

**¿CÓMO REPRESENTA EL HAMBRE QUIEN TIENE  
GARANTIZADA LA ABUNDANCIA?  
ALIMENTACIÓN, SALUD Y POLÍTICA EN MEDELLÍN  
1960 – 1985**

**Resumen**

El presente trabajo se ocupa de la formulación e implementación de políticas nutricionales en Colombia y en la ciudad de Medellín entre 1960 y 1985, un periodo en el cual adquirió gran visibilidad el tema del hambre como problemática de interés a nivel mundial, y se definió un abordaje sistemático para América Latina. Mediante la reconstrucción de la génesis de las políticas nacionales y locales, se busca rastrear la noción de hambre que les subyacía y las prácticas que produjeron. De esta manera se pretende analizar los trasfondos sociales y de representaciones que acompañaron la definición de la desnutrición como asunto médico, partiendo de que las instituciones públicas y privadas contribuyen decisivamente en la construcción de estos imaginarios, en donde prima la mirada de la escasez desde la abundancia. En el proceso se registró la gestación e implementación de políticas basadas en la ayuda alimentaria externa, así como un posterior intento de independización de las mismas, para ser concebidas “autónomamente” en la planeación económica nacional, y municipal. De igual forma se consolidó la profesionalización de un área de la medicina denominada nutrición y dietética, responsable de diseñar e implementar tales políticas.

**Palabras clave:**

Hambre, pobreza, beneficencia, nutrición, políticas nutricionales, políticas alimentarias, DRI-PAN, Patronato Escolar, ayuda alimentaria, Josué de Castro

# **¿HOW TO REPRESENT THE HUNGRY WHO IS GUARANTEED ABUNDANCE?**

## **FOOD, HEALTH AND POLITICS IN MEDELLIN**

**1960 – 1985**

### **Summary**

The present work deals with the formulation and implementation of nutrition policies in Colombia and Medellín between 1960 and 1985, a period in which acquired great visibility the issue of hunger as a problem of worldwide interest, and defined a systematic approach for Latin America. By reconstructing the genesis of national and local policies, it seeks to trace the notion of hunger and practices underlying them they produced. In this way one tries to analyze the social backgrounds and representations that accompanied the definition of malnutrition as a medical issue, assuming that the public and private institutions contribute decisively to the construction of these imaginary, where the premium look of the shortage from the abundance. In the process of gestation was recorded and implementation of policies based on external food aid and a subsequent attempt to divestiture of the same, to be designed "autonomously" in national economic planning, and municipal levels. Similarly consolidated the professionalization of a field of medicine called nutrition and dietetics, responsible for designing and implementing such policies.

### **Keywords:**

Hunger, poverty, welfare, nutrition, nutrition policy, food policy, DRI-PAN, School Board, food aid, Josué de Castro

**¿CÓMO REPRESENTA EL HAMBRE QUIEN TIENE  
GARANTIZADA LA ABUNDANCIA?  
ALIMENTACIÓN, SALUD Y POLÍTICA EN MEDELLÍN  
1960 - 1985**

**CAROL MANCERA MEDINA**

**Trabajo de grado  
Maestría en Historia**

**Asesora  
RUTH LÓPEZ OSEIRA  
Ph. D. Historia**

**Facultad de Ciencias Humanas y Económicas  
Universidad Nacional de Colombia  
Sede Medellín  
2012**

## TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE CUADROS .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>30</b>
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA EL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN EN COLOMBIA .....</b>	<b>30</b>
1.1. Hambre y beneficencia .....	31
1.2. Instituto Nacional de Nutrición .....	32
1.3. Programas Integrados de Nutrición Aplicada – PINA .....	37
1.4. Ayuda alimentaria externa.....	41
1.5. Restaurantes Escolares .....	44
1.6. Investigación en nutrición .....	47
1.7. El Plan de Atención Nutricional PAN.....	49
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>56</b>
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA EL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN: LAS IMPLEMENTACIONES LOCALES. EL CASO DE MEDELLÍN.....</b>	<b>56</b>
2.1 Beneficencia y suministro de alimentos .....	56
2.2 Organismos de política pública social municipal.....	59
2.3. El programa CARE.....	65
2.4. El Patronato Escolar .....	73
2.5. El PINA .....	91
2.6. El Plan de Atención Nutricional PAN.....	97
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>101</b>
<b>HAMBRE Y SALUD.....</b>	<b>101</b>
3.1. “La cuestión alimentaria”: salud y políticas públicas en Colombia .....	101
3.1.1 <i>Indicadores de nutrición</i> .....	112
3.2. El desarrollo de la ciencia de la nutrición y la dietética en América Latina .....	115
3.2.1. <i>Asistencia alimentaria y cooperación internacional</i> .....	121
3.3. Desarrollo de la nutrición en Colombia.....	124
3.3.1. <i>La evolución de la formación en nutrición y dietética</i> .....	125
3.3.2. <i>La Escuela de Nutrición y Dietética en la Universidad de Antioquia</i> .....	129
3.3.3. <i>Los planes de estudios de la Escuela de Nutrición</i> .....	133

3.3.4. <i>Ejercicio de la profesión de la nutrición en Medellín</i> .....	141
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>147</b>
<b>REPRESENTACIONES DEL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN</b> .....	<b>147</b>
4.1. El hambre como fuente de opinión pública .....	147
4.2. El hambre para la gestión institucional intergubernamental .....	153
4.3. Conceptualización médica del hambre .....	157

