

## Conferencia "Conrado F. Asenjo". En torno a la pobreza y la malnutrición en América Latina

*José María Bengoa<sup>1</sup>*

"Las tierras vírgenes que deben cultivarse para dar de comer a la generación de mañana, deben buscarse en las mentes de los científicos y técnicos de hoy. La tarea es grande y la responsabilidad para resolverla la cargamos nosotros. ¡Que no nos condenen nuestros hijos y nietos por haberles dejado un mundo incapaz de alimentarlos!"

Werner Jaffé

### INTRODUCCION

Mis primeras palabras, de contenida emoción, deben ser dirigidas a los amigos que, en gesto inesperado, decidieron dar mi nombre al X Congreso Latinoamericano de Nutrición. Aparte de años no se qué descubrieron en mí, para concederme tanto honor.

Hace 56 años llegué a Venezuela y desde entonces no he recibido sino afecto y sincera comprensión. No es fácil la adaptación a una nueva vida, salvo en la niñez, pero para mí el encuentro tuvo características de descubrimiento de una nueva vida que yo no había imaginado. Tuve mucha suerte al ser destinado, a los dos meses de haber llegado a Venezuela, como médico rural, a una población montañosa, de clima excelente y de gente incomparable: Sanare. Allí aprendí casi todo lo que se de la pobreza y la desnutrición, pero también allí aprendí, hace más de medio siglo, lo que es la bondad y la capacidad de sufrimiento de una comunidad que me dio la impresión de que vivían como si el tiempo se hubiera parado. Allí trabajé y sufrí con ellos una aventura, la cual, y lo he repetido muchas veces, fue la que yo considero profesionalmente la más importante de mi vida.

Cuando en New Delhy hace 30 años me preguntaron, en qué Universidad había yo aprendido las ideas de medicina social que había explicado durante una conferencia, respondí con profunda sinceridad y emoción que en la Universidad de Sanare.

No sólo estoy atado sentimentalmente a Sanare y a Venezuela: soy también prisionero de América Latina, región que he tenido la suerte de recorrer de punta a punta y donde cuento con viejos amigos.

Gracias, pues, a los organizadores del Congreso por este gesto que será para mí y mi familia un recuerdo imperecedero. Deseo, antes de seguir adelante, agradecer al Dr. Rafael Caldera, Presidente de la República, por su presencia en este acto inaugural del X Congreso Latinoamericano de Nutrición. Tengo el privilegio de tener una invariable amistad con el Dr. Caldera desde hace 55 años. ¡Gracias Presidente!

He tenido salud suficiente para vivir 4/5 partes del siglo XX, siglo

que puede calificarse de raro, duro y, desde muchos puntos de vista, poco amable. Ha sido un siglo lleno de contradicciones, con pocas etapas de paz verdadera. Es posible que la expansión que han tenido los medios de comunicación social explique, en parte, la conmoción continua que recibimos de violencias y muertes por doquier. Pero, de hecho, ha sido un siglo difícil, movido, turbulento con frecuencia, cambiante en las ideologías, donde el valor del dinero se ha divinizado, con distorsiones en los valores morales.

Pero ha sido el siglo XX, al mismo tiempo, rotundamente exitoso en la ciencia y la tecnología, lo que ha permitido a una minoría selecta de la población alcanzar niveles de vida nunca soñados, los cuales no podrán ser alcanzados posiblemente en el futuro por la mayoría de la población.

Se pregunta Schumacher:

«¿Vamos a seguir aferrándonos a un estilo de vida que crecientemente vacía al mundo y devasta a la naturaleza por medio de su excesivo énfasis en las satisfacciones materiales, o vamos a emplear los poderes creativos de la ciencia y de la tecnología, bajo el control de la sabiduría, en la elaboración de formas de vida que se encuadren dentro de las leyes inalterables del universo y que sean capaces de alentar las más altas aspiraciones de la naturaleza humana?»

Esa es la gran pregunta todavía no respondida por una humanidad que se debate entre la opulencia y la pobreza, entre la paz y la guerra, y entre la honestidad y la corrupción, signos destacados de este siglo que está agonizando ya.

Según estimaciones recientes (1992), la oferta de alimentos permitiría alimentar con una dieta adecuada a toda la población de la Tierra. Hoy se producen alimentos para una población un 15% superior a la actual. ¡La Tierra ha cumplido! Los que no hemos cumplido, hemos sido los hombres.

¿Que razón tenía el bíblico José cuando recomendó al Faraón de Egipto «recoger el quinto de la cosecha de los años de abundancia ... para que sirva los siete años de hambre que vendrán sobre la tierra»? No es exagerado decir que José fue el precursor de la Seguridad Alimentaria, de la que tanto se habla hoy.

Es bueno recordar, también, que el exitoso Plan de Alimentación que se impuso en Gran Bretaña durante la II Guerra Mundial, se llamó Plan José.

Sin embargo, los hechos acaecidos en las últimas décadas en Bangladesh, Biafra, Etiopía, Somalia y más recientemente en Haití y Ruanda, quedarán marcados como las manchas negras de una generación que no acaba de lograr un destino de justicia social. Hambre, cuando hay pan para todos, podría ser el título de un libro por escribir.

