

La dimensión sociosanitaria del hambre: el testimonio de José María Bengoa Lecanda (1913-2010)

Josep Bernabeu-Mestre¹, Eva María Trescastro López¹, María Cruz Martínez Rosillo²

Resumen: Se analizan algunos de los elementos conceptuales con los que abordó el profesor José María Bengoa Lecanda (1913-2010) la complejidad de factores que están asociados al hambre. Se estudian sus reflexiones sobre la interrelación entre desnutrición, enfermedad y pobreza, así como sus propuestas para romper dicho círculo. Desde los presupuestos de la medicina social, el doctor Bengoa articuló un discurso donde las desigualdades sociales aparecen como uno de los determinantes clave que explican las diferencias socio-sanitarias entre regiones, poblaciones e individuos. El cambio social, con la educación como principal argumento, y la mejora de las condiciones de vida de la población, eran reivindicadas por el doctor Bengoa como las estrategias más adecuadas para abordar la malnutrición en cualquiera de sus manifestaciones. *An Venez Nutr 2014; 27(1): 21-25.*

Palabras clave: Hambre, desnutrición, malnutrición, pobreza, desigualdades sociales, medicina social, José María Bengoa.

The social and sanitary dimension of hunger: the testimony of José María Bengoa Lecanda (1913-2010)

Abstract: Some of the conceptual elements through which professor José María Bengoa Lecanda (1913-2010) approached the complexity of factors associated with hunger are analysed. Specifically, his reflections on the interrelation between undernourishment, disease and poverty are studied, as well as his proposals to break said circle. From the assumptions of social medicine, doctor Bengoa articulates a discourse where social inequalities appear as one of the key factors to explain the social and health differences between regions, populations and individuals. Social change, with education as the main argument, and the improvement of life conditions for the population, were claimed by doctor Bengoa as the most appropriate strategies to address malnutrition in any of its forms. *An Venez Nutr 2014; 27(1): 21-25.*

Key words: Hunger, undernourishment, malnutrition, social inequalities, poverty, social medicine, José María Bengoa.

El desarrollo humano es el resultado de la influencia de los factores ambientales sobre la potencialidad genética. Entre los factores ambientales, la nutrición y las condiciones sanitarias juegan un papel predominante
José María Bengoa Lecanda 1981.

Introducción

A lo largo de la obra de José María Bengoa Lecanda (1913-2010) podemos encontrar múltiples ejemplos de sus acertados diagnósticos sobre los problemas de índole socio-sanitaria, pero probablemente es en el análisis de los substratos del hambre donde mejor se puede apreciar la profundidad y la calidad de su discurso como intelectual comprometido con la realidad social. (1,2,3). Su preocupación por la dimensión social de los problemas

de salud asociados al hambre y la malnutrición estuvo presente desde sus primeros trabajos. En el prólogo a la reedición de 1992 de su libro Medicina social en el medio rural venezolano, publicado por primera vez en 1940, (4) el doctor Bengoa nos recordaba la razón que le había llevado a escribir la monografía: “la de aclararse a sí mismo sobre lo que acontecía a su alrededor”. Sus palabras reflejaban el desconcierto que le produjo, desde su condición de médico español exiliado en tierras americanas, tener que hacer frente a una realidad sanitaria, la de la Venezuela rural de 1938, que tenía poco o nada que ver con las entidades nosológicas y los “síndromes bien definidos” que había estudiado en la Facultad de Medicina de Valladolid. Su aprendizaje como profesional sanitario se había producido en el marco

¹Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. ²Clínica Nutricional de la Fundació Lluís Alcanyis-Universitat de València. Niveles individuales y sociales asociados a la desnutrición. En: Galofré F. (ed) Pobreza crítica en la niñez de América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL/ UNICEF, 1981, 159-181 (p. 171)). Solicitar correspondencia a: Josep Bernabeu-Mestre. e-mail: josep.bernabeu@ua.es

del paradigma científico natural y en los parámetros conceptuales y metodológicos de las tres mentalidades: la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiológica (5). Sin embargo, fue en Sanare donde descubrió que existía una nueva perspectiva que no le habían enseñado en la Universidad de Valladolid: la de la medicina social o la “multicausalidad social de las enfermedades”. En su opinión, la mayor parte de los problemas sanitarios que afectaban a la población de Sanare, como la mortalidad infantil, la tuberculosis, la anquilostomiasis y otros problemas de salud, estaban estrechamente vinculados a las condiciones de alimentación, vivienda, salarios y educación. Era necesario, por tanto, estudiar aquellos problemas y sugerir a las autoridades su solución, al mismo tiempo que se abordaban los problemas sanitarios y los episodios de enfermedad (6).

