

Nutrición, Salud y Sociedad
España y Europa en los siglos XIX y
XX

Josep Bernabeu-Mestre
Josep Lluís Barona
(editores)

SEMINARI D'ESTUDIS SOBRE LA CIÈNCIA

VALÈNCIA
2011

Sumario

<i>Prólogo</i>	
<i>Nicolau, R.; Pujol-Andreu, J.</i> Aspectos políticos y científicos del Modelo de la Transición Nutricional: evaluación crítica y nuevas perspectivas	
<i>Barona, J.L.</i> Nutrición y salud. De la génesis del conocimiento experimental a las prácticas sociales (1918-1950).....	
<i>Martínez Carrión, J.M.</i> El estado nutricional en la Europa contemporánea. Una visión desde la historia antropométrica.....	
<i>Barona, J.L.</i> Los Organismos Internacionales y la fisiología de la nutrición durante los años 1930	
<i>Bernaben- Mestre, J.</i> El contexto histórico de la transición nutricional en España.....	
<i>Bernaben-Mestre, J.; Esplugues, J. X.; Galiana, M. E.; Moncho, J.</i> Nutrición y salud pública en España, 1900-1936.....	
<i>Guillem Llobat, X.</i> La regulación de la calidad de los alimentos en el mercado español entre los siglos XIX y XX. Actores e intereses.....	
<i>Del Cura, I.; Huertas, R.</i> Estudios nutricionales en Madrid durante la Guerra Civil española.....	
<i>Castejón Bolea, R.; Perdiguero Gil, E.</i> Médicos, regulación y empresas alimentarias en la introducción y consumo de fórmulas infantiles en España, 1900-1936.....	

Nutrición y alimentación: de la génesis del conocimiento experimental a las prácticas sociales (1918-1950)¹

Josep Lluís Barona

Introducción

En el contexto histórico del Período entre-guerras la nutrición adquirió múltiples dimensiones que permiten explorar la génesis del conocimiento experimental, los intereses sociales y la transferencia de conocimientos y prácticas relacionados con la salud pública, la economía, el comercio y la política.² Por eso los estudios sobre alimentación y nutrición se han convertido en un campo de estudio plural, transversal y novedoso.³ La excepcional

¹ El presente trabajo ha sido realizado en el marco de los proyectos de investigación “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), “La sanidad española en el contexto internacional. Conferencias sanitarias, Sociedad de Naciones y Organismos Internacionales (1851-1975). [HUM 2006-06098].

² Robert BOYCE, *The Great Interwar Crisis and the Collapse of Globalization*. (London, 2009).

³ J. MILLER & J. DEUTSCH, *Food Studies. An Introduction to Research Methods*. (Oxford – New York, 2009). S. Ryan Johansson, “Food for Thought. Rethoric and Reality in Modern Mortality History.” *Historical Methods*, 27, (1994) 101-125; M. KEYNES, D. COLEMAN, N. DINSDALE, *The Political Economy of Health and Welfare* (Hong Kong, 1988); S. OSMANI, *Nutrition and Poverty* (Oxford,

confluencia de todos los factores que marcaron el contexto histórico de este período contribuyó a construir el *problema de la nutrición*.⁴

Entre los elementos que más pesaron cabe destacar, en primer lugar, la nueva significación cultural, social, política y económica del hambre, la alimentación y la dieta.⁵ En segundo lugar, conviene recordar también la ideología sanitaria de la época, que asociaba los nuevos valores de ciudadanía al derecho a la salud y a una alimentación digna y suficiente.⁶ La mala alimentación era considerada como antesala de la infección, de modo que microbios y alimentos focalizaron la preocupación de médicos e higienistas en su esfuerzo por mejorar el desarrollo orgánico y el estado de salud de la población infantil y adulta, rural y urbana. Se comprende, pues, el interés por identificar enfermedades carenciales y definir, desde parámetros científico-experimentales y clínicos, el concepto de enfermedad carencial o deficiencia nutricional, los estados de *desnutrición* y la *malnutrición*.

El *problema de la nutrición* presentaba múltiples dimensiones. Un primer aspecto era el político y militar, puesto que en una etapa de

1992); Massimo LIVI-BACCI, *Population and Nutrition. An Essay on European Demographic History* (Cambridge, 1991).

⁴ He dedicado a este asunto la monografía J.L. BARONA, *The Problem of Nutrition. Experimental Science, Public Health and Economy in Europe 1918-1945*. (Brussels, 2010)

⁵ Belasco, W. BELASCO & R. HOROWITZ (eds) *Food Chains: from Farmyard to Shopping Cart* (Philadelphia, 2010); C. COUNIGHAM & P. VAN ESTERIK, (eds) *Food and Culture. A Reader*. (New York – London, 2008); D. ODDY & L. PETRANOVA (eds). *The Diffusion of Food Culture in Europe from the Late 18th Century to the Present Day*. (Prague, 2005).

⁶ SMITH, DAVID F. & Jim PHILIPS (eds.), *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century. International and Comparative Perspectives* (London, 2000); James VERNON, “The Ethics of Hunger and the Assembly of Society: The Techno-Politics of the School Meal in Modern Britain” *American Historical Review*, vol. 110 (2005), pp. 693–725; Peter SCHOLLIERS, *Food culture in Belgium* (Westport & London, 2008).

crisis pre-bélica, como también en momentos de guerra y de posguerra, era urgente garantizar una dieta mínima para la población y evitar la hambruna que afectaba dramáticamente en especial a grupos de riesgo como los niños, madres, ancianos, desempleados, enfermos y soldados. En segundo lugar, la dimensión económica de la producción y el suministro de alimentos adquirió gran relevancia debido al deterioro del *global food system* que se había configurado desde la segunda mitad del siglo XIX, debido a las tensiones internacionales. Las crisis bélicas y el *crash* económico y financiero de 1929 alteraron profundamente la producción y el comercio mundial de alimentos con unas consecuencias terribles en la década de los años 1930 que culminó con la IIª Guerra Mundial.

Todos estos factores propios de una situación de crisis, favorecieron nuevas oportunidades, propiciaron la creciente industrialización de un número cada vez mayor de alimentos (leche, chocolate, aceite, azúcar, alimentos enlatados...) a diferencia de las formas tradicionales de manufactura artesanal, lo que originó la necesidad de regular su producción, vigilar la salubridad de los alimentos, los fraudes y adulteraciones, controlar el uso de aditivos, colorantes y conservantes.⁷ En definitiva, la nueva coyuntura obligó a debatir y consensuar nuevas normas sobre lo permisible y lo inaceptable en los productos destinados a la alimentación humana como salvaguarda de la calidad de los alimentos y de la salud pública.

La importancia económica, sanitaria y política de la nutrición puso también de relieve su dimensión cultural. Los expertos higienistas y las autoridades políticas tomaron conciencia de las profundas diferencias que mostraban los hábitos dietéticos y las tradiciones entre grupos sociales diversos –por ejemplo entre zonas urbanas y zonas rurales de un mismo país-, y entre amplias

⁷ Ximo GUILLEM-LLOBAT, *De la cuina a la fàbrica. L'aliment industrial i el frau. El cas valencià en el context internacional (1850-1936)* (Alacant, 2009).

regiones europeas con tradiciones dietéticas bien diferentes. Era necesario analizar las necesidades nutritivas en las distintas edades y sexos, estableciendo diferencias entre trabajadores manuales, obreros y campesinos y otros grupos profesionales más sedentarios, lo que estimuló trabajos de campo, encuestas e informes destinados a establecer una especie de cartografía de la nutrición y el hambre, cuyo objetivo era servir de fundamento para la acción política y la protección social. En esa dirección trabajaron en diversos países y con diversos nombres institutos de reformas sociales e institutos de higiene de la alimentación, impulsando encuestas sobre la dieta y la salud alimentaria, como también organizaciones internacionales como el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y el Instituto Internacional de Agricultura, organismo creado durante el Período entre-guerras, que fue el punto de partida de la FAO.