1. Director Ejecutivo. Fundación Cavendes. Apartado Postal 62191.

Desde aquí quiero rendir un homenaje de simpatía y apoyo a todo el inmenso cordón de personas voluntarias que ha acudido a aliviar a tantos pueblos hambrientos. Vaya nuestro recuerdo a las organizaciones voluntarias como Cáritas, Médicos del Mundo, Médicos sin Fronteras, Medicus Mundi, Cruz Roja, UNICEF, OMS, FAO y otras muchas de vocación religiosa que se hallan, con valentía sin igual, ayudando a las poblaciones hambrientas, principalmente de África.

También, antes de entrar en materia, deseo dedicar un cálido recuerdo a los viejos compañeros de andadura latinoamericana, que hoy no pueden estar aquí, y que tanto contribuyeron en los campos de la bioquímica, la clínica, la salud pública, la educación, la agricultura y las ciencias de la nutrición, en la lucha contra la desnutrición y el hambre en la Región.

Los organizadores han querido que pronuncie la Conferencia "Conrado F. Asenjo" como homenaje a aquel extraordinario científico puertorriqueño, cuya contribución a las ciencias de la nutrición fue tan destacada. Al Dr. Asenjo lo conocí en su laboratorio universitario de Puerto Rico y siempre me impresionó su personalidad abierta y tolerante. Le apasionaban unos cuantos temas, entre los que recuerdo el problema de la vitamina C, cuando señalo que una pequeña frutilla que aquí en Venezuela le llaman semeruco (acerola), contenía 1.000 mg de vitamina C por 100 g. Este hallazgo fue publicado en 1946. Otros muchos estudios realizó el Dr. Asenjo en su fructífera vida. Su curiosidad científica era insaciable: estudió el valor nutritivo del plátano, el tiburón, el aguacate, el arroz y los frijoles. La Tabla de Composición de Alimentos de Puerto Rico, junto con las de Argentina, fueron durante muchos años las principales fuentes de conocimiento de la bromatología en América Latina.

Conrado Asenjo tuvo un papel privilegiado en la creación de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición y fue su primer Presidente.

Participó en numerosos congresos y recibió variados diplomas y condecoraciones. Publicó más de un centenar de trabajos científicos, la mayor parte en los Estados Unidos. Por estas razones me siento honrado por haberme designado para pronunciar la Conferencia "Dr. Conrado F. Asenjo". Su vida constituye un ejemplo para todos los que hemos venido trabajando durante este siglo en el campo de la nutrición en América Latina.

En América Latina, el mestizaje biológico y cultural ha sido un hecho trascendental y único en la historia de la humanidad, porque no se ha tratado de un mestizaje entre grupos étnicos vecinos, como fue el caso en Europa, sino un mestizaje de etnias lejanas en la historia y la geografía. Por ello el proceso requiere mucho más tiempo y, acaso, tanto en lo biológico como en lo cultural, tengamos un mestizaje inconcluso.

Pero junto al mestizaje biológico y cultural nos encontramos, además, con un mestizaje de tres pobrezas, que ha dado lugar a la pobreza que venimos padeciendo desde hace cinco siglos. Porque pobres fueron los que estaban aquí y pobres los que fueron llegando de Europa y pobres, más aún, los que fueron llegando de África.

La pobreza es tal vez hoy la imagen más visible y dolorosa de América Latina. Una pobreza no sólo de acumulación, estructural, la que hemos conocido en el medio rural, sino también una nueva pobreza de mantenimiento que conduce a la inseguridad alimentarla familiar. La pobreza en América Latina difiere en varios aspectos de la pobreza que tuvo Europa en siglos pasados.

En primer lugar se podría destacar que la pobreza en Europa se desarrolló entre ráfagas de epidemias y hambrunas que diezaban la población cada cierto tiempo. Por lo general las epidemias hacían disminuir la fuerza de trabajo y, en consecuencia, la producción agrícola local. Era el hambre por falta de hombres. La peste bubónica

en el siglo XIV causó en Europa millones de muertes, que trajo como consecuencia una de las hambrunas más mortíferas de la historia. En Irlanda, en 1845, sucedió a la inversa: a la hambruna siguió una epidemia de tifus que acabó por diezmar a los supervivientes.

Entre esas ráfagas de desolación y muerte, la población sobrevivía en condiciones de pobreza extrema, peores en muchos aspectos a la que hoy padecen los países en vías de desarrollo. Los horarios de trabajo eran de 14 a 16 horas diarias y los salarios eran tan bajos que toda la familia, incluyendo los niños, se veían obligados a contribuir al sustento familiar. Aún así, del ingreso total familiar, se veían obligados a gastar la mitad solamente en pan. Casi todos los movimientos de lucha obrera (muchas veces sangrientos) en Francia y Suiza, por ejemplo, fueron debidos a cuestiones relativas a la subida del precio del pan.

La pobreza en Europa se podía tolerar hasta un cierto límite, por debajo del cual la muerte era casi inevitable. Hoy, la pobreza en el trópico puede tolerarse, sin riesgo de muerte, hasta límites muchos más bajos.

En especial en los países tropicales, la pobreza de hoy permite una supervivencia prolongada, triste y lamentable en cuanto a la calidad de la vida, pero el hombre se debate entre ser rico o pobre, pero no entre vivir o morir. Lo que biológicamente caracteriza a la pobreza de los países tropicales es la gran prevalencia de procesos parasitarios crónicos, poco frecuente en los países europeos aun en las épocas de mayor pobreza. Procesos parasitarios que causan escasas muertes, pero que forman parte de la patología social y que dificultan el desarrollo biológico adecuado de la población. Esta es una característica de la pobreza tropical de hoy, ante la cual el hombre no reacciona con el mismo ímpetu y energía que si tuviera que luchar por la supervivencia.