Para el doctor Bengoa (7) la acción de la medicina no se podía limitar a luchar contra la enfermedad, había que ir más lejos y “crear la ciencia social, la medicina social que fuese capaz de estudiar la sociedad, sus hábitos y sus costumbres, las leyes, los códigos, los salarios, la moral, etc.; en una palabra, estudiar todo lo relacionado con la vida del hombre”. La vertiente curativa de la actividad sanitaria se tenía que complementar con el compromiso social de mejorar el nivel de salud de los ciudadanos. Se trataba de evitar que apareciera la enfermedad a través de la acción preventiva, pero sobre todo de mejorar las condiciones de vida de la población.

La hipótesis de trabajo sobre la vinculación que existe entre los problemas de salud/enfermedad y las condiciones de vida de las poblaciones, desarrollada por el doctor Bengoa en aquel primer trabajo sobre la medicina social en el medio rural venezolano, estuvo presente a lo largo de toda su trayectoria profesional y científica. La suya fue una medicina de la ética y el sentido común, donde siempre destacaba el enfoque global de la problemática social que suele estar detrás de las principales deficiencias en materia de salud (8). Fue el marco de la medicina social el que le permitió aunar de forma magistral las perspectivas que le ofrecían la salud pública, las ciencias de la nutrición y las ciencias sociales en el momento de abordar e intentar resolver las deficiencias en materia de nutrición, sin duda la problemática a la que más tiempo y energías dedicó. Pero fue también el espíritu crítico que caracteriza a la medicina social lo que le llevó a mantener una actitud de denuncia constante de las injusticias y las desigualdades sociales que explican las diferencias socio-sanitarias

entre regiones, poblaciones e individuos. La conferencia sobre pobreza que impartió en 1990 en la Universidad Simón Bolívar, recientemente publicada en estos mismos Anales, son un buen ejemplo de dicho compromiso (9).

El abordaje contemporáneo del hambre y la desnutrición

La aplicación, en las décadas de 1920 y sobre todo de 1930, del método epidemiológico a los problemas que interesaban a la higiene de la nutrición, permitió generar nuevas ideas y conceptos en torno 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 indigencia (10,11,12).

Al analizar las relaciones entre enfermedad, desnutrición y pobreza, el doctor Bengoa siempre subrayó el papel que juegan los factores de naturaleza estructural en el momento de explicar la fatídica correlación. (9) Su análisis de la pobreza contemporánea le llevó a denunciar las limitaciones de una acción sanitaria, capaz de aportar un número creciente de supervivientes, pero incapaz de corregir la vulnerabilidad de sus condiciones de vida y de salud, y de acabar con las injusticias y las carencias más primarias. Se trataba como hizo el profesor Bengoa en su primer trabajo sobre la medicina social en el medio rural venezolano, de aprovechar las herramientas conceptuales y metodológicas que ofrecían la medicina social y la salud pública (13).

A principios del siglo XX condiciones similares a las que describía Bengoa en su estudio sobre Sanare, resultaban frecuentes en muchos países industrializados, provocando tasas de mortalidad infantil y juvenil superiores al 200 por mil. Como resultado de las transiciones demográfica y sanitaria y la mejora de las condiciones de vida y de los estados nutricionales y de salud de aquellas poblaciones, se consiguieron superar aquellos problemas (14). Como indicaban Beaton y Bengoa en 1976: (15). “el descenso de la mortalidad que experimentaron los países desarrollados, ha sido atribuido en gran parte a la mejora de las condiciones de

vida y del estado nutricional. Por esta razón, estos países necesitaron un siglo para reducir sus tasas de mortalidad en un 50%, mientras que muchos de los países en vías de desarrollo, esto se ha logrado en 10-20 años”.