La intervención de los organismos internacionales

La intervención de estos organismos internacionales impulsó los estudios sociales y científicos sobre la nutrición, promovió las conferencias de expertos e influyó en las decisiones de los gobiernos europeos. Dos objetivos eran prioritarios: establecer *standards* internacionales sobre dieta y nutrición e investigar los hábitos y la dieta en las zonas rurales de Europa.⁸ En opinión de J. George Harrar, Presidente de la Rockefeller Foundation en esos años, el descubrimiento de la caloría como unidad de medida constituía una “alianza informal” entre científicos, agricultores, agencias gubernamentales, educadores y comerciantes para combatir la malnutrición en todo el mundo.⁹ El presente capítulo se propone analizar los informes técnicos y las encuestas realizadas

⁸ Josep L. BARONA, “Nutrition and Health. The International Context during the Inter-war Crisis,” *Social History of Medicine*, 21 (1), (2008), 87–105.

⁹ N. CULLATER, “The Foreign Policy of the Calorie,” *The American Historical Review*, 112, (2007), 337–64.

por las comisiones de expertos en nutrición de la Sociedad de Naciones, así como del Instituto Internacional de Agricultura y su sucesora, la *Food and Agriculture Organisation*.

Continuando con la tradición iniciada en el Período Entre-guerras por parte de la Sociedad de Naciones, en los años 1940 y comienzos de los 1950 se crearon comités mixtos de la FAO y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que elaboraron informes regionales y culminaron con los *World Food Survey* iniciados a mediados de los años 1940. Su finalidad era establecer una cartografía del hambre, delimitar los efectos de las deficiencias nutricionales y la malnutrición. El objetivo principal era establecer parámetros dietéticos y valorar el estado nutritivo de la población para establecer un diagnóstico que sirviese de punto de partida de las políticas públicas nacionales e internacionales.

Los primeros informes técnicos sobre el estado nutricional de la población europea

En la 13ª sesión del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, celebrada en 1928, Léon Bernard, representante del gobierno francés, solicitó que la nutrición se incluyese en el programa de trabajo del organismo internacional. La crisis de la posguerra provocó graves problemas de hambre, pero la situación se volvió más urgente y dramática a partir de 1929. En 1930, el director de la Escuela de Higiene de Varsovia y experto de la SdN, Witold Chodzko, expresaba sus temores acerca de las pésimas condiciones nutritivas en muchas áreas rurales europeas.¹⁰

El primer informe técnico de la Sociedad de Naciones (SdN) relativo a la nutrición humana se remonta a 1926.¹¹ Desde esa

¹⁰ Witold CHODZKO W. (1930). *The Rural Centre for Public Health and Social Welfare and the Improvement of Rural Health Conditions, Sixteenth Session of the Health Committee*, Geneva, League of Nations.

¹¹ En los Archivos de la Sociedad de Naciones (Ginebra) hay una sección con información específica sobre nutrición en los documentos R.6133 a R.6140.

fecha diversas aportaciones e informes destacaban la importancia de impulsar investigaciones científicas sobre nutrición. Destacados protagonistas de la economía y de la política internacionales, como John Maynard Keynes, Jean Monnet o Albert Thomas, abogaban en la Sociedad de Naciones por regular la producción y el consumo de alimentos como un mecanismo para afrontar la inestabilidad económica. La mayor parte de los informes e investigaciones sobre nutrición que se llevaron a cabo en los años 1920 y 1930 se centraban en países europeos (Checoslovaquia, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Hungría, Holanda, Rumania, España, Portugal y Suecia),¹² Aunque la SdN dedicó también atención y debates en una conferencia internacional dedicada a analizar la situación alimentaria en Sudáfrica, Chile, China, India, Japón y Filipinas.

La alimentación, como asunto clave de dimensión científico-social apareció de forma clara tras la Primera Guerra Mundial. En

También hay informes internos sobre el periodo 1928-1937 (R.5865-5866) e informes como los de T. SAIKI (1927) *Necessity of the Study of Nutrition*, Geneva, League of Nations. El documento R.5910 analiza los problemas de suministro y distribución en 1929, como también los documentos R.5921 y R.6078-79. Los documentos R.5935 y R.6009 (1932) están dedicados a los standards de vitaminas y el documento R.5936 contiene un *Étude de l'état alimentaire* (1932-3) y varios *Études sur la meilleure utilisation, pour l'alimentation des budgets réduits* (1932-3).

¹² Milk and Milk Products in Sweden (Studies on nutrition), 1926, (Document C.H./Com.Exp.Alim./5: Divers/I); H.C. MOERKEBERG, *Meat inspection in Denmark and Inspection of Milk in Denmark*, 1924, C.H./E.P.S./49; M.D., MACKENZIE, "The Administrative Machinery by which the Adequate Nourishment of the Poor is Ensured in Great Britain," *League of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organisation*, 1933, Vol. 2, p. 333-352; [E.J. McDOUGALL] "Rural dietaries in Europe," *Bulletin of the Health Organisation*, 1939, Vol. 8, No. 3, pp. 470-497, [C.H./Com.Exp.Alim./59, 25 p.]; W. MUEHEL, "Ill effects of food restrictions in Europe, 1940-1944," *League of Nations Bulletin of the Health Organisation*, 1945-1946, Vol. 12; *Nutrition in various countries*, Series of League of Nations Publications, Geneva, 1936. [Technical Report A.12(b).1936.II.B]; "Report on Bread in several European Countries," *League of Nations Bulletin of the Health organisation*, 1939, Vol. 8, pp. 498-55.

una conferencia pronunciada en 1922 ante la Academia de Medicina de Barcelona, el fisiólogo catalán August Pi Sunyer comparaba los precios de los alimentos en Berlín, Barcelona y otras ciudades europeas.¹³ A partir de esos datos llegaba a la conclusión de que los ciudadanos europeos eran mucho más pobres en 1922 que en 1914, es decir, que los efectos de la Gran Guerra habían sido devastadores. Pi Sunyer establecía una comparación entre la evolución de los salarios y la de los precios de los alimentos, determinando las bolsas de pobreza que se habían ido produciendo al identificar sectores de la población que tenían que gastar el 70% de sus ingresos en la compra de alimentos. Estimaba que en 1922 en Barcelona una reducción del gasto en alimentos por debajo de las 1,75 pesetas por persona y día conducía inexorablemente a la deficiencia nutricional, es decir, a la debilidad física y a la enfermedad.¹⁴ Se planteaba así, la importancia de la alimentación y de la pobreza para la salud pública.¹⁵

Los fisiólogos españoles del período entre-guerras dedicaron una gran atención a estas cuestiones. En otro contexto histórico bien distinto, José Puche Álvarez, catedrático de fisiología en Valencia, rector de aquella Universidad durante la guerra civil, discípulo de Juan Negrín y de August Pi i Sunyer y exiliado en México desde 1939, publicaba en el primer número de la revista *Ciencia. Revista de ciencias puras y aplicadas*, impulsada por los republicanos en el exilio, un artículo breve titulado “El hambre en Europa”, donde hacía un pronóstico de la evolución y el desenlace de la II Guerra Mundial a partir del acceso a los alimentos.¹⁶

¹³ August PI I SUNYER. (1922). *El hambre de los pueblos*. Conferencia dada en la Academia de Medicina el 29 de enero de 1922. Barcelona, Asociación instructiva de obreros y empleados municipales.

¹⁴ PI i SUNYER, 1922, p. 23.

¹⁵ Véase el capítulo introductorio de Josep BERNABEU, “Contexto histórico de la transición nutricional en España”.

¹⁶ José PUCHE ALVAREZ, “El Hambre en Europa”. *Ciencia. Revista de ciencias puras y aplicadas*, 1, (1940), 6 p.

Fisiología, salud pública, política y poder militar configuraban una compleja trama en torno a la alimentación.

A comienzos del la década de los años 1920 las víctimas de la desnutrición se contaban por millones en Rusia, China, Alemania, Austria, en la región de los Balcanes, en Polonia y en España, donde comarcas como Las Hurdes mostraban dramáticamente las secuelas del subdesarrollo, el hambre y la pobreza de poblaciones que vivían en condiciones de semi-exclusión.¹⁷ La crisis económica, la reducción de los salarios y el desempleo afectaron a una gran parte de la población europea durante la década de los años 1930 y eso aumentó el interés científico, sanitario y político por averiguar su repercusión sobre la salud y la dieta de los desempleados y de los grupos sociales con bajos ingresos.