Las condiciones climáticas favorables en el trópico permiten a la población sobrevivir con más pena que gloria, pero sin el temor al reto estacional del frío, enemigo inmisericorde de la pobreza: (Nada más conmovedor que los niños que habitan los páramos del altiplano andino: pobreza y frío).

Uno de los factores que viene incidiendo negativamente en la pobreza en América Latina es la inestabilidad familiar, ya que no solamente agrava la pobreza sino que la modifica en su esencia. Porque una cosa es la «pobreza externa» causada por bajos o nulos ingresos, pero de la cual la familia puede sobreponerse con esfuerzo y con la cooperación de una política gubernamental de empleo y salarios, y otra muy distinta es la «pobreza interna», la cual se caracteriza por la potencialización de los factores exógenos mencionados con los de índole interna familiar.

Se podría decir que de la pobreza externa se puede salir solo, si existen oportunidades de trabajo y buena salud; de la pobreza interna no se sale solo, aunque existan buenas oportunidades externas. En América Latina predomina la pobreza interna, que hunde a la familia en la inexorable desesperación de no poder salir de ella sin el esfuerzo de toda la sociedad. La desintegración de la familia no es la causa de la pobreza, pero está inserta en ella. «La cultura de la pobreza es, asimismo, una cultura pobre». Dice Fromm, en «Arte de Amar» que «la pobreza no sólo causa sufrimiento directo sino que también priva a los pobres de la alegría de dar». Es posible que cada pobre tenga una pobreza distinta.

Los trabajadores de la nutrición confrontamos un terrible dilema. Por un lado tenemos conciencia de que los problemas del hambre y la desnutrición no se resolverán del todo si no se logra armonizar, por un lado, un adecuado sistema alimentarlo, que comprenda desde la producción de alimentos hasta el consumo, pasando por las trans-

formaciones intermedias y, por otro, la adopción de medidas macroeconómicas que conduzcan a la erradicación de la pobreza y la ignorancia.

El dilema que se nos plantea es si esperamos a que ese bello ideal, un tanto utópico, se alcance, o bien abordamos los temas específicos de la malnutrición -por déficit y por exceso- sin esperar a la solución de sus causas primarias.

De hecho, hay que luchar en ambos frentes: en el macroeconómico y en el microeconómico. Personalmente me encuentro muy incómodo para tratar de las medidas macroeconómicas. me declaro incompetente. Floto mejor en las aguas donde está la gente, que esperan con entrañable ansiedad la mano de un semejante. Cuando hace varios años se señaló que tres países de la Región [Cuba, Chile (Pinochet) y Costa Rica] tenía los mismos valores en los indicadores sociales a pesar de tener regímenes políticos tan opuestos, fue muy fácil identificar el denominador común en los tres países políticamente tan dispares: los tres tenían magníficas redes de servicios de salud y de educación. ¿No estará aquí, acaso, la esencia del desarrollo latinoamericano?

Ya es vieja en nosotros la opinión de que la mejor arma que disponemos en la lucha contra la malnutrición es el Sistema de Atención Primaria de Salud. Cuando la OMS y la UNICEF convocaron, en 1978, la Conferencia de Alma-Ata, sobre Atención Primaria de Salud, se estableció la estrategia fundamental de la lucha contra la desnutrición y otros males sanitario-sociales. Se tardó mucho en llegar a esa conclusión, pero al fin llegó. No se si sería mucho atrevimiento proponer una enérgica cruzada de acción en toda la Región Latinoamericana sobre Nutrición en Atención Primaria de Salud, bajo los auspicios del SLAN y de las Agencias de las Naciones Unidas y la participación activa de las propias comunidades locales.

Una cruzada pedagógica intensa, de reuniones, publicaciones y capacitación de personal que permita realizar acciones concretas en todos los países. Es posible que sea la última trinchera que queda en nuestra lucha, pero será también la más firme y sólida en América Latina.

Con este fin se podrían agrupar los problemas y sus estrategias específicas en cinco grandes bloques, que tendrían los siguientes enunciados:

- a) La desnutrición actual, grave y moderada.
- b) La desnutrición crónica o secuelas de una desnutrición pasada.
- c) Las deficiencias específicas de micronutrientes.
- d) Las enfermedades o procesos crónicos degenerativos.
- e) La inseguridad alimentarla familiar (pobreza).

Es muy alentador conocer, leyendo el programa, que todos estos temas se tratarán en este X Congreso de Nutrición que comienza hoy. He aquí, en forma breve, algunas reflexiones sobre esos cinco temas.

#### a) Desnutrición grave y moderada

Este bloque de problemas tendría como clave estratégica el buen manejo del desnutrido y la vigilancia alimentarla y nutricional.

En las décadas 50 y 60, la desnutrición grave, fue un proceso desconcertante. La confusión fue tan grande, que Autret, de la FAO, dijo que la desnutrición grave de los niños era la enfermedad de los 100 nombres. ¿Era también el síndrome de las 100 explicaciones distintas? Hoy las cosas están más claras.

El panorama que presenta hoy América Latina, es mucho más favorable que el de las décadas anteriores. Las formas de Kwashiorkor -o síndrome pluricarenal infantil, como se le conoce en América Latina- constituyen un grave problema en las salas hospitalarias.