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro N° 1</b> Población de Colombia, Antioquia y Medellín 1951 – 1985.....	15
<b>Cuadro N° 2</b> Población urbana/rural de Colombia y Antioquia 1951-1985.....	15
<b>Cuadro N° 3</b> Cambios en la estructura ocupacional en Colombia 1938 – 1978.....	16
<b>Cuadro N° 4</b> Tendencias del empleo en Colombia 1958 – 1984.....	17
<b>Cuadro N° 5</b> Indicadores de las condiciones de vida de la población colombiana 1951 – 1985.....	18
<b>Cuadro N° 6</b> Desigualdad del ingreso en Colombia coeficiente de Gini 1938 – 1988. ...	18
<b>Cuadro N° 7</b> Cobertura del PRONENCA en Antioquia, en términos de promedio anual de beneficiarios por subprogramas para 1970 .....	41
<b>Cuadro N° 8</b> Investigaciones en nutrición humana en Colombia 1960 – 1973... ..	48
<b>Cuadro N° 9</b> Componentes del Plan Nacional de Atención Nutricional PAN.....	52
<b>Cuadro N° 10</b> Evolución de las estructuras de la administración municipal responsables de los programas nutricionales.....	59
<b>Cuadro N° 11</b> Procedencia de los recursos del Patronato Escolar en 1964.....	78
<b>Cuadro N° 12</b> Aportes recibidos por el Servicio de Nutrición Escolar de Medellín en 1974.....	82
<b>Cuadro N° 13</b> Aportes del municipio y del ICBF al Servicio de Nutrición Escolar de Medellín 1973 – 1978.....	84
<b>Cuadro N° 14</b> Población escolar beneficiaria del Servicio de Nutrición Escolar de Medellín y presupuesto 1964 -1978.....	85
<b>Cuadro N° 15</b> Costo de preparación almuerzos Servicio de Nutrición Escolar de Medellín 1973 – 1978.....	86
<b>Cuadro N° 16</b> Indicadores de mejoramiento de las condiciones de salud en Colombia 1950 – 1990 .....	112
<b>Cuadro N° 17</b> Tasa de mortalidad infantil en Medellín 1966 – 1981.....	113
<b>Cuadro N° 18</b> Asignaturas y áreas de estudio del programa de nutrición y dietética de la Universidad de Antioquia 1980.....	137

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es el resultado de indagar sobre el papel que jugaron las instituciones públicas y privadas que abordaron problemas relacionados con la carencia alimentaria en la ciudad de Medellín en la construcción de imaginarios acerca del hambre como problema social. Para llegar a ello fue necesario hacer visible la relación entre la beneficencia como iniciativa privada y las políticas oficiales que se ocuparon de las problemáticas alimentarias entre la primera y la segunda parte del siglo XX, para luego establecer la relación de esos antecedentes con la aparición y consolidación de la nutrición como ciencia médica.

Las políticas nutricionales desde mediados del siglo XX han protagonizado una parte importante de las políticas alimentarias dirigidas a atender el problema del hambre en Colombia; éstas se han visto estrechamente ligadas a las estrategias de mitigación de la pobreza por una parte, y al ejercicio de la salud pública por otra. Fueron planteadas como respuesta a los problemas derivados de una inadecuada formulación de las políticas alimentarias en general; es decir que, al igual que la asistencia social, constituyeron paliativos de problemas económicos estructurales. El presente trabajo se ocupa de la formulación e implementación de políticas nutricionales en Colombia y en la ciudad de Medellín entre 1960 y 1985, un periodo en el cual adquirió gran visibilidad el tema del hambre como problemática de interés a nivel mundial, y se definió un abordaje sistemático para América Latina. En este lapso se consolidaron en el país los problemas relacionados con el acceso equitativo a los alimentos como objeto de política pública, impulsado por intereses externos específicos. En el proceso se registró la gestación e implementación de políticas basadas en la ayuda alimentaria externa, así como un posterior intento de independización de las mismas, para ser concebidas “autónomamente” en la planeación económica nacional, y municipal. De igual forma se consolidó la profesionalización de un área de la medicina denominada nutrición y dietética, responsable de diseñar e implementar tales políticas.

Para seguir este proceso se exponen aquellos eventos de cooperación internacional que condujeron a la formulación de tales políticas, se observa cómo fueron ejecutadas a nivel local y qué otras iniciativas afines les acompañaron. Por otra parte, se observa cómo este interés se materializó en la profesionalización de la nutrición como especialidad médica, y de qué manera esta área del saber se convirtió en soporte de las políticas formuladas, desplazando su fundamento de una óptica asistencialista a una perspectiva salubrista. Mediante la reconstrucción de la génesis de las políticas nacionales y locales, se pretende rastrear la noción de hambre que les subyacía y las prácticas que produjeron. Analizar los trasfondos sociales y de representaciones que acompañaron la definición de la desnutrición como asunto médico, partiendo de que las instituciones públicas y privadas contribuyen decisivamente en la construcción de estos imaginarios, en donde prima la mirada de la escasez desde la abundancia.

El contexto histórico en el que se enmarca el tema de estudio se remonta al periodo de los años cuarenta, en que la Sociedad de Naciones venía liderando la toma de responsabilidad de los Estados respecto a las grandes crisis alimentarias a nivel mundial; pero es hasta los años sesenta, a partir de la Campaña Mundial contra el Hambre convocada por la FAO en 1958, que se establecería un compromiso más decidido de los Estados con las problemáticas nutricionales derivadas de las crisis alimentarias. Las mayores hambrunas de la era contemporánea ocurrieron en los años sesenta y setenta en África Occidental, en los países del Sahel, y Bangladesh. Desde entonces los países ricos divulgaron explicaciones que relacionaban las crisis con el crecimiento poblacional y la ineficacia del mercado para producir y distribuir los alimentos necesarios. Se atribuyó el hambre al crecimiento demográfico de los países pobres, considerándolo excesivo en relación con sus posibilidades de abastecimiento alimentario; de esta forma se justificó la implementación de técnicas que incrementaran la productividad de los cultivos, principalmente de cereales. Con las técnicas y tecnologías agropecuarias aplicadas en lo que se conoció como la Revolución Verde, se aspiraba a superar factores naturales considerados limitantes, tales como los ciclos climáticos, las plagas y la calidad de los suelos.

Esta estrategia, promovida por la FAO, fue ideada en la Conferencia de Naciones Unidas sobre Agricultura y Alimentación celebrada en Hot Springs (Virginia) en mayo de 1943, con el fin de movilizar estrategias que librarán al mundo del hambre. Imponía como principios básicos entre los países miembros, la colaboración internacional y el desarrollo equilibrado de la agricultura y la industria; condiciones necesarias para la expansión del modelo económico desarrollista. En nombre del progreso social y la elevación del nivel de vida de las poblaciones urbanas y rurales, ofrecía ayudas alimentarias que exigían una compleja maquinaria administrativa para su uso eficiente por parte de los países necesitados. Por otra parte, en nombre de la cooperación internacional, la propuesta incluía atender la acumulación de excedentes de producción agropecuaria de los países ricos e industrializados sin salida comercial, para lo cual se crearía una reserva mundial de alimentos que nunca se materializó; no obstante, promovió la creación de reservas nacionales, asesorando a los gobiernos en técnicas de almacenamiento, comercialización, distribución y consumo y además fomentó programas de venta y donación de excedentes agrícolas para los países necesitados, asunto que será ampliado más adelante. Pasada la crisis de hambre, la preocupación pasó a centrarse sobre los casos en que, independientemente de la disponibilidad de alimentos, el nivel de consumo alimenticio de la población seguía siendo inferior al básico requerido. Fue al constatar este hecho cuando se comenzaron a atender las repercusiones del hambre en la salud, sistematizando las observaciones de los médicos en diferentes partes del mundo.