¿De qué logro estaríamos hablando en el último de los casos? El profesor Bengoa recordaba que frente a la vivencia histórica de los países desarrollados, la experiencia de los países en vías de desarrollo en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial fue muy distinta (10,13). Las deficientes condiciones económicas, sociales, culturales y medioambientales explican que aunque tuvo lugar una reducción de la mortalidad infantil y la mejora de otros indicadores de salud, aquella mortalidad continuaba siendo 10 veces más elevada que la de los países económicamente desarrollados, mientras que la mortalidad entre uno y cuatro años era 30 o 40 veces superior. La relación entre las condiciones del medio, susceptibles de ser mejoradas, y la mortalidad de aquel grupo de edad era manifiesta. No resultaba difícil adivinar que en un medio en el que escaseaba el agua potable, en el que no existían sistemas higiénicos de alcantarillado y en el que muchas veces las viviendas no protegían frente a los rigores del clima, muchos lactantes y niños pequeños iban a encontrar la muerte por enfermedades diarreicas o respiratorias. La cuestión residía en explicar por qué tenían que sucumbir en edad preescolar y escolar a enfermedades corrientes de la infancia, que no resultaban letales en otros lugares. La malnutrición era señalada como la principal responsable. Como indicaban Bengoa, Jeliffe y Pérez en un trabajo publicado en 1959 en el *Journal Clinical of Nutrition* una elevada tasa de mortalidad en el grupo de edad de uno a cuatro años, indicaba una malnutrición generalizada. Dicha tasa podía servir de indicador del estado de nutrición de la población, de la misma forma que la tasa de mortalidad infantil era utilizada como indicador del estado sanitario y económico-social.

Malnutrición y cambio social

En el momento de abordar la malnutrición, Bengoa destacaba su gran complejidad y resumía las principales estrategias (16). Por un lado, estarían los enfoques o modelos econométricos que buscan mejorar la cadena alimentaria, desde la producción al consumo, pero que en realidad sólo abordan una parte del problema. Por otro lado, se situarían estrategias sociales profundas, como la que se adoptó en el Noveno Comité FAO/OMS de expertos en nutrición que tuvo lugar en Roma en 1974

(17). Dicha estrategia se concretaba en dos propuestas de actividades que resultaban complementarias: una dirigida a priorizar el desarrollo rural y otra, orientada a eliminar el síndrome de privación social (pobreza).

Para Bengoa el mayor dilema estribaba en el problema de la radicalidad o no del cambio social: (18) “para unos, la única solución del problema nutricional es la transformación del sistema del mercado en uno que proteja globalmente las necesidades básicas de la población. Otros, aunque no opuestos a la esencia del cambio, temen la frustración de no alcanzar los objetivos y el probable menoscabo de valores igualmente esenciales. Este dilema es el rasgo más polémico y trágico de nuestro tiempo, pues en él se manifiesta la conflictiva escisión de dos concepciones de la vida [...] en cualquier caso, una política tendente al mejoramiento del estado de nutrición de las poblaciones debe contemplar dos aspectos: las políticas o estrategias de carácter global y las medidas de carácter específico”.

La estrategia global comportaría medidas relacionadas con la producción, procesamiento, comercialización y consumo de los alimentos; la educación, y, sobre todo, el ataque a la pobreza. La prioridad en la lucha contra el subdesarrollo que representa esta última, pasaría, en opinión de Bengoa, por la necesidad de mejorar el nivel educativo de la población, (19) y muy especialmente en la educación para el trabajo. En el caso de América Latina, el profesor Bengoa recordaba que junto a la pobreza subyacía un problema educacional de “enorme magnitud”, ya “que el promedio de años de educación en América Latina sería de 5,2” (13).

En el tema de la producción de alimentos, Bengoa (18) insistía en que dicha producción tenía que contribuir al logro de los objetivos nutricionales y sociales, a través de avances en la productividad y renta de una fracción numerosa de familias campesinas, y no concentrar la producción en el subsector moderno de explotación agrícola, tal como había ocurrido con la Revolución Verde (20). El desarrollo rural no abarcaría únicamente el desarrollo agrícola, sino que debe incluir estrategias y políticas tendentes a la creación de empleo, el aumento de los ingresos y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población rural. Como afirmaba Altimir, “con demasiada frecuencia el ataque a la pobreza se concibe desde un enfoque asistencialista, que no implica reorientación profunda del estilo de desarrollo vigente”. (21). Bengoa también insistía en la importancia que cabía otorgar a los programas de desarrollo rural integral o desarrollo social rural, y recordaba la Declaración de Principios que aprobó la Conferencia Mundial sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural que tuvo lugar en

Roma en julio de 1979, (22) en la que se afirmaba “que la pobreza, el hambre y la malnutrición, retrasan los esfuerzos en pro del desarrollo nacional y repercuten negativamente en la estabilidad social y económica del mundo, y que su erradicación es el objetivo fundamental del desarrollo mundial”.