Conocí hospitales en algunos países con dos niños desnutridos por cuna. En aquella época la necesidad de centros de recuperación nutricional fue evidente en algunas zonas de América Latina. Según Waterlow, la primera descripción del síndrome fue hecha por Hinajosa, en México, en 1865. Y es inexplicable que hasta casi un siglo después, no vendría la de Cecily Williams, en Ghana, en 1933.

Hoy predominan las formas de marasmo nutricional, en niños menores de 1 año y aunque las tasas de mortalidad por desnutrición son mayores en los niños, también aparecen en Venezuela cifras relativamente altas de mortalidad en personas con más de 65 años. Lo mismo sucede en la Región. Según la OPS, en cifras absolutas, la mortalidad por desnutrición registrada en el Continente Americano, en un año dado, en la década de los 80, fue de 32.156, de la cual el 46% correspondió a los mayores de 65 años. Bien merece la pena, pues, vigilar también el estado nutricional de los ancianos, por lo general tema un tanto descuidado.

Según un reciente estudio de la OMS la situación en América Latina es mucho más favorable que la que presentan los países de Asia y sobre todo de África.

Para 1990 se estimó que una tercera parte de los menores de 5 años, a nivel mundial, tenían un peso inferior, con relación a la talla, a dos desviaciones estándares de la media, mientras que en mesoamérica y América del Sur, el mismo año se estimó en un 15,4% y 7,7% respectivamente.

A pesar de la gran ambigüedad en los criterios para medir las formas graves de desnutrición, estas cifras tienen sin embargo el valor de señalar la estremecedora realidad en que se encuentra la niñez. La asociación de desnutrición e infección sigue siendo el problema de la infancia más grave en América Latina. En algunas áreas de la Región los niños pueden estar con alguna infección más de un tercio de su vida, lo cual repercute gravemente en su desarrollo.

La estrategia para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad de la desnutrición actual, grave y moderada, debería ser una acción muy concentrada que conduzca al acorralamiento de cada caso que se detecte. Este acoso al problema tendría tres fases: la detección de los casos, la referencia precoz a un centro de asistencia y el manejo clínico oportuno, dentro de un sistema de vigilancia nutricional. Para la detección de los casos deberá contarse con indicadores sencillos que sean de fácil interpretación por el personal auxiliar, (preferentemente circunferencia de brazo).

Si lográramos formar al personal de salud en el buen manejo de las formas graves y moderadas de desnutrición, se podría iniciar el siglo XXI sin fallecimientos por esta causa, salvo en los casos de cataclismos naturales o disrupciones sociales graves.

#### b) Desnutrición crónica

¿Qué queremos decir por desnutrición crónica? Mucho nos tememos que no será fácil llegar a un acuerdo. ¿Es acaso un proceso que perdura en el tiempo, por causas que continúan interviniendo a lo largo de la vida?, o es más bien, como dice la 3ª acepción de la Real Academia Española: ¿"algo que viene de tiempo atrás"? Se ha utilizado también la expresión "desnutrición pasada", que corresponde a esta 3ª acepción de la RAE, ya mencionada.

Mientras en unos casos es evidente que las situaciones adversas se mantienen a lo largo del tiempo, en otros, los signos actuales son secuelas funcionales de un episodio pasado; por lo general prolongado, durante un período crítico del crecimiento y desarrollo del niño.

Hoy en día la mayoría de los estudiosos de la nutrición utilizan datos antropométricos, como peso, talla, masa corporal, grasa subcutánea, y otros, para el estudio en poblaciones, y de ahí se ha llegado

a la conclusión de que la talla baja podría ser el indicador de la desnutrición crónica o desnutrición pasada. El niño o adulto, con talla inferior al rango esperado, significa, estrictamente hablando, que tiene talla baja, pero no necesariamente desnutrición crónica, y menos, si es muy pequeño, desnutrición crónica grave.

Yo mismo sugerí hace más de 20 años que se utilizara la talla del niño de 7 años, como indicador de la historia nutricional y social de una comunidad, indicador que se viene utilizando en varios países, como censos en las escuelas. Pero era y es un simple indicador, que no prejuzga aunque sí oriente, una evaluación epidemiológica de la desnutrición crónica de una comunidad. Creo que hace falta más elementos para un diagnóstico de la desnutrición crónica. Es necesario incluir otros parámetros como el llamado índice de masa corporal, las áreas muscular y grasa, algunos pliegues cutáneos y circunferencias. Y, sobre todo, la observación clínica y las variables bioquímicas que traducen los cambios metabólicos.

A nivel mundial, aproximadamente, la mitad de los niños de 2 a 5 años tienen una talla baja. En América Latina se estima en una cuarta parte de los niños. Sin embargo, la talla no mide el grado de distorsión que ha habido en el desarrollo físico, ni en el funcional. Y ello es decisivo para el conocimiento cualitativo del problema de la desnutrición crónica. El niño pequeño no es problema por ser pequeño sino por las causas que motivaron la talla baja, y por sus repercusiones en la productividad, en el trabajo físico y, en la mujer, por las consecuencias en el tamaño del feto.