La pobreza, la hambruna, la conflictividad social y la guerra, impulsaron el interés político por la ciencia de la nutrición. Los estudios de fisiología de la nutrición tenían su expresión más simple en el cálculo del valor calórico de la dieta. Se calculó que un trabajador sedentario requería entre 2.200 y 2.400 calorías diarias, derivadas de restar 800 calorías estimadas para el trabajo de un día de las 3.100 que necesitaría un trabajador activo. Se reducían las necesidades calóricas en un 27% para los desempleados y en un 8% para el conjunto de su unidad familiar.¹⁸ En las reuniones de expertos nutricionistas y responsables de las políticas de alimentación de los diversos países se proponía realizar tres tipos de estudios:

- a) Investigaciones demográficas a gran escala con datos antropométricos generales para establecer relaciones

¹⁷ *Viaje a las Hurdes. El manuscrito inédito de Gregorio Marañón y las fotografías de la visita de Alfonso XIII* (1993). Madrid, El País-Aguilar.

¹⁸ "The Economic Depression and Public health. Memorandum prepared by the Health Section. III. The Nutrition of the Unemployed" (1932). *League of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organisation*, 1, 443-457.

consistentes entre la dieta, el desarrollo orgánico y el estado de salud.

- b) Investigaciones específicas sobre grupos concretos de población (mujeres, niños, militares, ancianos, desempleados...) mediante exámenes clínicos teniendo en cuenta la situación social y familiar
- c) Examen morfológico orgánico y psicológico del conjunto de la población

El vasto programa científico y político que podía articularse en torno a estas propuestas aspiraba utópicamente a convertir la población europea en un inmenso laboratorio para el estudio experimental y clínico de la dieta y la nutrición. Estudios realizados por el *Statistisches Reichsamts* para el gobierno alemán sobre datos referidos a 1927 detectaban ya situaciones de desnutrición entre sectores marginales de la población alemana, aunque ese año había sido relativamente próspero y la capacidad adquisitiva de los desempleados había empeorado todavía más en lo sucesivo. El coste de la vida se había incrementado un 19% y los precios de los alimentos habían crecido un 25% entre 1927 y 1932, por lo que la situación era calificada en el informe de *hambruna oculta*.¹⁹ Una estimación del estado de nutrición de los desempleados en Alemania basada en datos oficiales de recursos y precios de mercado todavía acentuaba más la gravedad de la situación, ya que un 45% de los ingresos se destinaba a alimentación. Si esos datos eran ciertos y los desempleados gastaban esa proporción de sus ingresos, eso significaba que la cantidad de calorías ingeridas diariamente estaba entre 532 y 1.140 entre los niños y entre 840 y 1.800 en los adultos. La dieta de las familias alemanas de los desempleados expresaba claramente las dificultades, porque en tres de cada cuatro comidas sólo se alimentaban de café y pan con

¹⁹ "Economic Depression and Public Health, Memorandum prepared by the Health Section. III. The Nutrition of the Unemployed,"(1932) *League of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organisation*, 1, 443-457.

margarina o jamón. La comida del mediodía solía incluir una mayor variedad de alimentos: sopas, patatas, verduras y, solo en alguna ocasión, carne.²⁰

En 1932 existía una preocupación general sobre las consecuencias de la crisis y el deterioro de la salud de la población europea, de ahí que, en su 19ª sesión, el Comité de Higiene de la SdN emprendiera el estudio de los efectos de la crisis económica sobre la salud pública. Se llevaron a cabo dos conferencias de expertos en nutrición: la primera tuvo lugar en Roma en septiembre de 1932 y la segunda en Berlín en diciembre de ese mismo año.

Los informes técnicos sobre Gran Bretaña relativos a 1932 indicaban que los ingresos totales de los desempleados venían justos para cubrir las necesidades del gasto en alimentos, aunque los márgenes de seguridad eran muy estrechos. Sin embargo, en esos momentos la situación de la población alemana era comparativamente peor. El acceso a los alimentos se convirtió a comienzos de los años 1930 en un factor fundamental tanto desde el punto de vista de las políticas nacionales como internacionales. Según el Ministerio de Sanidad británico “la dieta en el hogar de los desempleados no iba mucho más allá del pan blanco, mantequilla o margarina, patatas, azúcar, jamón, té y tocino en cantidades muy limitadas, aunque la carne se consumía rara veces; apenas tomaban leche fresca y lo habitual era la leche condensada descremada. Apenas se consumían verduras distintas de las patatas.”²¹

La misma desproporción entre los ingresos de los desempleados y las necesidades del gasto en alimentos se daba en muchos países europeos, por lo que se fue extendiendo la sensación de que se iba perdiendo calidad en el consumo de

²⁰ Informe presentado por Lehmann incluido en “Economic Depression and Public Health” 1932: 452.

²¹ “Economic Depression and Public Health” 1932: 452.

alimentos por la tendencia a consumir los vegetales más baratos a expensas de la leche, la carne, los huevos y la mantequilla. La única manera de contrarrestar esta tendencia era acelerar la industrialización y la producción masiva, con el fin de satisfacer la demanda urgente de alimentos muy baratos de origen animal.

La Comisión Técnica de expertos en Nutrición de la Sociedad de Naciones insistía en la importancia de organizar la dieta alrededor de los productos naturales de la zona, aunque asumía también la posibilidad de que ciertos grupos específicos de población pudieran beneficiarse de la distribución de vitaminas, que podían obtenerse muy baratas en grandes cantidades. La levadura de cerveza se consideraba muy valiosa para corregir deficiencias por ser rica en elementos nitrogenados y en vitaminas del grupo B. Lo mismo se decía de los minerales que podían administrarse a los escolares y a grupos con alimentación deficiente. La crítica situación que mostraba el panorama internacional planteaba la necesidad de poner en marcha los principios de una nueva cultura de la dieta y de la alimentación de acuerdo con los principios de los nuevos conocimientos experimentales. La divulgación social de los fundamentos de la nutrición humana entre todas las clases y grupos sociales se vislumbraba como un medio efectivo para mejorar los hábitos dietéticos en todos los países.

El panorama era crítico y unos años más tarde, en septiembre de 1935 la Asamblea General de la Sociedad de Naciones urgía a los gobiernos a tomar medidas prácticas para asegurar mejoras en la alimentación, al tiempo que alentaba al Comité de Higiene a continuar impulsando las investigaciones sobre nutrición y realizando análisis prospectivos sobre la influencia de la crisis sobre la salud pública, mediante acuerdos conjuntos con la OIT [Organización Internacional del Trabajo] y el Instituto

Internacional de Agricultura.²² Unos meses antes de la celebración de aquella Asamblea de la SdN, la 19ª sesión de la OIT se había pronunciado en el mismo sentido. En consecuencia, tuvo lugar la creación de una comisión técnica mixta de los tres organismos internacionales implicados, que se reunió por primera vez en Londres en noviembre de 1935. Ya en 1934 el Comité de Higiene de la SdN había encargado a E. Burnet y W.R. Aykroyd una serie de informes sobre el estado de la salud pública en países como Gran Bretaña, Francia, Estados Unidos, Dinamarca, Suecia, Noruega y la URSS.²³ El informe de Burnet y Aykroyd delimitaba en torno a la vivienda y la alimentación el núcleo de los principales problemas de salud pública.

Pero la crisis social fue avanzando a lo largo de los años 30 y las circunstancias se hicieron particularmente críticas en 1938. Hablaremos más adelante de las consecuencias que todo ello tuvo para la población española en el contexto de la guerra civil, pero conviene subrayar el hecho de que las graves restricciones en la producción y el acceso a los alimentos deterioró muy seriamente la dieta y las condiciones de salud de muchos otros países europeos, hasta el extremo que tuvieron que aplicarse medidas de urgencia por parte de los gobiernos para paliar la hambruna, que se había convertido en una amenaza real en Europa. En muchos países europeos se habían creado Institutos Nacionales de Alimentación para coordinar las políticas de producción de alimentos, comercio, precios y disponibilidad. En esas circunstancias excepcionales, la Comisión de Expertos de la Sociedad de Naciones asumió el reto de establecer patrones o *standards dietéticos*, referidos a indicadores como la dieta óptima, la dieta mínima, las dietas de racionamiento

²² The Problem of Nutrition. Interim Report of the Mixed Committee on the Problem of Nutrition (1936). Geneva, Series of League of Nations Publications [Technical Report A.12.1936.II.B].

