. Historia de la nutrición en salud pública. En: Serra Majem L, editor. *Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson; 2006, pp. 52-61.
9. Ramalingaswami V, editor. *Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Campaña Mundial contra el Hambre. Estudio Básico 12); 1963.
10. Barona Vilar JLL. *The Problem of Nutrition. Experimental Science, Public Health and Economy in Europe*. Bruxelles: Peter Lang, 2010.
11. Llorens E. *El subconsumo de alimentos en América del Sur*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1942.
12. Woodbury RM. El consumo de alimentos y la nutrición en las Américas. *Revista Internacional de Trabajo* 1942; 26 (3): 275-316.
13. Poblete Troncoso M. *El subconsumo en América del Sur. Alimentos, vestuario y vivienda*. Santiago de Chile: Nascimento; 1946.
14. De Castro J. *Le problème de l'alimentation en Amérique du Sud*. Paris: UNESCO (Les hommes et leur nourriture), 1950.
15. De Castro J. *Ensayos sobre el subdesarrollo*. Madrid: Siglo Veinte; 1965.
16. Layrisse M, Roche M, Baker SJ. Anemias nutricionales. En: Beaton GH, Bengoa JM, editores. *Nutrición en medicina preventiva. Los síndromes carenciales más importantes, su epidemiología y medidas de control*. Caracas: Instituto Nacional de

- Nutrición/Escuela de Nutrición y Dietética de la UCV (copia multigrafiada de la traducción al español del texto Nutrition in Medicine Preventive); 1975, pp. 42-64.
17. Valiente S, Uany R. Desarrollo de la nutrición y alimentación en Chile en el siglo XX. En: Bourges H, Bengoa JM, O'Donnell AM, editores. Historias de la Nutrición en América Latina. Caracas: Sociedad Latinoamericana de Nutrición (Publicación SLAN 1); 2000, pp. 129-141.
 18. De Castro J. El libro negro del hambre. Buenos Aires: EUDEBA; 1972.
 19. Bengoa JM. Niveles individuales y sociales asociados a la desnutrición. En: Galofré F, editor. Pobreza crítica en la niñez de América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL/UNICEF; 1981, pp. 159-198.
 20. Demalyer EM. Malnutrición calórico-proteínica. En: Beaton GH, Bengoa JM, editores. Nutrición en medicina preventiva. Los síndromes carenciales más importantes, su epidemiología y medidas de control. Caracas: Instituto Nacional de Nutrición/Escuela de Nutrición y Dietética de la UCV (copia multigrafiada de la traducción al español del texto Nutrition in Medicine Preventive); 1975, pp. 10-41.
 21. Fajardo L. Apuntes de la historia de la nutrición en Colombia. En: Bourges H, Bengoa JM, O'Donnell AM, editores. Historias de la Nutrición en América Latina. Caracas: Sociedad Latinoamericana de Nutrición (Publicación SLAN 1); 2000, pp. 145-173.
 22. Bengoa JM. Nutrición en los sistemas locales de salud. Jornadas Médicas del Caribe, en homenaje al Dr. José Antonio Urrestarazu, abril de 1995. En: La nutrición en Iberoamérica a través de uno de sus protagonistas. Caracas: Fundación Cavendes (Homenaje del Instituto Nacional de Nutrición al Dr. José María Bengoa); 1998, pp. 51-87.
 23. Gueri M. Presentación del número monográfico: deficiencias de micronutrientes en las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1994; 117 (6): 477-482.
 24. Bengoa JM. Apuntes para la historia de la nutrición en América Latina. En: La nutrición en Iberoamérica a través de uno de sus protagonistas. Caracas: Fundación Cavendes (Homenaje del Instituto Nacional de Nutrición al Dr. José María Bengoa); 1998, pp. 113-143.
 25. Barría RM, Amigo H. Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 2006; 56 (1): 3-11.