En realidad la pobreza existió siempre, aún en los países hoy prósperos. El redescubrimiento contemporáneo de la pobreza se debe, afirmaba Bengoa, a la sorpresa generalizada de que habiéndose obtenido un crecimiento económico y un descenso espectacular de las tasas de mortalidad, siguen existiendo grandes masas de pobres. En palabras suyas, “ahora la pobreza es más visible que antes [...]. Aún cuando el ingreso insuficiente no sea el único componente del síndrome de la pobreza, es innegable que su peso es de la mayor importancia, tal vez el más decisivo [...]. Hoy en América Latina varios países tienen un desarrollo medio aceptable, con bolsones minoritarios de pobreza, mientras que en el resto de países domina una pobreza estructural en la mayoría de la población, con apenas una minoría de clase afluyente” (9).

No resulta sencillo, sin embargo, desarrollar un enfoque global de ataque a la pobreza, por ello Bengoa planteaba estrategias específicas dirigidas a los grupos humanos más expuestos a los riesgos de desnutrición: como la desnutrición fetal (aumentando la cobertura de la atención prenatal), la desnutrición grave (la lactancia materna, el seguimiento del niño, el control precoz de los procesos infecciosos, y el manejo adecuado del niño desnutrido), la desnutrición moderada actual (detección precoz con el indicador peso/talla, sobre todo por su carácter reversible, y sobre todo la vigilancia alimentaria nutricional), y, por último, la desnutrición crónica (adaptación) que dependerá de lo que se haga en las tres anteriores (23).

En opinión del profesor Bengoa, la lucha contra la pobreza exigiría un enfoque socioeconómico integral, pero también una acción específica en función de los diferentes tipos de pobreza, (13) como ocurre con la del “anciano o pensionado, o la de la joven mujer abandonada, madre prematuramente [...] tampoco es igual la de una familia con el padre enfermo o la pobreza derivada de un número excesivo de hijos [...] variados son los tipos de pobreza y variados deben ser los enfoques, sin menoscabo de una política global de empleo, salarios y seguridad social, trípode indispensable en la lucha contra la pobreza”.

Una reflexión final

A pesar de contar con diagnósticos tan acertados como los que se han expuesto en los apartados previos, los avances que se consiguieron en las décadas finales del siglo XX en la lucha contra el hambre y la malnutrición, respondían a las acciones que se ocupan de los factores precipitantes, olvidando la importancia que tiene los subyacente o condicionantes (18). Por esta razón, como recordaba Bengoa, en pleno siglo XXI, la pobreza y la indigencia de grandes grupos de población representarían el factor más destacado entre los determinantes del problema nutricional que afecta a regiones como América Latina (9).

Podemos concluir este breve ensayo sobre el posicionamiento del doctor Bengoa frente a la dimensión socio-sanitaria de la desnutrición, recordando sus palabras finales en el artículo donde se preguntaba si íbamos bien en la erradicación del hambre mundial: (24) “Tengo la impresión que durante el siglo XX, los aspectos científicos y de actuación médico-sanitaria han sido exitosos, por haber identificado los elementos esenciales de la nutrición y haber logrado el tratamiento y manejo de los desnutridos, hasta niveles de mortalidad y morbilidad relativamente bajos. Fue un logro de grandes alcances, que ha sido empañado por los desajustes de una sociedad injusta, donde los abusos, la corrupción, la codicia, la ambición y los siete pecados capitales han distorsionado nuestro ser, que en el fondo sigue siendo bueno, inteligente y lleno de amor con sus semejantes [...]. Por eso dije a los participantes en el XIII Congreso Latinoamericano de Nutrición –México, 9 a 13 de noviembre de 2003--, que la nutrición era una mezcla mágica de amor y ciencia”.