En los años setenta, luego de más de una década de implementar políticas de desarrollo sin efectos positivos en la disminución de la pobreza, las interpretaciones oficiales comenzaron a matizarse. El hambre y la desnutrición empezaron a presentarse como un problema que trascendía el ámbito de la salud, y a considerarse obstáculos para el desarrollo causantes de una pobreza crónica. Esta mirada se reflejó en la primera Conferencia Internacional sobre Nutrición, Desarrollo Nacional y Planificación celebrada en 1971 en el Instituto Tecnológico de Massachusetts, donde se pretendió que la atención sobre el problema trascendiera del ámbito científico hacia el político. Se cuestionó la aspiración de que con el crecimiento económico mejoraría automáticamente el estado nutricional de la población y que con el incremento de la producción agrícola se

beneficiarían quienes tenían mayores necesidades nutricionales. También la relación entre hambre y población se examinó desde una óptica más compleja, considerando que la reducción de la mortalidad infantil por desnutrición, podría constituir un aporte a la reducción de la natalidad a largo plazo. Se vio entonces la necesidad de aplicar métodos más directos para mejorar la dieta de los grupos nutricionalmente vulnerables, y la necesidad de combinar el análisis nutricional con el análisis socioeconómico sistemático localizado, para orientar la planificación nutricional a nivel estatal, dando lugar a “políticas alimentarias” propiamente dichas.

Mientras lo anterior constituyó el discurso de las Naciones Unidas respecto a las causas del hambre y las políticas alimentarias que promovieron en los años sesenta y setenta debe señalarse que, al mismo tiempo, surgieron posturas disidentes que denunciaron el hambre como un fenómeno económico y político evitable. Dichos discursos alternativos mostraban que los altos índices de natalidad en los países subdesarrollados y la insuficiente producción de alimentos eran mitos creados por los países ricos para evadir su responsabilidad y la de los gobiernos locales y sacar provecho económico de ello, subrayando que el problema del hambre no era efecto de la insuficiencia de alimentos sino de su mala distribución y la incapacidad de amplios sectores de la población para acceder a ellos.

Esta perspectiva resaltaba que, mediante la propuesta engañosa del desarrollo, los países occidentales industrializados habían expandido un modelo de dependencia económica de los países del Tercer Mundo para enriquecerse a sí mismos. Dicho patrón de injusticia y explotación se encontraba arraigado en la estructura económica mundial y se reproducía en las estructuras locales. Denunciaban que mediante el Sistema de Naciones Unidas se canalizaban recursos del Banco Mundial hacia proyectos de desarrollo en los países del Tercer Mundo, con los cuales los países desarrollados controlaban y usufructuaban el trabajo de aquellas regiones. Bajo sus parámetros, la agricultura que se había promovido, había estado orientada a mejorar la productividad de los pobres para la industria alimentaria en lugar de orientarse a remediar el hambre. Denunciaban que con la expansión de la Revolución Verde se había acentuado la inequidad en la distribución de la

tierra en los países del Tercer Mundo y reducido el control local de la producción alimentaria nacional. También demostraban que las tragedias naturales, en sí mismas, no eran las causantes de episodios de hambre, y que cuando generaban perjuicios graves para el consumo alimentario ponían en evidencia las fallas en la planeación y la deficiente inversión en los cultivos. Este análisis mostraba que el crecimiento poblacional constituía una respuesta a las injusticias económicas que generaban el hambre y que el camino hacia el control de la natalidad en los países subdesarrollados estaba en la reforma agraria y la redistribución del ingreso.

La ayuda al desarrollo y la ayuda alimentaria promovidos por las Naciones Unidas desde los años cincuenta y sesenta fueron considerados ejemplo de cómo los países desarrollados se aprovechaban del hambre y la pobreza de los países del Tercer Mundo para reforzar las desigualdades en las posiciones de dominio económico y político. Esto ocurría reforzando las distancias entre la población pobre y las élites locales. En este orden de ideas, la ayuda alimentaria que los países desarrollados suministraban para paliar el hambre en los países del Tercer Mundo constituía un instrumento económico al servicio de un objetivo político, disfrazado de gesto humanitario.

Desde este ángulo, quienes consideraban que el crecimiento acelerado y poco controlado de la población tenía repercusiones en el hambre y la pobreza rural, ponían el foco en la desigualdad económica y social de los países subdesarrollados. Entre los instrumentos con los que el orden económico y político mantenía la pobreza estructural de las poblaciones rurales identificaban las pautas de propiedad de la tierra y de acceso al crédito y la tecnología. Eran esas “distorsiones” en el acceso a los recursos productivos y los ingresos, los verdaderos limitantes de la producción de alimentos que causaban la desnutrición; así, la pobreza estructural de la población campesina era vista como la verdadera causa de la producción insuficiente de alimentos. Estas perspectivas alternativas revelaron que las políticas gubernamentales habían favorecido el crecimiento de la industria alimentaria urbana, mas no de la producción agrícola en una lógica en la que el bienestar de las poblaciones rurales se sacrificaba para promover las manufacturas urbanas.

A nivel regional, a finales de los años cincuenta y comienzos de los sesenta cobraron importancia las tesis de la CEPAL, que estimulaban los procesos de industrialización como motor del desarrollo económico. Con el apoyo de la Alianza para el Progreso del gobierno de los EEUU, se financiaron las reformas destinadas a modernizar las estructuras económicas del continente. En este marco, el rol de la agricultura se limitaba al de abastecedor de alimentos básicos y materias primas, y al de generador de excedentes de mano de obra para ser empleados en la industria urbana. A su vez, el sector debía aportar buena parte de las divisas necesarias para importar el capital y la tecnología que demandaba la industrialización. Para cumplir este papel, se hacía necesario modernizar la actividad agropecuaria con miras a los mercados internacionales, con las consecuencias sociales negativas que ello implicaba en términos de impacto sobre las comunidades rurales y campesinas y el deterioro de sus condiciones alimentarias.