²³ Un resumen del informe de E. BURNET y W.R. AYKROYD se publicó en el *Quarterly Bulletin of the League of Nations* (1935), 4 (2), 323-474.

para situación de crisis profunda o de conflicto bélico, la dieta recomendada para desempleados, embarazadas, presos, enfermos asistidos en hospitales, lactantes, niños o ancianos, para asegurar la mejor nutrición de los distintos grupos sociales y especialmente los grupos de riesgo.²⁴

Los problemas de alimentación en el medio rural

Las condiciones de vida y salud, la higiene de la vivienda, la asistencia sanitaria y la alimentación de la población rural europea se convirtió en un asunto de interés prioritario para los gobiernos europeos a finales de los años 1920 y esa preocupación se transmitió a la Sociedad de Naciones, donde, entre otras comisiones de expertos, fue objeto de estudio por parte de la comisión de expertos en nutrición. Según todos los informes, la dieta en las diversas zonas rurales de Europa mostraba grandes diferencias y desigualdades, aunque poseía como característica común la monotonía y el uso limitado del número de alimentos, a pesar de las oscilaciones estacionales, lo que representaba un inconveniente respecto a las dietas urbanas, ya que la mayor variedad de alimentos en la ciudad prevenía carencias en especial de vitaminas y minerales. El informe elaborado por McDougall para la Sociedad de Naciones mostraba el predominio del consumo de cereales como base de la dieta en la Europa central, del este y sur-este, representando alrededor del 80-90% de los alimentos consumidos.²⁵ Esta elevada proporción decrecía conforme la población campesina prosperaba y experimentaba una palpable reducción en la Europa occidental y del norte por causas climáticas y agrícolas. En las zonas consideradas por los expertos en nutrición como más primitivas, los cereales se consumían no sólo en forma de pan, también se comían directamente, o con agua

²⁴ Josep L. BARONA, *The Problem of Nutrition...*

²⁵ [McDOUGALL, E.J.] (1939). "Rural dietaries in Europe," *Bulletin of the Health Organisation*, 8 (3), 470-497, [C.H./Com.Exp.Alim./59, 25 p.], p. 470.

en forma de purés, pasteles o polenta.²⁶ Además de cereales se consumían alimentos vegetales de alto valor energético, como las patatas en Europa central o las judías en los Balcanes.

Menos homogéneo era el consumo de carne, en función de hábitos culturales y de la prosperidad de los campesinos, aunque habitualmente ciertos animales (cerdos, vacas, corderos) eran importantes para la supervivencia en muchas áreas rurales, por la leche, lana y otras materias fundamentales para la economía de las familias rurales. Por otra parte, la dieta rural adolecía de una mayor dependencia estacional que la dieta urbana, ya que muchas familias campesinas dependían de lo cultivado en su entorno.

Alimentación en tiempo de guerra

La Guerra de España y la IIª Guerra Mundial provocaron un deterioro muy grave de las condiciones de vida, del acceso a los alimentos y consecuentemente de las condiciones de salud de la población.²⁷ La crisis de abastecimiento afectó a más de 1,200,000 personas durante el asedio de Madrid y afectó a más de 300,000 refugiados durante los primeros meses de la Guerra de España. Desde la segunda mitad de 1937, los problemas de alimentación de algunas zonas –v.gr. la población madrileña que vivía bajo una situación excepcional de asedio- se agravaron y la situación llegó a ser peor que en Europa central durante los años de la Gran Guerra.²⁸ El contenido calórico de la dieta diaria de la población de Madrid descendió bruscamente provocando deficiencias y, en

²⁶ [McDOUGALL, E.J.] 1939: 471.

²⁷ M. BIRAUD (1943-1944) “Health in Europe. A Survey of the Epidemic and Nutritional Situation”, *League of Nations Bulletin of the Health Organisation*, 10, 557-699; Josep L. BARONA, “La salud de la población según los informes internacionales”. En: *Actas del Congreso Internacional sobre la Guerra Civil Española*, Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales (Madrid, 2007).

²⁸ *Rapport sur la mission sanitaire en Espagne (28 decembre 1936–15 janvier 1937)* (1937). Geneva, Société des Nations, 62 p.

muchos casos, estados de malnutrición.²⁹ Especialistas en fisiología de la nutrición analizaron desde parámetros científicos este proceso y, una vez acabada la guerra realizaron un balance sobre sus repercusiones clínicas y su traducción en un deterioro de la salud de la población madrileña.³⁰ Como consecuencia de esta excepcional coyuntura, la distribución y el acceso de todos los sectores de la población a los alimentos se convirtió en estrategia política de gran trascendencia bélica.

Siguiendo las recomendaciones internacionales, el gobierno republicano creó un *Instituto Nacional de Higiene de la Alimentación* bajo la dirección del catedrático de fisiología y rector de la Universidad de Valencia, José Puche.³¹ Desde comienzos de 1937 se estableció un sistema de racionamiento individual, familiar y otro específico para los enfermos.³² Las raciones individuales partían del siguiente esquema: 150 gramos de carne fresca o enlatada, reemplazable por 100 gramos de jamón, 200 gramos de pescado fresco, 100 gramos de pescado en conserva o 80 gramos de bacalao. Diariamente incluía medio litro de leche fresca, 130 gramos de leche condensada, 200 gramos de concentrado de leche o 75 gramos de queso. Un cuarto de litro de aceite de oliva, 200

²⁹ Grande Covián, F. (1939). *La alimentación en Madrid durante la Guerra. (Estudio de la dieta suministrada a la población civil madrileña durante diecinueve meses de guerra: Agosto 1937 a Febrero 1939)*. Madrid, Publicación de la Revista de Sanidad e Higiene Pública.

³⁰ Véase el capítulo de Rafael HUERTAS e Isabel DEL CURA en este libro, dedicado a los “Estudios nutricionales en Madrid durante la Guerra Civil Española”.

³¹ Véase el capítulo de este libro de Josep BERNABEU et al. “Nutrición y salud pública en la España de las primeras décadas del siglo XX, 1900-1936”.

³² F. JIMÉNEZ GARCÍA; F. GRANDE COVIAN (1940a) “Sobre los trastornos carenciales observados en Madrid durante la Guerra. I. Los cuadros clínicos presentados con más frecuencia y su clasificación,” *Revista Clínica Española*, 1, 313-318; F. JIMÉNEZ GARCÍA; F. GRANDE COVIAN (1940b) “Algunas observaciones sobre las dietas consumidas por los enfermos carenciales de Madrid,” *Revista Clínica Española*, (1940b), 1, 1.

gramos de mantequilla o 100 gramos de tocino; 250 gramos de patatas o 100 gramos de lentejas, 150 gramos de judías secas, 180 gramos de arroz, 150 gramos de judías planas o 100 gramos de garbanzos secos; 150 gramos de verdura fresca o 500 gramos de conserva de fruta o verdura; 25 gramos de café o té, o 30 gramos de chocolate o 50 gramos de coco; 50 gramos de azúcar o 80 gramos de miel y medio kilo de pan.³³

A pesar de la situación de Madrid, a comienzos de 1937 los inspectores sanitarios de la zona republicana informaban que la demanda se cubría con la producción agrícola local y en prevención de carestías futuras se habían importado 120 toneladas de patatas de Holanda, aunque había serios problemas para el transporte, la distribución y el abastecimiento. A mediados de 1937, el hambre no había producido aún enfermedades carenciales o malnutrición en la población española.³⁴ Pero la situación fue empeorando y a mediados de 1939 la Comisión Técnica sobre Nutrición de la SdN presentaba un informe basado en datos recogidos entre junio de 1938 y abril de 1939, que incluía un apartado sobre la alimentación de los refugiados y los riesgos de hambruna.³⁵ Desde noviembre de 1936, el Ayuntamiento de Madrid había creado la cartilla de racionamiento familiar y se habían puesto en marcha estudios clínicos y fisiológicos sobre la incidencia de enfermedades carenciales, con lo que la población se convirtió en un laboratorio para analizar los efectos del hambre durante un largo período de más de dos años.

Un grupo de expertos del Instituto de Higiene de la Alimentación realizó un estudio durante los diecinueve meses que van desde agosto de 1937 a febrero de 1939 y el fisiólogo F.

³³ *Rapport sur la mission sanitaire en Espagne*, 1937.

³⁴ *Rapport sur la mission sanitaire* 1937 : 89.