La desnutrición crónica, es el problema nutricional más grave que confronta América Latina porque, en el fondo, es el resultado de un proceso de adaptación irreversible en muchos de sus parámetros. Por lo tanto, tiene un pronóstico malo, si nos atenemos a las posibilidades de mejorar la generación actual. El problema es mucho más grave que un simple subdesarrollo biológico. Un niño de seis años que a primera vista aparenta tener tres a causa de su retraso físico, no es evidentemente, comparable en su conducta, en su psicología y en su capacidad de aprendizaje a un niño normal de seis años, pero tampoco a un niño de tres. Es un ser distinto, con sus propias características biológicas y de conducta, y con una organización intersectorial difícil de encuadrar estrictamente en una edad cronológica.

Como dice Tanner:

"El crecimiento dista mucho de ser un proceso simple y uniforme de aumentar en talla o estatura. A medida que el niño crece experimenta cambios en la configuración y composición del cuerpo así como en la distribución de varios tejidos".

El número de supervivientes va en aumento en América Latina. La razón es clara. Hoy, en la región franquean y superan el riesgo de la muerte en los primeros años de vida, niños que hubieran sido capaces igualmente de vencer el peligro cuarenta años antes, pero también, muchos de los que años atrás hubieran inexorablemente sucumbido. Cada día, por lo tanto, se van salvando más vidas gracias a la acción médico-sanitaria y no gracias al mejoramiento de las condiciones de vida.

Cuando hace 50 años, los países industrializados tenían las tasas de mortalidad que hoy tienen, como promedio, América Latina, los supervivientes en aquellos países eran muy diferentes. El hecho estriba en que el descenso de la mortalidad en los países desarrollados se debió al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, y no a la sola acción sanitaria y asistencias. En Inglaterra, McKeown

y Record señalaron que el descenso de la mortalidad se debió al mejoramiento de las condiciones de vida, especialmente, a una mejor dieta. También Benjamín estimó que la buena nutrición había sido el principal factor en la reducción de la mortalidad en Inglaterra y Gales, en el siglo pasado.

Las poblaciones que por razones ambientales tienen una talla baja no tienen muchas posibilidades de mejorar en esta generación: tendrán que volver a empezar. Y habrá que volver a empezar desde el mismo momento de la concepción, para lograr un desarrollo fetal adecuado. Esta estrategia pasa por los exámenes periódicos, la lactancia materna, las inmunizaciones y control a tiempo de infecciones, y la adopción de buenos hábitos de consumo.

Pero en la desnutrición crónica, junto al déficit de calorías y proteínas, hay que considerar otras deficiencias como, por ejemplo, la de ácidos grasos.

En la naturaleza, observamos en los animales, como por ejemplo el rinoceronte, cuyo peso corporal alcanza una tonelada en cuatro años, que la leche de las hembras no tiene grasa, ya que el cerebro es sumamente pequeño y apenas necesitan ácidos grasos.

Todo ello ocurre en las primeras semanas de la concepción y aun antes de que la madre se entere de que esté embarazada. Por ello hay autores que piensan que en un programa de salud pública, lo más importante es la nutrición de la madre antes de la concepción. Por ello tiene sentido una acción educativa y de intervención nutricional en los escolares. Es una forma inteligente de volver a empezar.

### c) Deficiencias de micronutrientes

El hecho de que hoy no se vean muchos casos de formas graves de deficiencias nutricionales, como Kwashiorkor, anemias anquilostomiasis, bocios colgantes y otras formas de patología visibles debidas a carencias nutricionales, significa sin duda que ha habido progresos en los últimos 50 años en América Latina. El cambio ha sido considerable, a pesar de la enorme losa de la pobreza que no podemos quitarnos de encima. Algo han hecho esos programas que tanto nos gusta criticar.

Sin embargo, el problema relativo a la deficiencia de micronutrientes (por razones de simplificación incluimos aquí todos los minerales y vitaminas) es todavía importante, aunque de forma menos visible y evidentemente menos grave que en décadas pasadas.

En 1948 se descubrió la última vitamina, la B12. Desde entonces no se ha descubierto ninguna más. En un plazo de 22 años se descubrieron trece vitaminas. Es posible que no se descubran más.

Si agregamos los minerales son más de 30 los micronutrientes (aparte los principios inmediatos) que hoy conocemos. De todos ellos, tres solamente constituyen problemas de salud pública: las deficiencias de hierro, vitamina A, y yodo. Una segunda lista podría hacerse con el calcio, el zinc y algún otro micronutriente.

El hecho de que sean solamente tres micronutrientes no minimiza el problema, ya que esos tres nutrientes deficitarios pueden presentar alteraciones funcionales importantes. No sabemos hasta qué punto la deficiencia de ciertos micronutrientes influye en el retardo de crecimiento de los niños.

Las dietas latinoamericanas de las clases populares favorecen la presencia de deficiencias de hierro, vitamina A, zinc y otros nutrientes. El carácter monótono de la dieta y el predominio de productos que condicionan una baja biodisponibilidad de estos micronutrientes, explica la frecuencia de estas deficiencias. También se explica por ser dietas por lo general hipocalóricas, las cuales no permiten alcanzar los requerimientos de estos micronutrientes.

En América Latina las dietas promedio de la población pobre

tienen una biodisponibilidad de hierro baja. Por ello la prevalencia de casos de deficiencias de hierro son altos en la región. Según estimación del mismo Layrisse, la prevalencia, en distintas áreas, puede estar entre el 15% y 57% en niños y entre 15% y 30% en mujeres en edad productiva. En embarazadas puede llegar hasta 77%.

También hay áreas de la Región con deficiencia de vitamina A, aunque son raros los casos clínicos evidentes.