En Colombia, el análisis sobre dicho proceso de modernización agraria y sus repercusiones en el sistema alimentario no arroja un balance alentador. Tras algunos intentos fracasados de implementar una reforma agraria modernizadora entre 1960 y 1972 que preparó el terreno para un proceso desarrollista entre 1974 y 1982, el resultado fue la consolidación de tres tipos de producción agrícola con diferentes roles y oportunidades en la producción alimentaria: un sector moderno capitalista distribuido en los valles interandinos, ocupando las tierras de mejor calidad; un sector tradicional con tendencia a la especialización productiva, presente en la macro región andina; y un tercero de ganadería extensiva situado en la llanura del Caribe y llanos orientales. El Estado en su estructura institucional se adaptó para poner en marcha un modelo económico desarrollista, discriminante en la medida en que sacrificaba el bienestar de los campesinos para producir alimentos baratos que hicieran sostenible todo el sistema económico. De esta manera la economía campesina se vio perjudicada para favorecer a los gremios especializados, presionando el éxodo rural.

Tal modelo de modernización agrícola no ha tenido repercusiones positivas en el sistema alimentario colombiano, pues prioriza la producción para el mercado internacional y descuida la destinada al mercado interno, propiciando un abastecimiento insuficiente de

alimentos básicos. Además, pretende llenar los vacíos en la producción nacional con productos importados, llegando a depender inclusive de insumos agrícolas importados para la producción. Desconoce las desigualdades en la distribución del ingreso y por consiguiente en el acceso a los alimentos; refuerza la distribución inequitativa de la tierra y de otros recursos productivos como la tecnología, los medios de transporte y acopio y la inversión de capital.

Todo ello se ha reflejado, en última instancia, en los índices nutricionales que examinaremos más adelante, los cuales muestran *“la incapacidad del sistema para garantizar a toda la comunidad (...) el acceso regular a los alimentos necesarios para dar pleno desarrollo a las potencialidades biológicas de todos los individuos de la sociedad, cualquiera sea su status socioeconómico y cualquiera su localización geográfica”*<sup>1</sup>. En esta medida se observa que las políticas agrarias han operado disociadas de las políticas nutricionales; por consiguiente, hasta la formulación del Plan de Atención Nutricional PAN y Desarrollo Rural Integrado DRI que operó entre 1974 y 1980, no se puede decir que se implementaron verdaderas políticas alimentarias globales.

Por otra parte, entre 1954 y 1975 aproximadamente, el país se articuló a programas de ayuda alimentaria externa cuyo principal objeto fue la entrega de suplementos alimentarios a los sectores más desprotegidos de la población para mitigar la Deficiencia Protéica Energética. Desde 1960 se implementó la ayuda alimentaria externa en la Ciudad de Medellín y se articularon las iniciativas locales a las políticas nacionales para la canalización de la ayuda internacional. En 1961 se gestaron los primeros intentos de política nacional encaminada a atender la problemática del hambre desde un tratamiento integrado, con la formulación de los Programas Integrados de Nutrición Aplicada PINA. Se trató de un programa del Gobierno Nacional en coordinación con los gobiernos departamentales para planificar programas de alimentación y nutrición dirigidos a los sectores más desprotegidos de la sociedad. El programa, que contemplaba la atención del hambre desde la perspectiva de la salud, la educación y la producción con ayuda de

---

<sup>1</sup> Machado 2003, citando a Schejtman A. *“Análisis integral del problema alimentario y nutricional en América Latina”*, En: Estudios rurales latinoamericanos, Bogotá, vol. 6, No 2 -3, Mayo Diciembre de 1983, p. 143.

organismos internacionales, comenzó a implementarse en Antioquia en 1970. Pero en 1975, en el contexto de una crisis económica mundial, las agencias internacionales decidieron disminuir la ayuda alimentaria y el gobierno colombiano debió plegarse a esta decisión. Sin embargo, la renuncia a la ayuda alimentaria externa también constituyó un replanteamiento dentro de las políticas, que se produjo al constatar el perjuicio que dicha asistencia alimentaria ocasionaba sobre el sistema económico nacional. Por esto podemos considerar que en el lapso de 1960 a 1982 hubo dos momentos diferenciados en materia de políticas alimentarias. El segundo se inicia cuando existe la voluntad de articular las políticas nutricionales a las políticas económicas, y puede identificarse con la formulación del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición PAN y el Programa de Desarrollo Rural Integrado en 1975, los cuales dejaron de operar conjuntamente en 1982. La formulación del PAN y el DRI obedeció a una preocupación internacional enmarcada en una nueva crisis de abastecimiento de alimentos, a raíz de la cual se pretendió que todas las naciones contribuyeran con la seguridad alimentaria mundial.

Por su parte, en Colombia el PIB se multiplicó por siete en las décadas posteriores a la mitad del siglo XX, presentando una tasa de crecimiento anual del 150%, la más alta de la historia. Aunque formaba parte de un movimiento de crecimiento económico mundial, el crecimiento de Colombia y América Latina fue muy inferior al de los países industrializados, haciendo más pronunciada la brecha entre países pobres y ricos<sup>2</sup>. Durante esos mismos años – las décadas de los cincuenta y los sesenta – también se produjo en el país transición demográfica caracterizada por un crecimiento demográfico sin precedentes asociado a la reducción dramática de las tasas de mortalidad, acompañado de la inversión de la relación entre la población rural y urbana, que convirtió al país en mayoritariamente urbano, como se muestra en los cuadros a continuación:

---

<sup>2</sup> Ocampo, 2006.

