

Los informes de los organismos internacionales sobre la nutrición de la población europea (1930-1950)

Josep Lluís Barona

**Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia, López Piñero
(Universitat de València-CSIC)**

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. La excepcional confluencia de todos los factores que marcaron el contexto histórico de este período contribuyó a construir el *problema de la nutrición*.¹

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. En segundo lugar conviene recordar también la ideología sanitaria de la época, que asociaba la nueva idea de ciudadanía al derecho a la salud y a una alimentación digna y suficiente. 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 las condiciones de la salud humana. Se comprende, pues, el interés por identificar enfermedades carenciales y definir desde parámetros científicos el concepto de enfermedad carencial, y los estados de *desnutrición* y *malnutrición*.

El *problema de la nutrición* presentaba múltiples dimensiones. Un primer aspecto era el político y militar, puesto que en una etapa de crisis prebélica, como también en momentos de guerra y de posguerra, era urgente garantizar una dieta mínima para la población y evitar la hambruna en grupos de riesgo: niños, madres, ancianos, parados, enfermos y soldados. En segundo lugar, la dimensión económica del suministro de alimentos adquirió gran relevancia debido al deterioro del *global food system*

¹ 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, Peter Lang, 2010.

configurado desde la segunda mitad del siglo XIX. Las crisis bélicas y el *crash* 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 favorecieron la creciente industrialización de un número cada vez mayor de alimentos (leche, chocolate, aceite, azúcar...) a diferencia de las formas tradicionales de manufactura artesanal, lo que originó la necesidad de regular su producción, vigilar los fraudes y adulteraciones, controlar el uso de aditivos, colorantes y conservantes. En definitiva, obligó a debatir y consensuar nuevas normas sobre lo permisible y lo inaceptable en los productos destinados a la alimentación humana.

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 regiones europeas. 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 el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y el Instituto Internacional de Agricultura, 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 los gobiernos europeos. Dos objetivos eran prioritarios: establecer standards internacionales e investigar los hábitos y la dieta en las zonas rurales de Europa.² En opinión de J. George Harrar, Presidente de la Rockefeller Foundation en esos años, el descubrimiento de

² Barona, 2008a.

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.³ La presente ponencia analiza los informes técnicos y las encuestas realizadas por las comisiones de expertos en nutrición de la Sociedad de Naciones, así como del Instituto Internacional de Agricultura y la FAO. 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, los déficits nutricionales, la malnutrición, 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 SdN celebrada en 1928, Léon Bernard, representante del gobierno francés solicitó que la nutrición se incluyese en el programa de trabajo. La situación se volvió más urgente y dramática en 1929. En 1930, el director de la Escuela de Higiene de Varsovia y experto de la SdN, Witold Chodzko, expresaba el temor acerca de las pésimas condiciones nutritivas en muchas áreas rurales europeas.⁴

El primer informe técnico de la Sociedad de Naciones (SdN) relativo a la nutrición se remonta a 1926.⁵ Desde esa fecha diversos informes técnicos destacaban la importancia de impulsar investigaciones científicas sobre nutrición. Destacados protagonistas como John Maynard Keynes, Jean Monnet y Albert Thomas abogaban por regular la producción y el consumo de alimentos para afrontar la inestabilidad económica. La mayor parte de los informes e investigaciones de los años 1920 y 1930 se centraban en

³ Cullather, 2007, p. 5.

⁴ Chodzko 1930.

⁵ 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. También hay informes internos sobre el periodo 1928-1937 (R.5865-5866) e informes como los de Saiki T., *Necessity of the Study of Nutrition*, Geneva, League of Nations, 1927. 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).

países europeos (Checoslovaquia, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Hungría, Holanda, Rumania, España, Portugal y Suecia),⁶ Aunque la SdN dedicó conferencia a la situación alimentaria en Sudáfrica, Chile, China, India, Japón y Filipinas.

En 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.⁷ 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, 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 gastaban el 70% de sus ingresos en comprar 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.⁸

A comienzos de 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.⁹ 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

⁶ Milk and Milk Products in Sweden (Studies on nutrition), 1926, (Document C.H./Com.Exp.Alim./5: Divers/I); Moerkeberg, H.C. *Meat inspection in Denmark and Inspection of Milk in Danemark*, 1924, C.H./E.P.S./49; Mackenzie, M.D., "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; [McDougall, E.J.] "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.]; Muehel, W., "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.

⁷ Pi Sunyer, A. *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, 1922.

⁸ Pi Sunyer, 1922, p. 23.