³⁵ ““Report on the work of the Health Organisation between June 1938 and April 1939 and on its 1939 programme. B. Nutrition,” (1939). *League of Nations Bulletin of the Health Organisation*, 1939, 8, 27-32.

Grande Covián publicó un resumen de los resultados.³⁶ La ingesta promedio de calorías por día había descendido a 1.060, es decir que representaba un 49,7% del mínimo aceptable, pero en el último año apenas alcanzaba las 944 calorías: de 1.514 calorías/día de media en agosto de 1937 se había pasado a 852 en febrero de 1939: del 70% al 36% de la dieta mínima, cuando antes de la guerra se estimaba en un promedio de 2.130. Se trataba de una dieta muy deficiente, pobre en proteínas (56%), en grasas (41%), en carbohidratos (53 %), sales minerales y vitaminas.³⁷

La población madrileña estaba más desnutrida que la alemana durante la Gran Guerra, cuyas calorías rondaban entre 1.400 y 1.800 calorías por persona y día. En octubre de 1938 se alcanzó un punto crítico al ingerirse sólo 150 gramos de pan y un tazón de malta en el desayuno, un plato de lentejas con un poco de pan para la comida y un poco de arroz con pan para la cena. Todo ello apenas sumaba entre 800 y 1000 calorías diarias, provocando una significativa pérdida de peso corporal entre la población, que los expertos estimaban alrededor del 30% del peso anterior a la guerra.³⁸ Los estudios realizados por Francisco Jiménez García, Francisco Grande Covián y otros detectaron cuadros carenciales entre la población madrileña como la pelagra, *pelagra sine pelagra*, neuropatías carenciales, neuritis óptica y acústica, glositis simple y edema de hambre.³⁹ La mayoría de estos cuadros se asociaban a avitaminosis y déficit de proteínas, que se agravaron a lo largo de los años de posguerra, cuando la guerra mundial, la fractura social,

³⁶ Francisco GRANDE COVIÁN, 1939.

³⁷ Francisco GRANDE COVIÁN, 1939: 45-46.

³⁸ Francisco JIMÉNEZ GARCÍA; Francisco GRANDE COVIÁN, 1940a: 313-318; Francisco JIMÉNEZ GARCÍA; Francisco GRANDE COVIÁN, 1940b. Véase Isabel DEL CURA, Rafael HUERTAS, *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España 1937-1947* (Madrid, 2007).

³⁹ Puede encontrarse un análisis más detallado en Josep BARONA y Enrique PERDIGUERO (2008). "Health and the War. Changing schemes and health conditions during the Spanish Civil War," *Dynamis*, 28, 103-123.

el éxodo y el aislamiento profundizaron la situación de pobreza y la crisis social.⁴⁰ Sin embargo, conviene reiterar que la situación madrileña no era comparable durante los años del conflicto con la de otras zonas republicanas como Cataluña o el País Valenciano, donde la producción de alimentos y el abastecimiento eran más fáciles.

Durante los primeros años 1940, Francisco Jiménez García y Francisco Grande Covián, del *Instituto Nacional de Higiene de la Alimentación*, publicaron en la *Revista Clínica Española* una serie de estudios clínicos sobre las enfermedades carenciales en la población madrileña durante los años de guerra y posguerra.⁴¹ A pesar de la dramática situación de los años de guerra, apenas hubo casos de avitaminosis A, C y D, y sólo hubo casos excepcionales de hemeralopia, escorbuto y raquitismo. Sin embargo la situación no mejoró durante los años de posguerra y en cierto sentido empeoró, como lo refleja el informe elaborado en 1943 por Yves Biraud, experto de la SdN, que publicó un informe sobre la situación alimentaria en Europa incluyendo referencias específicas a la situación española.⁴² Yves Biraud preparó su informe titulado “Health in Europe” para la Asamblea de la Sociedad de Naciones.⁴³ El hambre, la pobreza y el deterioro de la salud pública ocuparon el primer plano de la política internacional. La Sociedad de Naciones editó tres informes técnicos más entre 1942 y 1946: “Wartime Rationing and Consumption”,⁴⁴ “Food Rationing and Supply”,⁴⁵ y *Food, Famine and Relief, 1940-1946*.⁴⁶

⁴⁰ E. GARCÍA-ALBEA RISTOL, “Las neuropatías carenciales en Madrid durante la Guerra Civil”, *Neurología*, 14, (1999), 122–9.

⁴¹ DEL CURA y HUERTAS, *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*; Josep L. BARONA 2007: 31-34; E. GARCÍA-ALBEA RISTOL, “Las neuropatías carenciales en Madrid..” 1999: 122-129.

⁴² BIRAUD 1943/1944.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ *Wartime Rationing and Consumption*. Geneva, League of Nations, 1942.

⁴⁵ *Food Rationing and Supply*, Geneva, League of Nations, 1943/44.

El de Biraud era el primer estudio de conjunto basado en un amplio material estadístico recopilado por el *Service of Epidemiological Intelligence and Public health Statistics*, después de haber llevado a cabo una serie de aproximaciones parciales sobre racionamiento, pérdida de masa corporal, aumento de enfermedades transmisibles, tuberculosis o mortalidad general e infantil.⁴⁷ Aunque sus resultados son claramente limitados, dada la falta de datos adecuados sobre países como Polonia o Grecia, afectados profundamente por la hambruna, la malnutrición y las enfermedades carenciales, y a pesar de la imposibilidad de valorar adecuadamente las migraciones, los flujos de refugiados, las deportaciones, los efectos de la economía de guerra, las industrias bélicas y las evacuaciones, el informe de Biraud ofrecía una panorámica consistente sobre los problemas de abastecimiento, acceso a los alimentos y el deterioro de la dieta y de la salud en la población europea en torno a 1943. El elemento clave empleado por Biraud para explicar el deterioro de los indicadores de salud era la carencia de alimentos, la hambruna.⁴⁸

El panorama trazado por Biraud sobre la salud y la alimentación en Europa era muy duro. En la región de los Balcanes, como en otras zonas del sur de Europa, había grandes contrastes con zonas muy castigadas por la carencia de alimentos. En la URSS la situación no era mejor, en especial por los efectos negativos del asedio alemán, aunque carecían de datos estadísticos.⁴⁹ La situación de Leningrado era dramática porque millones de refugiados habían sido evacuados de la zona bélica. El informe de Biraud se refería también a la carencia de alimentos en España:

⁴⁶ *Food, Famine and Relief, 1940-1946*, Geneva, League of Nations, 1946.

⁴⁷ BIRAUD 1943-1944: 559.

⁴⁸ BIRAUD, 1943-1944: 561.

⁴⁹ BIRAUD, 1943-1944: 694.

La carencia de alimentos era grave durante la Guerra civil en gran parte del país, de hecho fue aguda durante dos inviernos en Madrid y entre un gran número de prisioneros. Las consecuencias económicas y sociales de la Guerra civil se prolongaron y agravaron durante la Guerra europea, de modo que en 1941 la gravedad de la situación nutricional del país era la segunda después de Grecia. Está habiendo una mejoría.⁵⁰

Durante los primeros 1940s tenía lugar una verdadera hambruna con malnutrición en muchos grupos de población de Europa, especialmente en los campos de internamiento, campos de prisioneros de guerra, ghettos judíos, población civil y soldados de las ciudades sitiadas, pacientes ingresados en los hospitales y prisioneros. Se detectaba un gran número de enfermedades carenciales y pérdida de peso entre la población de los países ocupados, pero la hambruna más severa se producía en Grecia. La situación ya era difícil en el país heleno antes de la Guerra y el corte de los suministros había provocado una verdadera hambruna en 1941 y 1942, que primero afectó a las ciudades y después también a las zonas rurales. La situación siguió empeorando en 1943 y 1944 debido a la inflación.⁵¹ La insuficiencia crónica de alimentos se consideraba la causa del incremento de mortalidad general y por tuberculosis que estaba sufriendo la población griega. La carencia de alimentos tanto en ciudades como en comunidades rurales aconsejaba planificar la ayuda alimentaria. Las carencias graves en la dieta y en la higiene de la vivienda favorecía el aumento de casos de fiebre tifoidea, principal amenaza epidémica en los países de Europa del este y del sur, aunque el riesgo de epidemias de fiebre tifoidea, viruela, fiebre entérica o paludismo – principales amenazas en el pasado- habían sido razonablemente controladas.⁵²

⁵⁰ BIRAUD, 1943-1944: 694.