Cuadro N°1

<b>Población de Colombia, Antioquia y Medellín 1951 - 1985</b>											
	1951	1954	1955	1960	1964	1965	1970	1973	1975	1980	1985
<b>Colombia</b>	11.548.172	13.000.000		16.005.000	18.002.000	18.556.000	21.033.000	22.898.000	23.961.000	26.875.000	29.994.000
<b>Antioquia</b>		1.760.000			2.477.299			3.176.695			4.067.664 <sup>3</sup>
<b>Medellín</b>	359.189		457.530		613.980	772.887		1.077.252	1.210.840	1.472.436	2.290.000 <sup>4</sup>

Mientras en 1938 las ciudades principales concentraban el 8% de la población, en 1985 concentraban el 27%:

Cuadro N°2

<b>Población urbana / rural en Colombia y Antioquia 1951 - 1985</b>									
AÑO	POBLACION			%	% Antioquia	TASA DE CRECIMIENTO %			C/R
	TOTAL	URBANA	RURAL			TOTAL	URBANA	RURAL	
1951	11.548.172	4.468.437	7.079.735	38,69	40,9	2,24	4,04	1,29	3,13
1964	17.484.508	9.093.094	8.391.414	52,01	53,4	3,18	5,51	1,29	4,27
1973	22.915.229	13.548.183	9.367.046	59,12	62,1	2,95	4,38	1,19	3,68
1985	30.062.198	19.628.428	10.433.770	65,29	66,1	2,31	3,16	0,91	3,48

Fuente: MURAD RIVERA ROCIO, 2003.

Antioquia y Medellín también presentaron altas tasas de crecimiento demográfico; entre 1940 y 1960 Antioquia pasó a ser una región predominantemente urbana, debido a la migración masiva de población rural hacia los núcleos urbanos más importantes: Medellín y sus municipios aledaños. En 1964, 1.371.181 de antioqueños vivían en núcleos urbanos, mientras la población rural se estancaba en 1.106.118 habitantes. Así, desde mediados de siglo XX, Medellín presentó dificultades para absorber el crecimiento acelerado de su población compuesta sobre todo por migrantes campesinos, de tal forma que escasearon el empleo, la vivienda y los servicios básicos. La población migrante, poseedora de una cultura rural y campesina tradicional, vio como esta se iba diluyendo debido a la heterogeneidad de los sectores urbanos y a la necesidad de adaptarse al contexto urbano. Estos migrantes, expulsados del campo y de las cabeceras municipales por la violencia y las dificultades para sobrevivir como productores agrícolas, se instalaron en zonas periféricas de la ciudad, donde sufrían riesgos y necesidades; ellos serán las poblaciones receptoras de los servicios de beneficencia, salud y educación públicos.

<sup>3</sup> MURAD RIVERA ROCIO, *Población y desarrollo. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia*, CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile, Noviembre de 2003.

<sup>4</sup> Anuarios estadísticos

El proceso de urbanización tuvo repercusiones significativas en el sistema alimentario, pues, como denuncia el experto Absalón Machado, todo el peso de la demanda alimentaria de las ciudades recayó sobre un sector rural reducido, debilitado y en condiciones de incipiente e inequitativa modernización.

La transición de una economía rural agraria a una economía urbana semi industrial se produjo con la intervención activa del Estado, e implicó procesos de modernización agraria – dirigidos fundamentalmente a promover la diversificación de las exportaciones -, expansión del Estado y de transformación de los actores sociales<sup>5</sup>. El crecimiento de actividades económicas como la industria y los servicios terminó por transformar completamente la estructura del ocupacional, como se ve en la siguiente tabla:

Cuadro N°3

<b>Cambios en la estructura ocupacional en Colombia</b>					
<b>1938 – 1978</b>					
	<b>1938</b>	<b>1951</b>	<b>1964</b>	<b>1978</b>	<b>1984</b>
<b>A. Por sector económico</b>					
<b>Primario</b>	61.6%	55.5%	48.9%	35.2%	33.8%
<b>Secundario</b>	17.1	15.8	17.1	22.4	21.4
<b>Terciario</b>	21.4	28.7	34.1	42.5	44.8
<b>B. Asalariados* como proporción de la fuerza de trabajo</b>					
<b>Sector agropecuario</b>	46.4%	41.9%	42.1%	44.4%	s. d.
<b>Otros Sectores</b>	58.3	64.9	70.9	67.3	s. d.
<b>Total</b>	51.4	52.5	57.3	59.5	61.8**
* Obreros , empleados y servicio doméstico					
** 1985, según Censo de población					

Tomado de: Ocampo José Antonio, *et ál*, “La industrialización y el intervencionismo estatal (1945-1980)”, Capítulo VII, En Ocampo, J. A. (compilador), *Historia económica de Colombia*, Planeta - Fedesarrollo, Bogotá, 2006, p. 276.

En la tabla podemos observar la reducción de la participación del sector agrario en la economía, a favor del crecimiento la industria manufacturera en primer lugar, y de los servicios en segundo lugar. Aunque la proporción de fuerza de trabajo asalariada del sector agropecuario no varía significativamente en el lapso 1930-1984, el crecimiento de los otros sectores sí se refleja en la estructura de la fuerza laboral. Por su parte, los índices de empleo muestran datos críticos de crecimiento del desempleo urbano en los períodos de 1958 – 1968 y de 1978 – 1984 como se verá a continuación. La tabla siguiente refleja nuevamente

<sup>5</sup> Ocampo, 2006.

el estancamiento del empleo en el sector rural, respecto del empleo urbano en todo el lapso de 1958 a 1984, lo cual explica el éxodo rural. Simultáneamente las tasas de crecimiento del desempleo urbano fueron alarmantes, salvo durante el período de los años setenta en que, según los siguientes indicadores, se redujo notablemente.

Cuadro N°4

<b>Tendencias del empleo en Colombia 1958 - 1984 (Tasas de incremento anual)</b>				
<b>Sector</b>	<b>1958-68</b>	<b>1968-78</b>	<b>1978-84</b>	<b>1958-84</b>
<b>Total empleo economía</b>	2.47	3.17	2.72	3.0
<b>A. Empleo urbano</b>	3.99	4.89	3.71	4.66
<b>A.1 Sector asalariado</b>	3.84	4.82	2.69	4.51
<b>a) Privado</b>	3.59	4.32	2.32	4.15
<b>- Industria fabril (10+)</b>	2.40	5.17	-0.83	3.32
<b>- Construcción</b>	1.92	0.80	4.48	2.26
<b>- Resto</b>	4.28	4.74	2.63	4.70
<b>b) público</b>	5.93	7.69	4.53	6.88
<b>A.2 Sector informal Independiente</b>	4.36	5.08	6.20	5.02
<b>Desempleo urbano</b>	12.82	3.09	10.77	6.14
<b>B. Empleo rural</b>	1.04	0.80	0.86	0.87
<b>Café</b>	-1.62	3.62	-4.42	0.41
<b>Otros cultivos</b>	2.96	3.63	-4.09	1.88
<b>Resto empleo rural (agricultura campesina tradicional)</b>	0.85	-1.31	4.41	0.49

Tomado de: Álvaro Reyes Posada, *Tendencias del empleo y la distribución del ingreso*, en: J.A. Ocampo y M. Ramírez (eds.), *El problema laboral colombiano*, Informes de la Misión Chenery, CGR-DNPSENA, Bogotá, 1987.