⁹ *Viaje a las Hurdes. El manuscrito inédito de Gregorio Marañón y las fotografías de la visita de Alfonso XIII*. Madrid, El País-Aguilar, 1993.

averiguar su repercusión sobre la dieta de los desempleados y de los grupos sociales con bajos ingresos.

Los estudios de fisiología de la nutrición tenían su expresión más simple en el valor calórico de la dieta; calculaban que un trabajador sedentario requería entre 2.200 y 2.400 calorías diarias, derivadas de detraer 800 calorías estimadas para el trabajo de un día de las 3.100 que necesitaría un trabajador. Se reducían las necesidades calóricas en un 27% para los desempleados y en un 8% para el conjunto de su unidad familiar.¹⁰ En las reuniones de expertos se proponía realizar tres tipos de estudios:

- a) Investigaciones demográficas a gran escala con datos antropométricos generales.
- b) Investigaciones específicas sobre grupos concretos de población mediante exámenes clínicos teniendo en cuenta situación social familiar
- c) Examen morfológico orgánico y psicológico

Estudios realizados por el *Statistisches Reichsam*t para el gobierno alemán sobre datos referidos a 1927 detectaban situaciones de desnutrición aunque ese año había sido relativamente próspero y la capacidad adquisitiva de los desempleados había empeorado desde ese momento. El coste de la vida se había incrementado un 19% y los precios de los alimentos en un 25% entre 1927 y 1932, por lo que la situación era calificada de *hambruna oculta*.¹¹ 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 expresaban claramente las dificultades, porque en tres de cada cuatro comidas sólo se alimentaban de café y pan con margarina o jamón. La comida del mediodía solía incluir una mayor variedad de alimentos: sopas, patatas, vegetales verdes y en alguna ocasión carne.¹²

¹⁰ "The Economic Depression and Public health. Memorandum prepared by the Health Section. III. The Nutrition of the Unemployed". *League of Nations Quarterly Bulletin of the Health Organisation*, 1, (1932), 443-457.

¹¹ The Economic Depression and Public health, 1932.

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.

Los informes técnicos sobre Gran Bretaña relativos a 1932 indican 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. 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.”¹³

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 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 asumían 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 se consideraba muy valiosa para corregir deficiencias por ser rica en elementos nitrogenados y en vitaminas del

¹² Informe presentado por Lehmann incluido en “The Economic Depression and Public health...”, 1932, p. 452.

¹³ “The Economic Depression and Public health...”, 1932, p. 452.

grupo B. Lo mismo se decía de los minerales que podían administrarse a los escolares y a grupos con alimentación deficitaria. La crítica situación planteaba la enseñanza y la divulgación social de los fundamentos de la nutrición humana entre todas las clases y grupos sociales como un medio efectivo para mejorar los hábitos dietéticos en todos los países.

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 y alentaba al Comité de Higiene a continuar trabajando sobre nutrición y salud pública mediante acuerdos conjuntos con la OIT y el IIA.¹⁴ Unos meses antes, la 19ª sesión de la OIT se había pronunciado en el mismo sentido y ello dio lugar a la creación de una comisión técnica mixta de los tres organismos que se reunió por primera vez en Londres en noviembre de 1935. Ya en 1934 el CHSdN había encargado a E. Burnet and W.R. Aykroyd una serie de informes sobre alimentación en países como Gran Bretaña, Francia, Estados Unidos, Dinamarca, Suecia, Noruega y la URSS.¹⁵ El informe de Burnet y Aykroyd delimitaba en torno a la vivienda y la alimentación los principales problemas de salud pública.

Por otra parte, las circunstancias se hicieron particularmente críticas en 1938. Hablaremos después de las consecuencias para la población española derivadas de la guerra, pero también restricciones muy graves en la producción y el acceso a los alimentos agravó seriamente las condiciones de alimentación en muchos otros países europeos hasta el extremo que tuvieron que aplicarse medidas de urgencia por parte de los gobiernos contra la hambruna, como una amenaza real en Europa. En muchos países europeos se habían creado Institutos Nacionales de Alimentación para coordinar las políticas de alimentos, comercio y disponibilidad. En esas circunstancias excepcionales, la Comisión de Expertos de la Sociedad de Naciones asumió el reto de establecer *standards dietéticos* (dieta óptima, dieta mínima, dieta de racionamiento, dieta para desempleados, etc...) para asegurar la mejor nutrición de los distintos grupos sociales y especialmente los grupos de riesgo.