⁵¹ BIRAUD, 1943-1944: 695.

⁵² BIRAUD 1943-1944: 696.

Hambruna en los campos de internamiento

Miles de refugiados se hacinaban en los campos de internamiento durante la IIª Guerra Mundial, que constituían verdaderos centros de detención o acogida de refugiados. Sus condiciones de vida en barracones y tiendas eran muy deficientes, rodeados de torres de vigilancia y alambradas. El régimen nazi había iniciado campos de concentración nada más alcanzar el poder en 1933 y durante la guerra los incrementó en número y tamaño en distintas zonas de Europa. A comienzos de 1942, el *Wirtschafts-Verwaltungshauptamt* de las SS, Oficina Central para la Administración y Economía, asumió la gestión de los campos cuyos internos se vieron sometidos a trabajos forzados como obreros industriales hasta la muerte, además de verse sometidos a experimentos médicos.⁵³

El estado de nutrición de los internos de los campos era dramático. La SdN publicó en 1944 un informe al respecto.⁵⁴ El memorando fue enviado para su publicación en agosto de 1943 y era consecuencia de un año de investigación clínica sobre el estado de salud de 20.000 adolescentes y adultos ingresados en cuatro campos de internamiento en el sur de Francia. El informe médico apenas hacía referencia a las condiciones de vida, tampoco a la vulneración de derechos de los internos, ni a las normas represivas de funcionamiento de los campos, o a cualquier otro aspecto que pudiera incriminar a los responsables de aquellas terribles instituciones.

Según relata el informe, en la primavera de 1941 había tenido lugar un primer brote de hambruna, situación que se había extendió por todos los campos a partir de 1942.⁵⁵ Las cifras de

⁵³ Paul J. WEINDLING (2005) *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent*. New York, Palgrave Macmillan.

⁵⁴ "Famine Disease and its Treatment in Internment Camps," (1943-1944). *League of Nations Bulletin of the Health Organisation*, Vol. 10, pp. 722-772

⁵⁵ "Famine Disease" 1943-1944.

mortalidad iban creciendo continuamente como expresión de la profunda destitución fisiológica que padecían los internos. Las cifras registradas indicaban que, de un modo significativo, los hombres eran menos resistentes que las mujeres. Los estudios médicos sobre la condición de salud de los internos se iniciaron en febrero de 1942 por parte de organismos humanitarios que establecieron un sistema de ayuda sanitaria consistente en administrar productos dietéticos, vitaminas y minerales. De hecho, los campos de internamiento se convirtieron en una especie de gran laboratorio para la investigación clínica de la malnutrición y de los efectos de la inanición fisiológica en circunstancias extremas.

El equipo médico autor del informe de la SdN realizó una exploración de los internos para detectar síndromes de carencias nutricionales y caquexias. Los internos eran pesados y medidos, se registraba su presión sanguínea, la frecuencia del pulso, y se realizaba un examen médico cuyos datos se registraban en una cartilla personal que permitía clasificarlos en caquéticos, pre-caquéticos y amenazados de caquexia.⁵⁶ El estudio se basaba en una población de 11.000 internos, de los cuales 9.000 habían sido sistemáticamente explorados. De ellos, 331 fueron clasificados como caquéticos, 839 como pre-caquéticos y más de 4.000 como amenazados de caquexia. “Esta proporción, sin embargo, no era estática. La *hambruna* se expandía como una virulenta epidemia y progresaba constantemente en los campos. Cada semana se diagnosticaban nuevos casos...”⁵⁷

Las primeras exploraciones ya indicaban que más de la mitad de los internos presentaban síntomas de hambruna. El equipo médico humanitario clasificó la hambruna en diversas categorías: *hambruna húmeda*, caracterizada por el edema de hambre; *hambruna seca* por la ausencia de edema, más común entre españoles e

⁵⁶ Barona 2010.

⁵⁷ “Famine Disease” 1943-1944: 730.

italianos; *hambruna anémica*, con síntomas neurológicos; *hambruna circulatoria*, *hambruna neurológica* y *hambruna mental*, cuando los pacientes mostraban signos de debilidad, postración y confusión. Estas categorías clínicas permitían establecer un diagnóstico y un pronóstico. La privación por el deterioro en la distribución de alimentos fue provocando una creciente destitución de los internos y a finales de 1942 crecían de manera imparable los casos de malnutrición.

El proceso de deterioro orgánico descrito por los médicos era elocuente. Durante los tres primeros meses de hambre o alimentación carencial se producía una pérdida de peso intensa a un ritmo de 8 a 15 kg. al mes y después la intensidad se ralentizaba con desaparición del tejido graso y frecuentes casos de hernia inguinal, sensación de fatiga intensa, irritabilidad, cambio de complexión, palidez, piel seca y edema matinal. En una etapa posterior aparecía dolor de cabeza, desórdenes mentales, depresión o excitación, se alteraban los reflejos y la posición estática, y en las mujeres amenorrea. Más adelante aparecían vértigos y rampas en las piernas, el edema se hacía permanente con tendencia a la generalización y arritmia cardíaca. En ese momento el deterioro global era tan intenso que, si no se producía una intervención médica, la muerte por malnutrición era inevitable.

El informe médico no sólo atribuía el deterioro orgánico a la malnutrición, sino a la falta de libertad de movimiento, al clima frío, las condiciones antihigiénicas, a la depresión y al deterioro moral. El deterioro orgánico permanente conducía al coma y a la muerte, que a veces se producía por colapso mientras el interno caminaba o en la cama mientras dormía. A veces los internos morían lentamente por astenia progresiva o a causa de enfermedades latentes. La autopsia apenas revelaba nada excepto edema cerebral en ocasiones.⁵⁸ El estudio se había llevado a cabo en dos campos del sur de Francia, dotados de tecnologías para la

⁵⁸ "Famine Disease" 1943-1944: 736.

exploración clínica: examen fluoroscópico, rayos X y análisis de sangre. Se detectaron casos de tuberculosis pulmonar, cardiopatías e inflamación bronco-vascular, descalcificación ósea, trastornos endocrinos y de la tensión sanguínea, alteraciones del ciclo menstrual, la glucemia y la espermatogénesis. La dramática situación fue calificada por el equipo médico como una *epidemia de hambre*.

La perspectiva de género mostraba resultados significativos, ya que las mujeres se veían afectadas un promedio de diez meses más tarde que los hombres, sin que los médicos lo atribuyesen a factores externos como la intensidad del trabajo físico, sino que más bien creían que la menor necesidad calórica, un 20% menor que en los hombres, las hacía más resistentes.⁵⁹ Los médicos que realizaron la investigación humanitaria enfocaban la hambruna como una epidemia abordable desde parámetros medico-científicos y proponían un tratamiento basado en una dieta rica en grasas y proteínas, inyecciones hipertónicas de glucosa, que reanimaban a los pacientes aparentemente irreversibles, incluso los que padecían edema generalizado, ascitis, miocarditis, hemorragias, y habían alcanzado una pérdida de peso del 55%. El aislamiento de los casos más graves era considerado indispensable en particular para quienes mostraban trastornos mentales.

Los expertos trataban de averiguar el efecto de las vitaminas en las dietas deficitarias y la malnutrición, algo más difícil de valorar que los efectos del déficit calórico que provocaba pérdida de peso. Su estudio de los efectos fisiológicos del hambre delimitó claramente la secuencia de signos provocados por el camino hacia la malnutrición.