El economista J.A. Ocampo registró desde los años cincuenta un cambio positivo en los indicadores sociales tales como educación, salud y vivienda. Sin embargo, al mismo tiempo, la distribución del ingreso desmejoró en esta década y durante los años sesenta:

Cuadro N°5

<b>Indicadores de las condiciones de vida de la población colombiana 1951 - 1985</b>				
	<b>1951</b>	<b>1964*</b>	<b>1973**</b>	<b>1985***</b>
<b>Educación (población con 15 años o más)</b>				
<b>Ninguna</b>	41.9%	27.1%	20.8%	12.4%
<b>Primaria</b>	48.6	58.6	54.5	48.8
<b>Secundaria</b>	8.8	13.2	21.9	32.7
<b>Universitaria</b>	0.7	1.1	2.6	6.1
<b>Tasas de analfabetismo (% de población con 10 años o más)</b>				
<b>Urbana</b>	21.3%	14.4%	9.9%	7.2%
<b>Rural</b>	50.5	40.6	31.3	23.4
<b>Total</b>	38.5	26.6	17.7	12.2
<b>Expectativa de vida al nacer (años)</b>				
<b>Urbana</b>	s.d.	59.4%	60.9%	63.8%
<b>Rural</b>	s.d.	56.0	56.5	58.3
<b>Total</b>	48.7	58.6	59.8	62.1
<b>Acceso con piso de tierra</b>				
<b>Cabecera</b>	66.9	65.8	86.9	89.8
<b>Resto</b>	66.7	57.1	51.1	40.8
<b>Total</b>	52.7	38.6	33.7	17.1
<b>Acceso a acueducto</b>				
<b>Cabecera</b>	66.9	65.8	86.9	89.8
<b>Resto</b>	7.4	13.3	27.6	28.0
<b>Total</b>	28.8	38.7	62.7	69.7
<b>Acceso a energía</b>				
<b>Cabecera</b>	64.3	65.4	87.0	95.0
<b>Resto</b>	4.2	5.6	15.0	40.8
<b>Total</b>	25.8	34.5	57.6	78.2
* 1966 para expectativa de vida ** 1971 para expectativa de vida *** 1981 para expectativa de vida				

Fuente: José Antonio Ocampo, "Entre las reformas y el conflicto", Bogotá, Grupo Editorial Norma, 2004, Cuadros 1.5 y 1.6 en Ocampo José Antonio, *et ál*, "La industrialización y el intervencionismo estatal (1945-1980)", Capítulo VII, En Ocampo, J. A. (compilador), *Historia económica de Colombia*, Planeta - Fedesarrollo, Bogotá, 2006, p. 336.

Cuadro N°6

<b>Desigualdad del ingreso en Colombia Coeficiente de Gini 1938 – 1988</b>					
<b>1938</b>	<b>1951</b>	<b>1964</b>	<b>1971</b>	<b>1978</b>	<b>1988</b>
0.4537	0.5251	0.5550	0.5268	0.4814	0.4765

Entre más alto sea el indicador, mayor es la concentración del ingreso

Tomado de: Londoño, Juan Luis, *Distribución del ingreso y desarrollo económico, Colombia en el siglo XX*, Tercer Mundo Editores, Bogotá, 1995, p. 4

América Latina, que se había mantenido relativamente al margen de conflictos globales del siglo XX hasta la Revolución Cubana, se vio vinculada a ellos en el marco de la guerra fría, con ese evento que alertó a las élites políticas y económicas nacionales e internacionales sobre la posibilidad de la expansión del socialismo revolucionario en la

región. Como estrategia preventiva la administración del presidente Jhon F. Kennedy ofreció a los gobiernos latinoamericanos un paquete económico reformista, enmarcado en un modelo liberal intervencionista y estatista similar al portorricense, que se proyectó a través de la Alianza para el Progreso (1961-1970). Este programa, financiado con recursos estadounidenses y del recién creado Banco Interamericano de Desarrollo, pretendía fortalecer las democracias liberales y evitar a toda costa el ascenso al poder de grupos revolucionarios de izquierdas. La Alianza para el Progreso fue acogida por quienes consideraban que el Estado de Bienestar era fundamental para proporcionar estabilidad política y social, a través del ofrecimiento de apoyo a los sectores más desfavorecidos.

De hecho, entre la Segunda Guerra Mundial y los primeros años setenta, el crecimiento económico y la urbanización de toda la región habían llevado a que los Estados latinoamericanos incrementaran sus iniciativas de política social, tomando como referentes algunos aspectos aislados de las políticas sociales de bienestar de los países industrializados. Las posturas liberalizadoras a ultranza y no intervencionistas se vieron superadas por aquellas que promovían la adopción de medidas de protección social, si no generalizadas, al menos focalizadas en los sectores más vulnerables. También organismos internacionales como la CEPAL y la OIT subrayaban la importancia de la política social en la expansión del capital humano y asesoraron la creación de entidades financiadas con contribuciones del Estado, que brindaran seguridad social y pensiones a los asalariados que pudieran pagar cotizaciones constantes. En general, las condiciones eran más propicias que antes para una política social intervencionista y para la asimilación de un programa como la Alianza para el Progreso, que promovía el financiamiento de proyectos sociales que cumplieran estrictos requisitos técnicos, entre los cuales se encontraba el fomento de una buena nutrición entre la población pobre.

El paquete económico y social de la Alianza para el Progreso también incluía la reforma agraria, que se implementó en toda la región. No obstante, la redistribución de la tierra en Colombia fue bastante ineficaz, pues primaron los intereses de la agricultura capitalista y el latifundio, protegidos por la clase política. La situación del campesinado empeoró, generando una base social para la movilización insurgente. Así pues, en general,

los alcances de la Alianza para el Progreso fueron limitados, pero tuvo prolongada incidencia en las instituciones y actividades que se propiciaron en su marco.