Los problemas de alimentación en el medio rural

¹⁴ The Problem of Nutrition. Interim Report of the Mixed Committee on the Problem of Nutrition. Geneva, Series of League of Nations Publications, 1936 [Technical Report A.12.1936.II.B].

¹⁵ E. Burnet and W.R. Aykroyd report was summarized at the *Quarterly Bulletin of the League of Nations*, 1935, Vol. 4, No 2, pp. 323-474.

Las condiciones de vida y salud, y la alimentación de la población rural europea se convirtió en foco de interés principal para la comisión de expertos en nutrición de la SdN. Según todos los informes, la dieta en las diversas zonas rurales de Europa mostraba grandes diferencias, a pesar de que se caracterizaba por la monotonía y por el uso limitado 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 mostraba el predominio del consumo de cereales en Europa central, del este y sur-este, representando alrededor del 80-90% de la dieta.¹⁶ Esta elevada proporción decrecía conforme la población campesina prosperaba y se había reducido en Europa occidental y del norte por causas climáticas y agrícolas. En las zonas consideradas por los nutricionistas más primitivas, los cereales se consumían no solo como pan, también se comían directamente, o con agua en forma de purés, pasteles o polenta.¹⁷ 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 o de la prosperidad de los campesinos, aunque ciertos animales eran importantes para la supervivencia en muchas áreas rurales, por la leche, lana y otras materias fundamentales para 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 de la salud.¹⁸ 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. Desde la segunda mitad de 1937, los problemas de alimentación de la población española se agravaron y la

¹⁶ [McDougall, E.J.] "Rural dietaries", 1939, p. 470.

¹⁷ [McDougall, E.J.] "Rural dietaries", 1939, p. 471.

¹⁸ Biraud, M., "Health in Europe. A Survey of the Epidemic and Nutritional Situation", *League of Nations Bulletin of the Health Organisation*, 1943-1944, Vol. 10, pp. 557-699.; Barona, 2007b.

situación llegó a ser peor que en Europa central durante la Gran Guerra.¹⁹ El contenido calórico de la dieta de la población de Madrid descendió bruscamente provocando deficiencias y malnutrición.²⁰ La distribución y el acceso a los alimentos se convirtió en estrategia 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. Desde comienzos de 1937 se estableció un sistema de racionamiento individual, familiar y para los enfermos.²¹ Las raciones individuales consistían en 150 gramos de carne fresco 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 olive, 200 gramos de mantequilla o 100 gramos de tocino; 250 gramos of patatas o 100 gramos of 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 of coco; 50 gramos of azúcar o 80 gramos de miel y medio kilo de pan.

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 de transporte. El hambre no había producido aún enfermedades carenciales o malnutrición.²² Pero la situación fue empeorando y a mediados de 1939 la Comisión Técnica sobre Nutrición de la SdN presentaba un informe referente a junio de 1938 hasta abril de 1939 que incluía un apartado sobre la alimentación de los refugiados y los riesgos de

¹⁹ *Rapport sur la mission sanitaire*, 1937.

²⁰ Grande Covián, F., *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)*, Publicación de la Revista de Sanidad e Higiene Pública, 1939.

²¹ Jiménez García, F., Grande Covián, F., "Sobre los trastornos carenciales observados en Madrid durante la Guerra. I. Los cuadros clínicos presentados con más frecuencia y su clasificación," *Revista Clínica Española*, 1940a, Vol. 1, pp. 313-318; Jiménez García, F., Grande Covián, F., "Algunas observaciones sobre las dietas consumidas por los enfermos carenciales de Madrid," *Revista Clínica Española*, 1940b, Vol. 1, No. 1.

²² *Rapport sur la mission sanitaire*, 1937, p. 89.

hambruna.²³ Desde noviembre del 36, el Ayuntamiento de Madrid había creado la cartilla de racionamiento familiar, 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 F. Grande Covián publicó un resumen de los resultados.²⁴ La ingesta promedio de calorías por día había descendido a 1.060, es decir, 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 2.130. Era una dieta muy pobre en proteínas (56%), en grasas (41%), en carbohidratos (53 %), sales minerales y vitaminas.²⁵ 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, provocando una significativa pérdida de peso corporal que alcanzó el 30% del peso anterior a la guerra.²⁶ Los estudios realizados por Jiménez, Grande 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.²⁷ La mayoría de estos cuadros se asociaban a avitaminosis y déficit de proteínas, que se agravaron en la posguerra.²⁸ 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 la

²³ “Report on the work of the Health Organisation”, 1939, p 32.