El yodo es el tercer micronutriente de importancia en la Región, aun cuando las formas visibles de bocio son hoy mucho menos prevalentes.

No sería raro que del fondo de esa hambre oculta surjan en el futuro signos de una patología visible que explique algunos procesos degenerativos y hasta el propio proceso del envejecimiento (magnesio, zinc, cromo, etc).

Lo que aquí nos interesa destacar es que todas estas deficiencias de micronutrientes tienen una triple estrategia bien específica, a saber: a) el enriquecimiento de uno o varios alimentos de consumo habitual en la población (cereales, sal, etc.); b) la distribución del nutriente a la población a riesgo, como suplemento de la dieta; y, c) mejorar la dieta, por medio de la educación.

Venezuela ha dado un gran paso con el enriquecimiento de las harinas de maíz y de trigo con hierro, vitamina A y vitaminas hidrosolubles.

#### d) Enfermedades crónicas no transmisibles

El cuarto problema se refiere a las enfermedades crónicas no transmisibles, grupo que comprende varios procesos patológicos incluyendo el propio envejecimiento.

Hay cierta tendencia a dividir las enfermedades, en general entre las que afectan más a los ricos y las que predominan en los pobres. Es decir, enfermedades de la opulencia y enfermedades de la pobreza. Ronald Evans ha señalado las grandes diferencias entre las causas de mortalidad según el nivel de vida de distintos barrios de Caracas.

Realmente la vida, la enfermedad y la muerte son diferentes en los pobres y los ricos. Según Fundacredesa, la edad media al morir es de 70,5 años en los estratos I y II, mientras que en el estrato V es de 58,7 años.

En una tesis doctoral reciente de Historia, de la Universidad Santa María, el autor estudió la pobreza de fines del siglo XIX en Caracas, y ante la falta de otros datos tomó como indicador de pobreza la forma de traslado del cadáver al cementerio: a los que les llevaban en andas eran pobres, a los que les llevaban en carruajes eran ricos.

Hay, pues, diferencias notables tanto en la vida como en la muerte. Recientemente Makeon ha distinguido de una manera excesivamente radical las enfermedades de la pobreza y las de la opulencia. Las enfermedades crónicas no transmisibles predominan más en las clases ricas, especialmente en la sociedad afluente que asciende en su status social. También existe, sin embargo, el problema de la obesidad en los pobres. En varios países (Brasil, México, etc.) se viene observando un incremento de la obesidad en la clase pobre.

Es de interés señalar que la mayor parte de las enfermedades crónicas aparecen en las edades postfértiles, es decir, cuando el ciclo reproductivo ha concluido. A este respecto, recuerdo una reflexión de Germán Camejo cuando nos decía que el hombre era una de las pocas especies animales, tal vez la única, que no se muere inmediatamente después de haber cumplido la etapa de preservación de la especie, es decir, después de su etapa reproductiva. Estamos yendo, nos decía Camejo, más allá de lo que nos programa la evolución. Pero por vivir más que lo que la conservación de la especie exigía, estamos

padeciendo las enfermedades degenerativas.

El auge de las enfermedades crónicas no transmisibles es de data reciente, pudiéndose fijar entre fines del siglo XIX y siglo XX. Los cambios en la dieta han tenido una gran influencia, especialmente la disminución del consumo de fibra y el aumento de grasas y azúcar.

La refinación de la harina de trigo con la eliminación del salvado, por ejemplo, no se implantó en Europa hasta 1850. El aumento del consumo de grasas empieza principalmente con la generalización del consumo de productos lácteos a comienzos de siglo, cuando la refrigeración y la pasteurización permitieron manipular la leche. El azúcar fue durante siglos un alimento de lujo, y su uso generalizado es bastante reciente. También los cambios en la alimentación infantil y en la adolescencia han sido recientes.

Lo mismo sucede con el tabaco y el alcohol, cuyo consumo, sobre todo del primero, se incrementó considerablemente a comienzos del siglo XX.

Si a esto agregamos, la TV y el carro, como agentes provocadores del sedentarismo, tendremos una imagen clara del incremento de enfermedades degenerativas en épocas recientes.

Mientras en los EE.UU. el 75% de los fallecimientos corresponden a enfermedades crónicas, en Centro América es apenas de 28%. En los países del cono sur llega a ser de un 60% y en el resto de América Latina un 45%. Las diferencias son, pues, todavía notables.

No obstante es gratificante señalar que, gracias a una intensa labor educativa y a la difusión de Guías de Alimentación, junto a la disminución del hábito de fumar y la promoción del ejercicio físico, se han conseguido reducir las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, sobre todo en los países industrializados que tenían tasas muy altas. Así en los EE.UU., de 1963 a 1981 disminuyó la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre el 42% y 53%, según las edades, gracias a la disminución del consumo de cigarrillos, en un 27%; de leche completa, del 24%; de la manteca, el 33%; y el consumo de grasas de origen animal, de 39%, descenso que espero haya continuado en años recientes.

En los países europeos se ha observado un descenso similar, el cual podría deberse a una disminución de la morbilidad, pero también pudieran ocurrir por un aumento de la supervivencia al mejorar la calidad de los cuidados médicos.

En Venezuela hubo un ascenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares de los años 50 a los 70, pero a partir de los 80 se observa una cierta declinación. Venezuela ocupa un lugar intermedio entre los países de América Latina, teniendo las tasas más altas de mortalidad Argentina, Uruguay y Cuba, y las más bajas Ecuador, México, Perú y Guatemala.