Las organizaciones humanitarias realizaron un esfuerzo considerable para suministrar alimentos a los campos de internamiento, pero desde 1942 la epidemia de hambre se extendía imparable. El trabajo publicado por la SdN incluía al 65%-70%

⁵⁹ "Famine Disease" 1943-1944: 739.

de internos de los campos. En junio de 1942 se distribuían 1.958 raciones diarias entre unos 2.750 internos del campo más grande, con acciones específicas en la maternidad, y tratamiento medicamentoso, estimulantes, vitaminas y otros complementos como la levadura de cerveza, el hierro o la glucosa. Al poco tiempo la condición general de los internos había mejorado sustancialmente, con una disminución palpable de la mortalidad. En primavera disminuyeron los casos de caquexia. Sin embargo, la indolencia, la falta de implicación y las irregularidades de las autoridades de los campos frustraron esa tendencia a la mejoría. El informe médico era inicialmente anónimo, pero finalmente concluía:

Los cambios que han tenido lugar desde que escribimos este estudio en la situación militar y política de Europa nos permiten desvelar el anonimato de sus autores, las organizaciones a las que pertenecen, el escenario de su trabajo y las instancias que les permitieron realizar su trabajo. El estudio se basa principalmente en el informe de julio de 1942 de la “Comisión sanitaria” del “Comité de Coordinación de la Ayuda a los Campos” formado por Dr. Rene Zimmer, representante del *Unitarian Service Committee*, USA, Dr. Maurice Dubois, de la Cruz Roja, Children’s Relief (*Secours aux Enfants*) y Dr. Joseph Weill, del O.S.E. Union (Organización sanitaria judía)... Los campos donde se recogieron las observaciones están situados en el sur de Francia y más en particular en los Pirineos orientales. Se organizaron en 1939 y 1940 para acoger a refugiados españoles y de ahí su nombre de *Centres d’hebergement*, y después, durante la primera parte de la Guerra recibieron a los “enemigos aliados”. Desde julio de 1940 se llenaron de judíos de varias nacionalidades, decenas de miles deportados desde campos de Polonia. Los campos designados con las letras “G” y “R” son los de Gurs y Rivesaltes respectivamente... Las organizaciones humanitarias que participaron en la ayuda a los internados fueron las siguientes: *Aide aux Emigrés*, sección suiza del Servicio de Inmigración Internacional, Ginebra; Confederación de Comunidades Judías de Suiza; Comité conjunto de ayuda de la Cruz Roja Internacional;

Concilio Ecu­mé­ni­co de Ginebra, *O.S.E. Union* (Organización Sanitaria Judía); *Schweizerischer Aerzte verein* (Unión Suiza Médica), Zurich; *Secours Suisse aux enfants*, Ginebra; *The Society of Friends*, USA; Cruz Roja Suiza; *The Unitarian Service Committee*, USA.

... Además, las siguientes empresas de productos farmacéuticos de Basilea entregaron medicamentos libres de todo coste: C. Boehringer & Co., C.I.B.A., Geigy, y Sandoz, a quienes los autores desean expresar su gratitud...⁶⁰

La fundación de la FAO y los primeros informes en la posguerra (1946-1950)

Las actividades de la FAO como organismo internacional dedicado a la nutrición y la alimentación se iniciaron formalmente en julio de 1946. Una rama dedicada a consumo y utilización de alimentos se creó en enero de 1949. En 1951 las instalaciones de la FAO se trasladaron a Roma y en 1960 la División de Nutrición se ubicó en el Departamento Técnico, transformado en Departamento de Agricultura en 1968, lo que hizo que la nutrición se trasladase al Departamento Económico y Social, con cuatro ramas: consumo de alimentos y planificación; ciencia de los alimentos; nutrición aplicada y economía doméstica. Durante el período que nos ocupa (1946-1950) el director de la División de Nutrición de la FAO fue W.R. Aykroyd, quien ocupó el cargo hasta 1960. Nacido en Dublín y formado en Cambridge, había investigado sobre vitaminas, *beriberi* y otras enfermedades carenciales en el *Lister Institute for Preventive Medicine*, de Londres. Entre 1930 y 1935 había sido miembro de la Sección de Higiene de la SdN, que le encargó un influyente informe, citado anteriormente, sobre *Nutrition and Public Health*. En 1935 fue nombrado Director de Investigación sobre Nutrición en la India y entre 1936 y 1945 fue secretario del comité asesor de la *Indian Research Fund Association*, integrándose en el

⁶⁰ "Famine Disease" 1943-1944: 772.

equipo de la FAO desde su fundación en 1946 como Director de la División de Nutrición. Abandonó la FAO en 1960.

Desde su fundación, la FAO puso en marcha un *Ad hoc Committee on Nutrition*, que inició la ambiciosa tarea de analizar la situación mundial en una etapa tan compleja como la posguerra. A finales de febrero de 1946 el comité inició una serie de reuniones e informes que una vez más hacían referencia a la necesidad de recabar datos estadísticos homologables, poner en marcha encuestas sobre alimentación y consumo, y marcar objetivos de actuación en las diversas zonas del mundo.⁶¹ El comité ad-hoc estaba integrado por Frank G. Boudreau del *Milbank Memorial Fund*, como director ejecutivo, Francisco Miranda, director del Instituto Nacional de Nutrición de México, L.A. Maynard de la *School of Nutrition Cornell University*, Ithaca (USA), Lydia J. Roberts, del Departamento de Economía doméstica de la Universidad de Puerto Rico, Hazel K. Stiebeling, jefe de la Oficina de Nutrición humana y economía doméstica del Departamento de Agricultura de Washington, John Cassels de la *Foreign Economics Administration* de Washington, Esther Funnell Phipard de la Oficina de Nutrición humana y Economía doméstica del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, además de W.R. Aykroyd y D. Lubbock como miembros de la FAO.

Desde sus primeras reuniones, el comité técnico se propuso realizar una encuesta mundial sobre alimentación o *World food survey*, que había de tomar como referencia la situación anterior a la IIª Guerra Mundial. Los expertos reconocían las limitaciones de los acercamientos basados exclusivamente en el consumo de calorías diarias, a pesar de su utilidad, y abogaban por análisis más cualitativos de la dieta. El primer informe del *Standing Advisory Committee on Nutrition*, dirigido al Director General de la FAO, data del 31 de agosto de 1946 y planteaba una revisión del trabajo

⁶¹ *Chairman's report of the meeting of the ad hoc Nutrition Committee*. February 27th-March 1st, 1946. FAO Archives, Nu.Report 5./Rev.

realizado antes de 1945, analizaba las encuestas sobre alimentación, los comedores escolares, las tecnologías de producción de alimentos, la educación nutricional, los programas aplicados en tiempo de guerra, las organizaciones nacionales dedicadas a la nutrición, los contactos con ellas y con los trabajadores y las relaciones entre la FAO y la Organización Mundial de la Salud.

Al iniciarse la nueva etapa el comité valoraba positivamente la utilidad de la Encuesta Mundial de Alimentos como un instrumento para estimular una política mundial basada en la nutrición, subrayando que el primer objetivo de la FAO era la salud y el bienestar de la población mundial. Abogaba por una mejora de los datos estadísticos y una revisión de los objetivos nutricionales, animando a los gobiernos a vigilar el estado nutricional de la población, constatando las amplias diferencias en el consumo que se observaban entre países en función de las estaciones de año, las tradiciones culturales, los índices de riqueza y la ubicación geográfica. Los informes sobre dieta tenían que ser contrastados con el estado nutricional y de salud de las poblaciones, destacando la importancia de la investigación clínica para definir los problemas y para detectar la dimensión real de los estados de malnutrición y de las enfermedades carenciales. Una labor que parecía especialmente importante en países cuya dieta se había deteriorado a causa de la guerra o después de ella. En el caso de las comunidades rurales, las encuestas tenían que relacionarse con la economía agrícola, las cosechas, los abastecimientos y los hábitos de consumo. Las encuestas sobre consumo y hábitos dietéticos eran consideradas fundamentales, por lo que la metodología empleada para realizarlas se consideraba esencial, como también el trabajo conjunto con la OMS para correlacionarlas con la salud de la población, con la producción de alimentos y su accesibilidad.

Los comedores escolares eran considerados un excelente mecanismo para mejorar el estado nutricional de los niños. Eran un instrumento educativo de los hábitos alimentarios que podía

servir para mejorar la dieta doméstica, suplementando con alimentos esenciales como la leche entera o desnatada, aportaciones de vitaminas y minerales, u otros nutrientes. El comité de expertos de la FAO recomendaba en 1946 poner en marcha programas de alimentación escolar para niños desde la edad preescolar hasta la adolescencia.