²⁴ Grande Covián, 1939.

²⁵ Grande Covián, 1939, pp. 45-46.

²⁶ Jiménez García, Grande Covián, 1940a, pp. 313-318; Jiménez García, Grande Covián, 1940b.

²⁷ For a broader analysis see Barona, Perdiguero, 2007 y Barona 2010, The Problem of Nutrition.

²⁸ García-Albea Ristol E., “Las neuropatías carenciales en Madrid durante la Guerra Civil”, *Neurología*, 1999, Vol. 14, pp. 122-9.

guerra y la posguerra.²⁹ A pesar de la dramática situación 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.³⁰ Biraud preparó su informe titulado “Health in Europe” para la SdN.³¹ Un segundo informe recogía la dramática situación de los campos de internamiento: “Famine disease and its treatment in internment camps”.

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 una serie de aproximaciones parciales sobre racionamiento, pérdida de masa corporal, aumento de enfermedades transmisibles, tuberculosis o mortalidad general e infantil.³² Aunque sus resultados son 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 la imposibilidad de valorar adecuadamente las migraciones, el flujo de refugiados, las deportaciones, los efectos de la economía de guerra y las industrias bélicas y las evacuaciones, el informe ofrecía una panorámica consistente sobre el deterioro de la salud en la población europea en 1943. El elemento clave empleado por Biraud para explicar el deterioro de los indicadores de salud era la carencia de alimentos, la hambruna.³³

El panorama trazado por Biraud era muy duro. En la región de los Balcanes, como en otras zonas del sur de Europa, había grandes diferencias con respecto a las consecuencias de la carencia de alimentos. En la URSS la situación no era mejor, aunque carecían de datos estadísticos, en especial por los efectos negativos del asedio alemán.³⁴ 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:

²⁹ This research has been partially analysed by Del Cura, Huertas García-Alejo, 2006, p. 50-89; Barona, 2007b, p. 31-34; García-Albea Ristol, 1999, pp. 122-129.

³⁰ Biraud, 1943/1944.

³¹ Biraud, 1943-1944.

³² Biraud, 1943-1944, p. 559.

³³ Biraud, 1943-1944, p. 561.

³⁴ Biraud, 1943-1944, p. 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.”³⁵

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 de 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 antes de la Guerra y el corte en los suministros provocó una verdadera hambruna en 1941 y 1942, que primero afectó a las ciudades y después a las zonas rurales. La situación siguió empeorando en 1943 y 1944 debido a la inflación.³⁶ La insuficiencia crónica de alimentos se consideraba la causa del incremento de mortalidad general y por tuberculosis. La carencia de alimentos era más acusada en las ciudades que en las zonas rurales, lo que aconsejaba planificar la ayuda alimentaria. Las carencias graves en alimentación y dotaciones domésticas incrementaban los casos de fiebre tifoidea, principal amenaza epidémica en los países de Europa del este y del sur, aunque el riesgo de epidemias de tifoidea, viruela, fiebre entérica o paludismo –principales amenazas en el pasado– habían sido razonablemente controladas.³⁷

Hambruna en los campos de internamiento

Miles de refugiados se hacinaban en los campos de internamiento durante la IIª Guerra Mundial, verdaderos centros de detención o de 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

³⁵ Biraud, 1943-1944, p. 694.

³⁶ Biraud, 1943-1944, p. 695.

³⁷ Biraud, 1943-1944, p. 696.

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.³⁸

El estado de nutrición de los internos de los campos era dramático. La SdN publicó en 1944 un informe al respecto.³⁹ 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, sin ocuparse de las condiciones de vida, la vulneración de derechos o las normas de funcionamiento, o cualquier otro aspecto que pudiera incriminar a los responsables de los campos. En la primavera de 1941 había tenido lugar un primer brote de hambruna, situación que se extendió por todos los campos a partir de 1942. Las cifras de mortalidad crecieron continuamente como expresión de la profunda destitución fisiológica de los internos, siendo los hombres 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 médica consistente en administrar productos dietéticos, vitaminas y minerales. De hecho, los campos de internamiento se convirtieron en una especie de laboratorio para la investigación clínica de la malnutrición y la inanición fisiológica en circunstancias extremas. El equipo médico 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.⁴⁰ El estudio se basaba en una población de 11.000 internos, de los cuales 9.000 fueron explorados, y de ellos 331 fueron clasificados como caquéticos, 839 como pre-caquéticos y más de 4000 como amenazados de caquexia. “Esta proporción, sin embargo, no era estática. La *hambruna* se expandía como una virulenta epidemia y progresaba constantemente en

³⁸ Weindling, P.J., *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent*. New York, Palgrave Macmillan, New York, 2005.