Es, pues, bien evidente que la estrategia para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles se basa, fundamentalmente, en el cambio de los hábitos de vida.

Hace años pensábamos que la aterosclerosis era un proceso que aparecía como consecuencia del paso del tiempo (de ahí la conocida frase de Cazalis: ¡usted tiene la edad de sus arterias!). Los estudios de Enos y colaboradores, en 1950, demostraron la presencia de lesiones ateroscleróticas en las autopsias practicadas a los soldados americanos muertos en acción durante la guerra de Corea. El desarrollo de la aterosclerosis comienza, pues, precozmente, hasta tal punto de considerarlo un problema pediátrico. Será un encuentro fructífero entre el pediatra y el geriatra, antes tan distantes. Superados los primeros cinco años de edad, la expectativa de vida en América Latina es similar a la de los países desarrollados.

El proceso de envejecimiento es otro problema que puede ser mejorado, a fin de que la población de más edad pueda ser más

vigorosa, más activa y más independiente. Está bien probado que en la vejez se afectan sobre todo las funciones respiratorias y renales, y en menor grado la actividad mental. Son varios los nutrientes que se están estudiando ahora en relación con el proceso de envejecimiento. Entre otros, se pueden mencionar el calcio, vitamina D, el magnesio, zinc y cromo. Todos los autores, sin embargo, nos hablan de la necesidad de la actividad física, para evitar la pérdida de la masa muscular magra. Para ello será necesario tener una fuerte motivación, ya que de por sí el ejercicio físico puede ser un tanto penoso. Hace un siglo en los países desarrollados una de cada 25 personas eran mayores de 65 años. Al finalizar el siglo xx serán una de cada 5.

#### e) La inseguridad alimentaria familiar

La seguridad alimentaria se define como el acceso de toda la población en cualquier momento a los alimentos que se necesitan para llevar una vida sana (FAO-OMS). En los momentos de crisis, la inseguridad alimentaria en el hogar se acentúa y adquiere caracteres graves. Un 20% de la población mundial, es decir 780 millones de habitantes, no tienen todavía acceso a los alimentos en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales diarias.

En estos casos es un fenómeno psico-social más que médico, porque de lo que se trata es de atenuar en lo posible el síndrome de angustia que causa la dificultad de adquirir los alimentos necesarios para la familia sea por no estar accesibles, sea por no contar con los recursos necesarios. Es, pues, un desequilibrio entre disponibilidad de compra y precios. El ama de casa es capaz, y de hecho lo hace, de seleccionar aquellos alimentos de mayor rendimiento energético al menor costo, pero lo que le enerva, lo que crea la angustia del ama de casa, es la sorpresa diaria, el derrumbe de un plan previamente pensado en casa, y que obliga al cambio de alimentación de la familia.

Como dice el Plan de Acción de la Conferencia de Roma:

"La seguridad alimentaria familiar tiene tres dimensiones. En primer lugar, es preciso garantizar un suministro suficiente de alimentos tanto a escala nacional como en los hogares. En segundo lugar, es preciso conseguir un grado razonable de estabilidad en el suministro de alimentos, tanto de un año a otro como a lo largo del año. En tercer lugar, y ésta sería la dimensión más fundamental, cada hogar debe tener acceso material y económico a una cantidad suficiente de alimentos, es decir, capacidad de producir o adquirir los alimentos que necesita en forma sostenible. En este contexto, deberá incrementarse la atención a los regímenes alimenticios debidamente equilibrados, que porten todos los nutrientes necesarios, sin excesos ni desperdicios".

Varias estrategias se podrían diseñar para combatir la inseguridad alimentaria familiar, tales como los programas de alimentación suplementaria, bien engarzados en los servicios locales de salud, los de información y educación nutricional, la selección de alimentos estratégicos para su venta a precios bajos en mercados populares, y otros de índole social, todos ellos con la participación de la propia comunidad y bien arropados por políticas macroeconómicas de contenido humano.

Entre el pasado Congreso Latinoamericano, celebrado en Puerto Rico, y éste de ahora, en Caracas, tuvo lugar la trascendente Conferencia Internacional sobre Nutrición, en Roma, en diciembre de 1992. Decimos trascendente porque allí 162 Gobiernos del Mundo entero se comprometieron a librar la batalla del siglo contra el hambre y la desnutrición. Desde 1943, cuando se celebró la Conferencia de

Hot Spring, durante la II Guerra Mundial, nunca los Gobiernos habían asumido formalmente un compromiso de tal naturaleza.

Merece la pena por ello, que cite aquí el primer párrafo de la Declaración de dicha Conferencia:

"Nosotros, Ministros y Plenipotenciarios representantes de Estados y de la CCE en la Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, diciembre de 1992), declaramos nuestro firme empeño en eliminar el hambre y reducir todas las formas de malnutrición. El hambre y la malnutrición son inaceptables en un mundo que posee a la vez los conocimientos y los recursos necesarios para acabar con esta catástrofe humana. Reconocemos que el acceso a una alimentación nutricionalmente adecuada y sana es un derecho de cada persona. Reconocemos que globalmente existen suficientes alimentos para todos; el problema principal es el de un acceso desigual a esos alimentos. Teniendo presente el derecho a un nivel de vida adecuado, incluidos los alimentos, que se expresa en la Declaración universal de Derechos Humanos, nos comprometemos a actuar solidariamente para lograr que la liberación del hambre se convierta en una realidad. Declaramos asimismo nuestro firme compromiso de actuar juntos para asegurar un bienestar nutricional duradero a todos en un mundo pacífico, justo y con un medio ambiente sano".