La polarización política y el agotamiento del modelo de industrialización por sustitución de importaciones condujeron al replanteamiento de las políticas sociales y a debatir sobre el deterioro de la redistribución del ingreso y la pobreza. Con el objeto de diseñar políticas contra la pobreza se planteó el problema de cómo definirla y medirla. Para ello se adoptó el criterio de calcular el costo de los elementos de consumo básicos para tener un nivel mínimo de nutrición y definir la pobreza como todo nivel de ingresos inferior a dicho valor. Con este criterio la CEPAL estimó que, en 1970, el 40% de los hogares latinoamericanos eran pobres. Sin embargo las características de la pobreza y la distribución del ingreso presentaban variaciones, destacándose el hecho de que en las zonas rurales fuera considerablemente mayor. Tal fenómeno era considerado por algunos especialistas el reflejo de la estructura concentrada de la propiedad de la tierra y el impacto de la modernización tecnológica; la cual era también la causa de las grandes migraciones del campo a las urbes, en las que se concentraba a su vez la mayor parte de la política social.

En Colombia, aunque desde los años cincuenta mejoraron los indicadores de vivienda, educación y salud, se presentaban contrastes notables entre zonas urbanas y rurales. Los indicadores de distribución del ingreso, por su parte, se deterioraron entre los años treinta y sesenta; en los setentas mejoraron y en los ochentas se estancaron, lo cual se reflejó en los indicadores de pobreza, que solamente disminuyeron un poco en la década de los setenta, sobre todo a partir de la segunda mitad. Los índices de NBI mejoraron levemente en los ochenta pero de manera cada vez más lenta. Se le atribuye el mejoramiento de la distribución del ingreso en los años setenta al agotamiento de los excedentes de mano de obra rural, al crecimiento dinámico de la economía, con buen desempeño de la agricultura, a la masificación de la educación gracias a la inversión social estatal y a la aceleración de la transición demográfica entre otros factores. Estos datos generales son coherentes con los estudios nutricionales, que presentan un mejoramiento en los índices para los años setenta y un deterioro en los ochenta.

En la década de los ochenta - en algunos países desde antes - la crisis mundial se expresó en América Latina con un significativo estancamiento del PIB e hiperinflación. En los setentas y ochentas los reiterados problemas económicos obligaron a los organismos internacionales a replantear sus políticas en base a nuevas prioridades; el Banco Mundial y el FMI, promovieron paquetes de políticas de ajuste que incluían la liberalización de los sectores productivos y los mercados nacionales y la reducción del tamaño de los estados. Así pues, la recesión y la presión de las organizaciones que regulaban la economía mundial, promovieron en todos los países el recorte del gasto social: “el concepto de seguridad social como sistema de derechos individuales fue reemplazado en parte por una visión de los servicios sociales como socorro administrado desde arriba”. En consecuencia, empeoraron los servicios sociales de salud y nutrición, así como las inversiones en infraestructuras de educación, salud o vivienda, y el acceso a estos bienes y servicios se hizo más restringido para la población, como resultado del desplome de los salarios reales y el aumento del desempleo. Colombia no fue la excepción a esta tendencia; por el contrario, fue el Estado latinoamericano con el gasto social más reducido en relación a su población. La desaceleración del crecimiento en la década de 1980 afectó directamente la evolución de los indicadores sociales y, sin embargo, la recuperación económica que se produjo a partir de 1986, no tuvo los efectos favorables esperados sobre los indicadores sociales o el gasto público correspondiente.

Tomando en cuenta que ya existen investigaciones en Colombia que han tomado por objeto analizar la relación entre la evolución de los contextos políticos y económicos internacionales y el desarrollo económico, así como el desempeño de diferentes sectores productivos y la evolución de diversos indicadores sociales, el objeto de la presente investigación es estudiar en particular la formación y la implementación de las políticas alimentarias y nutricionales en la ciudad de Medellín en el contexto nacional del desenvolvimiento de las políticas sociales. De manera más específica, se pretende averiguar cómo se produjeron, se apropiaron y circularon entre los diferentes sectores involucrados en las políticas alimentarias y nutricionales representaciones específicas acerca del fenómeno de la alimentación, el hambre y la desnutrición y en qué medida, dichas representaciones estaban relacionadas con las maneras de organizar y percibir la

segmentación y segregación social en la ciudad. Desde esta óptica, el alimento funciona como generador de distinción, de separación y de discriminación. Para ello, se toman como referentes estudios que han abordado las transformaciones históricas tanto de las prácticas alimentarias como de las políticas sociales, en especial las políticas alimentarias y nutricionales.

En la investigación en torno a las prácticas alimentarias, ha primado el propósito de establecer tipologías de las tradiciones, que por lo general no han tomado en cuenta la evolución de los comportamientos en los contextos urbanos. Ello ha obedecido a una tendencia a subrayar los rasgos permanentes y homogéneos, válidos usualmente para un grupo social determinado, pero que han limitado la comprensión de los fenómenos urbanos contemporáneos. A continuación resumiremos aquellos trabajos que, dentro de este tema, más se han aproximado a la relación entre alimentación y categorías sociales de diferenciación.

Massimo Montanari nos enseña a través de un recorrido que hace desde el siglo III hasta la actualidad, en Europa, los diferentes picos de abundancia y escasez de alimentos que se han presentado en la historia con cierta periodicidad, pero con características diversas en términos de los factores que las generan y las estrategias que se implementan para enfrentarlas. Muestra que la solución a la necesidad del alimento va más allá de las consideraciones económicas, ya que pone en juego referentes identitarios, culturales, religiosos, ideológicos, morales y éticos; que a su vez son afectados por limitantes técnicos, económicos y ambientales. La misma explotación del entorno se ve afectada por este tipo de valoraciones.

Ocupándose del período colonial en América, Gregorio Saldarriaga desarrolla trabajos en los que pone en evidencia la relación entre prácticas alimentarias y el ejercicio de poder colonial. Expone las estrategias de adaptación práctica y simbólica a las que recurrieron los colonizadores para legitimar las jerarquías sociales, en medio de la dificultad geográfica para satisfacer el gusto alimentario que les proveía de su identidad grupal como españoles y cristianos.