En relación con las tecnologías de producción de alimentos, los expertos analizaban el molido, procesamiento y preparación de los cereales y trataban de convencer a los gobiernos de la importancia de obtener la máxima eficiencia nutricional. En el procesado del trigo, arroz, maíz, avena... su reforzamiento con vitaminas, sales de calcio, leche descremada, harina de soja y otros suplementos que aumentan su valor nutritivo, muy deteriorado por el proceso industrial. La FAO recomendaba prestar atención a los procesos de conservación y producción industrial para que las propiedades nutritivas y el valor dietético de los alimentos no quedara empobrecido.⁶²

Por lo que se refiere a la educación nutricional, el comité de expertos de la FAO establecía tres niveles: la formación de expertos, la instrucción de mediadores para las campañas de mejora de la nutrición y la educación de la población para mejorar los hábitos dietéticos y conseguir la mayor eficiencia nutricional. El Comité constataba la falta de una formación nutricional en las facultades de medicina, en la instrucción de las madres, en las escuelas, a los maestros o las enfermeras... por lo que consideraba fundamental avanzar en esa dirección.

Durante la guerra y el período de carencia de alimentos durante la posguerra muchos países habían establecido políticas de control de la producción, la distribución y acceso a los alimentos, lo que había dado lugar a lo que puede considerarse como

⁶² Standing Advisory Committee on Nutrition. *First Report to the Director General*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Copenhagen, 31 August 1946.

experimentos sobre alimentación humana a gran escala incluyendo los estudios que hemos mencionado sobre amplios grupos de población o sobre los campos de internamiento. Se había reunido una gran cantidad de información y se habían constatado consecuencias, como por ejemplo un descenso de la caries dental que había que analizar. La FAO y la OMS se proponían trabajar conjuntamente en el análisis de los conocimientos derivados de las situaciones extremas generadas por la guerra.

Ya hemos comentado que al iniciarse la IIª Guerra Mundial había institutos o comités de nutrición en unos treinta países, muchos de ellos impulsados por la SdN. La FAO se proponía analizar el papel y la situación de los organismos nacionales y su labor en relación con las directrices y objetivos de la FAO manifestados en las Conferencias de Hot Springs y Québec, con el fin de movilizar a instituciones, gobiernos y trabajadores, para facilitar el intercambio de información. En particular, la estrecha vinculación con la OMS tenía que cubrir los siguientes campos:

1. Estudio y detección de las enfermedades carenciales y su tratamiento inmediato.
2. Alimentación de los grupos más vulnerables.
3. Alimentación de los trabajadores manuales.
4. Encuestas sobre dieta y estado de nutrición.
5. Estadísticas vitales.
6. Necesidades fisiológicas para la salud.
7. La alimentación en la valoración de los niveles de vida.
8. Contenido nutricional de los alimentos.
9. Estándares y métodos para analizar los nutrientes individuales.
10. Control de la calidad y pureza de los alimentos.
11. Educación para la nutrición.

Este amplio programa requería la creación de un comité conjunto FAO – OMS para la nutrición, en estrecha relación con el *Standing Advisory Committee on Nutrition* de la FAO. De sus

actividades nos ocupamos en otro estudio, que se encuentra pendiente de publicación.

Comentario final

La gran crisis internacional europea, que tuvo lugar entre 1914 y 1950, acentuó la importancia de la política social y económica del hambre, los conocimientos científicos sobre la dieta y la disponibilidad de alimentos. Los Estados y los organismos internacionales (Sociedad de Naciones, FAO, OIT, OMS) lo asumieron como un asunto relevante y el papel de los expertos y de la ciencia de la nutrición no sólo influyó en los conocimientos, sino que también inspiró políticas sanitarias, y tuvo consecuencias directas sobre la economía, la educación y los hábitos de la población. *La economía política del conocimiento científico sobre la nutrición*, en una etapa tan convulsa, puso de relieve la múltiple dimensión económica, científica, política y sanitaria de la pobreza y el hambre.

Los organismos internacionales, los gobiernos de los estados y las organizaciones filantrópicas, como la Cruz Roja Internacional o la *Rockefeller Foundation*, impulsaron la investigación experimental, los estudios de campo sobre la dieta, y también las campañas para coordinar la producción y restablecer nuevas bases en el comercio mundial de alimentos. Durante el período estudiado, la dieta y la nutrición se convirtieron en un elemento clave para indagar las relaciones entre la génesis del conocimiento científico, los usos y demandas políticos y sociales, y las prácticas públicas, es decir para desvelar los mecanismos que influyen en la génesis, la transferencia del conocimiento científico y las prácticas sociales.

La gran convulsión experimentada por la sociedad europea durante las tres décadas que van desde la Gran Guerra hasta finales de los años 1940 impulsaron el papel del Estado como agente de estabilización social y reforzaron su papel en la economía y en la salud. Sin embargo, las políticas sobre dieta y nutrición establecidas entre 1920 y 1950 fueron un rotundo fracaso desde el punto de

vista del mercado internacional, el comercio y la accesibilidad, lo que tuvo dramáticas consecuencias para la salud en regiones europeas que padecieron hambruna, en zonas rurales de Rusia y más tarde, desde finales de los años 1930 con la guerra de España y la crisis griega, en amplias regiones europeas hasta la posguerra mundial. Esta situación excepcional convirtió a la población europea en un laboratorio para investigar la dieta, los cuadros carenciales y los efectos fisiológicos de los alimentos y sus principios inmediatos. Una economía política del hambre y la salud basada en la exploración masiva de la población de todas las edades que impulsó el desarrollo de la industria alimentaria y de los medicamentos, como instrumento de urgencia para paliar las enfermedades carenciales. La investigación de laboratorio, la industria y el mercado hicieron de los alimentos y la nutrición un elemento central para el desarrollo social.

Además del impulso a la fisiología de la nutrición y de la importancia de los nuevos conocimientos sobre el papel de las vitaminas, minerales, y de los estudios fisiológicos y clínicos sobre la dieta mínima y la dieta óptima en cada contexto, los organismos internacionales desarrollaron un amplio esfuerzo para crear comisiones de expertos internacionales con el objetivo de llevar a cabo encuestas sobre alimentación y obtener datos comparables entre los países, al tiempo que abogaban por implicar a los gobiernos en las políticas nutricionales y en la educación de expertos, madres y ciudadanos.

Los informes técnicos de los expertos adquirieron legitimidad científica ante los ojos de los gobernantes para orientar la producción y el comercio de alimentos, los hábitos dietéticos saludables y orientar una emergente industria de los alimentos. La nueva ciencia de la nutrición fue instrumento político y agente de desarrollo industrial y comercial en el contexto del proyecto civilizador atravesado por Europa durante la primera mitad del siglo XX.

Sin embargo, el panorama se vio profundamente alterado por la Guerra de España y la IIª Guerra Mundial. El deterioro de las condiciones de vida y la carencia de alimentos pasaron a convertirse en la preocupación central y en un instrumento de acción política y militar. Durante los años 1940 se identificaron enfermedades carenciales y se evaluó su incidencia; la ciencia servía más para el diagnóstico que para resolver el problema, que alcanzó dimensiones dramáticas de hambruna, malnutrición, caquexia y muerte en los campos de concentración e internamiento, un drama social percibido como una epidemia incontrolable.

El contexto internacional se transformó sustancialmente en Europa durante la Guerra Fría, período en que las agencias internacionales siguieron desempeñando un papel positivo, aunque limitado. Inicialmente la FAO se convirtió en un organismo más conservador y menos efectivo como agente regulador de lo que muchos internacionalistas habían esperado y, aunque estableció una sección sobre nutrición dirigida por Aykroyd, se centró más en mejorar las condiciones de vida que en eliminar el hambre del mundo, de modo que la propuesta inicial de crear un comité mundial de alimentos lanzada por su primer director, Boyd Orr, quedó apartada a un lado.⁶³

Las nuevas estrategias sobre una política mundial de alimentos se desarrollaron de la mano de lo que se ha llamado sociedad civil mundial, probablemente una de las facetas menos desarrolladas de la globalización. La importancia de impulsar la creación de cooperativas y una cultura democrática para la producción y distribución de alimentos se puso ya de relieve por parte de la FAO desde el momento de su nacimiento en la Conferencia de Hot Springs en mayo de 1943.⁶⁴ La consecuencia ha sido decepcionante: el mercado mundial de alimentos en la actualidad se basa más bien en la explotación que en la equidad, y carece de

⁶³ STAPLES, 2006, p. 32.

⁶⁴ Staples 2006, p. 38.

los instrumentos y la capacidad de regulación necesarias para hacer frente con éxito a la lucha mundial contra el hambre. Un objetivo siempre presente y siempre pendiente de los organismos internacionales ineludible para hacer realidad la universalidad de los derechos humanos.