³⁹ “Famine Disease and its Treatment in Internment Camps,” *League of Nations Bulletin of the Health Organisation*, 1943-1944, Vol. 10, pp. 722-772

⁴⁰ Barona, *The Problem*, 2010

los campos. Cada semana se diagnosticaban nuevos casos...”⁴¹ Las primeras exploraciones ya indicaban que más de la mitad de los internos presentaban síntomas de hambruna, clasificada como *hambruna húmeda*, caracterizada por el edema de hambre, *hambruna seca* por la ausencia de edema, más común entre españoles e italianos; *hambruna anémica*, con síntomas neurológicos; *hambruna circulatoria*, *hambruna neurológica* y *hambruna mental*, con debilidad, postración y confusión. Estas categorías clínicas permitían un diagnóstico y un pronóstico. La deprivación por el deterioro en la distribución de alimentos fue provocando una creciente destitución de los internos y a finales de 1942 crecían los casos de malnutrición. Los tres primeros meses de 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, reflejos alterados, alteraciones de la estática y amenorrea. Más adelante 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 intervenía la muerte por malnutrición era inevitable. Los médicos no sólo atribuían el deterioro orgánico a la malnutrición, sino a la falta de libertad de movimiento, al clima frío, las condiciones anti-higiénicas y la depresión moral. El deterioro permanente conducía al coma y la muerte, que a veces se producía por colapso mientras caminaban o en la cama mientras dormían. A veces morían lentamente por astenia progresiva o a causa de enfermedades pre-existentes. La autopsia apenas revelaba nada excepto edema cerebral en ocasiones.⁴² El estudio se había llevado a cabo en dos campos del sur de Francia, dotados de tecnologías para la exploración clínica: examen fluoroscópico, rayos X, análisis de sangre. Se detectaron casos de tuberculosis pulmonar, cardiopatías e inflamación bronco-vascular, decalcificación ósea, trastornos endocrinos y de la tensión sanguínea, del ciclo menstrual, la glucemia y la espermatogénesis. La dramática situación fue calificada de *epidemia de hambre*.

La perspectiva de género mostraba resultados significativos, ya que las mujeres se veían afectadas diez meses más tarde que los hombres, sin que

⁴¹ “Famine Disease”, 1943-1944, p. 730.

⁴² “Famine Disease”, 1943-1944, p. 736.

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.⁴³ 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, lo que reanimaba a pacientes aparentemente irreversibles. Que padecían edema generalizado, ascitis, miocarditis, hemorragias y que habían perdido el 55% de su peso. 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 casos de carencias y malnutrición, algo difícil de valorar, no como los efectos del déficit calórico que provocaba pérdida de peso y de las grasas. Su estudio de los efectos fisiológicos del hambre delimitó claramente los efectos y la secuencia de signos provocados por 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 por todos ellos. El trabajo publicado por la SdN incluía al 65%-70% 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, el hierro o la glucosa. Al poco tiempo la condición general de los internos había mejorado sustancialmente, con disminución de la mortalidad y en primavera disminuyeron los casos de caquexia. Sin embargo, la indolencia, la falta de implicación y las irregularidades de las autoridades de los campos frustró esa tendencia a la mejoría. El informe médico era inicialmente anónimo, pero finalmente concluía:

“Los cambios en la situación militar y política de Europa que han tenido lugar desde que escribimos este estudio 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

⁴³ “Famine Disease”, 1943-1944, p. 739.

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...⁴⁴

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 se inició formalmente en julio de 1946, cuando WR Aykroyd fue nombrado Director de la División de Nutrición. 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

⁴⁴ “Famine Disease”, 1943-1944, p. 772.

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 WR Aykroyd, que lo fue hasta 1960. Nacido en Dublín y formado en Cambridge, había investigado sobre vitaminas, beri-beri 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 el famoso informe 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 al 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, encuestas sobre alimentación y consumo, y marcar objetivos de actuación en las diversas zonas del mundo.⁴⁵ 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 de la 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 Norteamericano de Agricultura, además de W.R. Aykroyd y D. Lubbock como miembros de la FAO.