En la misma Declaración, párrafo 19, se enuncian las metas y objetivos para el Plan de Acción que deberán preparar y ejecutar los Gobiernos de todos los países. Este párrafo dice:

"...prometemos hacer todo lo posible para eliminar antes del final de este decenio:

- el hambre y las muertes por hambre;
- la inanición y las enfermedades por carencias nutricionales en comunidades afectadas por catástrofes tanto naturales como causadas por el hombre;
- las carencias de yodo y vitamina A.

También prometemos reducir considerablemente en el curso de este decenio:

- la inanición y el hambre crónica generalizada;
- la desnutrición, especialmente entre los niños, las mujeres y los ancianos;
- otras importantes carencias de micronutrientes, incluido el hierro;
- las enfermedades transmisibles y no transmisibles relacionadas con la alimentación;
- los impedimentos sociales y de otra índole a una lactancia materna óptima;
- las condiciones inadecuadas de saneamiento y de una higiene deficiente, incluido el uso de agua no potable".

Pues bien, se puede afirmar que un alto porcentaje de dichas metas y objetivos, se podrán alcanzar si se logra articular un vasto programa regional latinoamericano de nutrición en Atención Primaria de Salud. Cada Gobierno obviamente, deberá ser responsable de crear la red nacional de servicios locales de salud, pero -qué duda cabe necesitamos apoyarnos mutuamente en un afán de cooperación y solidaridad hemisférica.

Este enfoque en el área de la salud, deberá complementarse con los programas de agricultura y comercialización e industrialización de alimentos, de bienestar y seguridad social, de educación y otros. Sólo a través de un esfuerzo coordinado de los distintos sectores en cada país, y entre los distintos países de la Región, el Plan de Acción

propuesto en Roma, tendrá posibilidad de éxito.

Por causas difíciles de explicar, los Consejos Nacionales de Alimentación y Nutrición, creados en el pasado en varios países de América Latina han tenido una vida muy efímera. Es posible que las causas estuvieran en los celos previsibles de los distintos Ministros involucrados, o en la falta de una estructura técnica de apoyo, o a la carencia de un presupuesto adecuado para su funcionamiento, o, acaso, a la ausencia de unos objetivos claramente definidos. Es posible que haya de todo un poco. El hecho cierto es que, pese a los esfuerzos de las Agencias especializadas de las Naciones Unidas, dichos Consejos no han sido exitosos, aunque nadie discute sobre su necesidad. Se dirá que los países desarrollados no necesitaron de Consejos Nacionales de Alimentación y Nutrición, y a pesar de ello lograron controlar la desnutrición. Es verdad, pero también es verdad, que por eso cayeron en el lado opuesto, es decir en las enfermedades causadas por el exceso que están causando la mayoría de sus muertes. Eso no hubiera sucedido de haber contado con un Consejo Normativo de Alimentación y Nutrición.

Estamos reunidos en un momento interesante de América Latina. Según la CEPAL, por cuatro años consecutivos, a pesar de los graves desequilibrados macroeconómicos que persisten en varios países, entre ellos el que hoy os acoge, la mayor parte de la economía de la región continúa en una fase de moderada expansión de la actividad económica -alrededor del 3% de promedio con relativa estabilidad de precios, con un entorno externo más favorable que en 1993. Hay, pues, a nivel regional, signos para sentirse optimistas.

Como he dicho más de una vez, América Latina ha contribuido a lo largo de su historia a aliviar los problemas del hambre de otros continentes, sin dar solución, paradójicamente, a su propio problema. En tanto que el maíz, las papas y la yuca invaden los continentes europeo y africano a lo largo de cuatro siglos de historia y salvan del

hambre a contingentes mayoritarios, de los alimentos traídos de Europa a América Latina, como el trigo, huevos y leche, sólo puede disfrutar una minoría privilegiada. América Latina ha dado alimentos para una mayoría y ha recibido alimentos para una minoría.

No olvidemos tampoco que América Latina ha sido y es en la actualidad, una punta de lanza de la cultura mundial.

Cuando se funda la primera Universidad en los EE.UU., la de Harvard, en 1636, ya existían 9 Universidades en América Latina.

Cuando se funda la segunda Universidad en los EE.UU., la de Yale, en 1701, había 12 en América Latina.

En 1800, época de Bello, la relación era de 5 en los EE.UU. y 17 en América Latina. En 1932, 9 a 26.

Esta cifra de 26 Universidades en 1832 supera la suma de todas las Universidades que en aquella época había a en Gran Bretaña y España.

En el siglo XIX, América Latina tenía una cuarta parte de todas las universidades del mundo.

En esa época, los países de América Latina conquistan su independencia.

¡Señores!

Vamos a iniciar mañana las sesiones de trabajo que, estoy seguro, dejarán una gran estela en su recuerdo.

Ustedes, que conforman tres generaciones, están hoy en Venezuela, país que les acoge fraternalmente. Es posible que los que han venido en otras ocasiones, encuentren una Venezuela distinta, un poco más triste, como ensimismada en sus problemas. Hay sin embargo, una Venezuela profunda, recia e indomable, que está resurgiendo de nuevo, y que les recibe con los brazos abiertos.

Sean Bienvenidos.