Referencias

1. Bernabeu Mestre J. José María Bengoa Lecanda (1913-2010) y la medicina social: historia de un compromiso. En: Aranceta Bartrina, Javier; Pérez Rodrigo, Carmen; Serra Majem. Lluís (eds) Monográfico José María Bengoa. Madrid, Academia Española de Nutrición y Ciencias de la Alimentación, 2010;(1): 27-32.
2. Bernabeu-Mestre J.; Esplugues Pellicer, JX, Trecastró López EM. El reto y la oportunidad de acabar con el hambre. Reflexiones desde la obra de José María Bengoa Lecanda (1913-2010). *Obets* 2012; 7(1): 61-79.
3. Landaeta Jiménez M. La huella de José María Bengoa en la nutrición de ayer y hoy en Venezuela. En: Alemany, M. et al (editores) *Hambre cuando hay pan para todos. Homenaje al profesor José María Bengoa Lecanda (1913-*

- 2010). Alicante, Seminario sobre Bioética y nutrición/ Universidad de Alicante, 2012, 41-67.
4. Bengoa Lecanda JM. Prólogo. En: Sanare hace 50 años... Medicina social en el medio rural venezolano. Caracas, Ediciones Cavendes, 1992, 13-15.
 5. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona, Salvat, 1982, 121-122.
 6. Bengoa Lecanda JM. Sanare: Relato de un médico rural. *An Venez Nutr* 2002; 15(1): 37-41.
 7. Bengoa Lecanda JM. Introducción. En: Sanare hace 50 años... Medicina social en el medio rural venezolano. Caracas, Ediciones Cavendes, 1992: 39-59.
 8. Sanchís I. Experto en nutrición mundial. José María Bengoa. *La Vanguardia* 2006 Oct 14.
 9. Bengoa Lecanda JM. De, con, en, sobre, tras la pobreza. About, with, in, against poverty. *An Venez Nutr* 2013; 26(2): 125-131.
 10. Bengoa JM. Hambre cuando hay pan para todos. Caracas, Fundación Cavendes, 2000, 111-133.
 11. Bengoa Lecanda JM. Evolución de la desnutrición mundial en el siglo XX. *An Venez Nutr* 2005; 18(2): 190-194.
 12. Barona Vilar J.L. La medicalización del hambre. Economía política de la alimentación en Europa, 1918-1960. Barcelona, Icaria, 2014.
 13. Bengoa Lecanda JM. Significación social del hambre en América Latina. *An Venez Nutr* 2008; 21(2): 110-112.
 14. Bernabeu-Mestre J.; Barona Vilar, J.L. (editores). Nutrición, salud y sociedad. España y Europa en los siglos XIX y XX. Valencia, Publicaciones de la Universidad de Valencia/ Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2011.
 15. Beaton G.H. Bengoa Lecanda, J.M. (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 multigrafiada de la traducción al español del texto Nutrition in Medicine Preventive); 1975, pp. 3-8).
 16. Bengoa Lecanda JM. Niveles individuales y sociales asociados a la desnutrición. En: Galofré F. (ed) Pobreza crítica en la niñez de América Latina y el Caribe. Santiago, CEPAL/UNICEF, 1981, 159-181 (p. 194).
 17. Estrategias Alimentarias y Nutricionales en el Desarrollo Nacional. Noveno Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición, Serie de Informes Técnicos, OMS, n° 584, FAO n° 56, Ginebra y Roma, 1976.
 18. Bengoa Lecanda JM. Niveles individuales y sociales asociados a la desnutrición. En: Galofré F. (ed) Pobreza crítica en la niñez de América Latina y el Caribe. Santiago, CEPAL/UNICEF, 1981, 159-181 (p. 193).
 19. Araujo Yaselli M. "Luchar, saber y servir": el valor de la educación en la nutrición". En: Alemany, M. et al (editores) Hambre cuando hay pan para todos. Homenaje al profesor José María Bengoa Lecanda (1913-2010). Alicante, Seminario sobre Bioética y nutrición/ Universidad de Alicante, 2012, 91-118.
 20. Consecuencias sociales de la revolución verde. Informe del Secretario General del Consejo Económico y Social. 26° Período de sesiones, E/CN.3/5/567, Naciones Unidas, 1979.
 21. Altimir O. La dimensión de la pobreza en América Latina. Santiago de Chile, Cuadernos de la CEPAL (número 25), 1979.
 22. Carta Campesina o Declaración de Principios y Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural (CMRADR), Roma 12-20/ Julio 1979. Roma, FAO, 1979.
 23. Bengoa Lecanda JM. Niveles individuales y sociales asociados a la desnutrición. En: Galofré F. (ed) Pobreza crítica en la niñez de América Latina y el Caribe. Santiago, CEPAL/UNICEF, 1981, 159-181
 24. Bengoa Lecanda JM. Hacia la erradicación del hambre mundial: ¿Vamos bien? *An Venez Nutr* 2005; 18(1): 11-17.