Desde sus primeras reuniones, el comité técnico se propuso realizar una *World food survey*, una encuesta sobre la alimentación en el mundo tomando como referencia la situación anterior a la IIª Guerra Mundial. Reconocía las limitaciones de los acercamientos basados exclusivamente en el consumo de calorías diarias, a pesar de su utilidad y abogaba por análisis más cualitativos de la dieta. El primer informe del *Standing Advisory*

⁴⁵ *Chairman's report of the meeting of the ad hoc Nutrition Committee*. February 27th-March 1st, 1946. FAO Archives, Nu.Report 5./Rev.

Committee on Nutrition dirigido al Director General de la FAO data de 31 de agosto de 1946 y planteaba una revisión del trabajo realizado antes de 1945, analizaba las encuestas alimentarias, las cantinas escolares, las tecnologías alimentarias, 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 OMS.

Al iniciarse la nueva etapa el comité valoraba positivamente la utilidad de la Encuesta Mundial de Alimentos, con 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 consumo entre países en función de las estaciones, la riqueza y la zona 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 detectar la malnutrición y las enfermedades carenciales. Algo 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 al economía agrícola, cosechas, abastecimientos y hábitos de consumo. Las encuestas sobre consumo y hábitos dietéticos eran consideradas fundamentales, por lo que la metodología empleada para realizarlas parecía 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. Permiten educar los hábitos alimentarios y mejorar la dieta doméstica, suplementando con alimentos esenciales como la leche entera o desnatada con suplementos de vitaminas y minerales, o también otros nutrientes. El comité de expertos de la FAO recomendaba en 1946 poner en marcha programas de alimentación escolar para niños desde 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... 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 de los alimentos no quedara empobrecido.⁴⁶

Por lo que se refiere a la educación sobre nutrición, el comité 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. El Comité constataba la falta de una educación nutricional en las facultades de medicina, las madres, escuelas, maestros, enfermeras... por lo que consideraba fundamental avanzar en esa dirección.

Durante la guerra y el período de carencia de alimentos de 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 experimentos sobre alimentación humana a gran escala incluyendo los estudios sobre campos de internamiento. Se había reunido una gran cantidad de información y habían surgido hechos como el descenso de la caries dental que había que analizar. La FAO y la OMS se proponían trabajar conjuntamente en el análisis de los conocimientos engendrados de las situaciones extremas generadas por la guerra. 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.

⁴⁶ Standing Advisory Committee on Nutrition. *First Report to the Director General*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Copenhagen, 31 August 1946.

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 estándares 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.

Comentario final

La gran crisis internacional europea entre 1914 y 1950 otorgó prioridad política, social y económica a la disponibilidad de alimentos y a los problemas del hambre y la dieta. El Estado y los organismos internacionales (SdN, FAO, OIT, OMS) lo asumieron como un asunto de relevancia 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. El *problema de la nutrición* en una etapa tan convulsa puso de relieve la dimensión económica, política y sanitaria de la pobreza y el hambre.

Los organismos internacionales, los estados y las organizaciones filantrópicas (Cruz Roja, Rockefeller Foundation) impulsaron la investigación experimental, los estudios de campo sobre la dieta, y también las campañas para coordinar la producción y 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 y la transferencia del conocimiento científico.

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 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 hasta la posguerra mundial. Esta situación excepcional convirtió a la población europea en un laboratorio para investigar la dieta, los cuadros carenciales, los efectos fisiológicos de los nutrientes, una exploración masiva de la población de todas las edades que impulsó el desarrollo de la industria alimentaria y de los medicamentos para apliar 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 saludables y orientar una emergente industria alimentaria. La nueva ciencia de la nutrición fue instrumento político y agente de desarrollo industrial y commercial 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 un instrumento político-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, percibido como una epidemia incontrolable.

El contexto internacional se transformó sustancialmente en Europa durante la Guerra Fría, aunque las agencias internacionales siguieron desempeñando un papel positivo, aunque limitado. Inicialmente la FAO se convirtió en un organismo más conservador 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 a un lado.⁴⁷

Las nuevas estrategias sobre una política mundial de alimentos se desarrolló de la mano de lo que se ha llamado sociedad civil mundial, la faceta menos desarrollada de la globalización. La importancia de impulsar la creación de cooperativas y una cultura democrática para la producción y distribución 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 1943.⁴⁸ El mercado mundial actual, basado más bien en la explotación que en la equidad, carece de los instrumentos y la capacidad de regulación necesarias para hacer frente con éxito a la lucha mundial contra el hambre.

⁴⁷ Staples 2006, p. 32.

⁴⁸ Staples 2006, p. 38.