Por su parte, Claude Fishler, propone, en el contexto del desarrollo industrial, el concepto de modernidad alimentaria para definir un momento único en la historia de la humanidad en que el desarrollo técnico ha reducido el margen de incertidumbre en la disponibilidad de alimentos, dando lugar a la sociedad de la abundancia. En este contexto técnico, económico y social, se acentúa la paradoja del omnívoro, es decir la relación problemática con la selección de alimentos, dado que el exceso y la calidad de los alimentos se convierten en amenazas que buscan ser resueltas a través de restricciones muy características de este tipo de sociedad.

Para abordar la interpretación de los hábitos y los discursos que tienen que ver con la alimentación, en términos de la manera en que intervienen en nuestra constitución como sujetos sociales; contamos con diferentes perspectivas conceptuales que se han desarrollado en las ciencias humanas, para comprender las problemáticas de la cultura, y en particular de la cultura de masas. Se puede considerar que estas perspectivas, en general, partieron del objetivo de trascender el enfoque materialista, para profundizar en los mecanismos por los cuales las condiciones materiales de existencia, se traducían en clasificaciones sociales. Las propuestas teóricas y metodológicas consideradas, tienen entonces en común el propósito de interpretar las lógicas que atraviesan la cultura material de las sociedades contemporáneas, por encima de las consideraciones prácticas o de uso.

Roger Chartier, desde una perspectiva hermenéutica, hace una propuesta de historia cultural, que interpreta las diferenciaciones sociales bajo el condicionamiento de la producción y el consumo cultural. Para este autor, la cultura atañe a aquellos elementos de valoración estética e intelectual, y a aquellas prácticas cotidianas que expresan los modos de vida y la percepción que los grupos sociales tienen de sí mismos y de otros. Desde esta óptica, la historia cultural pretende develar el entramado de relaciones y tensiones que otorgan significado a las personas, a los grupos y a las prácticas cotidianas, en razón de sus condiciones de posibilidad. Para comprender las percepciones, juicios, criterios y principios de las fracturas del mundo social se sirve del concepto de representación colectiva. Esta herramienta conceptual permite entender la manera como las sociedades se perciben a sí

mismas, aprehendiendo los marcos de significación en que se recrean e inscriben las personas y los grupos. Alrededor de las representaciones también se forjan luchas de posicionamiento social, es decir disputas por las posibilidades de gobierno señalándole acciones, restricciones y representaciones, lo que nos recuerda su dimensión política. El concepto de representación social articula tres modalidades de relación con el mundo social: a. la delimitación y clasificación de la realidad efectuada por los diferentes grupos sociales; b. las prácticas de identificación social que significan la posición a la cual se pertenece; c. las formas institucionalizadas de significación de las diferencias sociales. Con base en estas herramientas, puede uno plantearse la pregunta por el papel que tiene la alimentación en la cimentación de esquemas clasificadores de ordenamiento del mundo social en los que se inscribe la mente individual; su papel en la configuración de categorías de exclusión inclusión, división y jerarquización, de las personas, los objetos y las prácticas.

Por otra parte, la presente investigación está fuertemente inspirada en el trabajo de Arturo Escobar cuando subraya cómo el hambre ha sido utilizada por el discurso del desarrollo como símbolo social y político para legitimarse, apoyándose en una “estética del hambre” que corrobora a los “saciados” en su forma de vida, que destaca como deseable y universalizable. Escobar nos muestra cómo la manera en que el problema del hambre se divulga en los medios de comunicación, sugiere como solución lógica el suministro de alimentos por parte del Estado y la comunidad internacional, configurando en esta forma una posición política, económica, estética y ética, que pasa desapercibida pero que se transmite y reproduce en la práctica política. Como lo señala Escobar esta diferencia económica se sostiene en un conjunto de representaciones del primer mundo sobre el tercer mundo que asocian hambre a exceso de población o hambre y desorden social, legitimando la subordinación.

Otro referente inspirador para el análisis de políticas a nivel nacional ha sido Ingrid Bolívar y Alberto Flórez en su artículo “Cultura y poder: *El consumo de carne bovina en Colombia*”, con el cual ilustra la preocupación del Estado por la alimentación y el cuidado físico de la población obrera y estudiantil, durante la primera parte del siglo XX. Encuentra

un lugar destacado para el consumo de carne, donde confluyen tres discursos: la importancia biológica del consumo, la exportación de ganado y las preocupaciones higiénicas. También toma importancia el conocimiento de los productos nacionales y la exaltación de la cultura popular. Lo que los autores pretenden en general es relacionar el consumo de carne con dinámicas tales como la urbanización, proletarización, economía cafetera, en economías campesinas, para concluir con la relevancia de la carne en el posicionamiento del poder y las identidades en Colombia, en tanto que su consumo es impuesto hegemónicamente.

Zandra Pedraza se apoya en el concepto de medicalización para describir el rumbo que tomaron las políticas públicas, entre 1940 y 1985 como eje de la organización estatal de gestión de la salud. Se sirve del concepto de discurso para abordar una de las vías por medio de las cuales operan tales políticas. Por otra parte, expone su visión de la expansión de la modernidad en el país, caracterizada por una valoración especial del cuerpo donde tiene un lugar importante la promoción de los principios de higiene y salud. Contiene un apartado dedicado al lugar de la nutrición, dentro de los propósitos “higienistas” con todas las justificaciones que la rondaban. Considera que en los años veinte el concepto de higiene es sustituido por el de salud y señala las justificaciones que acompañan este discurso.

Otro autor muy importante en el campo del análisis de las políticas alimentarias como tal, fue Absalón Machado de quien retomé la reconstrucción de las propuestas centrales de la evolución de las políticas a nivel nacional, así como su permanente crítica de las mismas a favor del énfasis en las políticas agrarias.

Para reconstruir el contexto internacional en el que se desplegó el hambre como tema de interés público recurrí a bibliografía secundaria y a la obra escrita de Josué de Castro a quien seguramente le debemos en buena parte su divulgación en América Latina y en el mundo. Para rastrear el concepto y los lineamientos de las Naciones Unidas sirvieron revistas de la FAO publicadas a partir de la Conferencia Mundial de Alimentación en Roma de 1974 y un texto publicado en 1957.

Para documentar los lineamientos de las políticas nacionales me apoye en fuentes secundarias pero principalmente en documentos producidos por entidades públicas como el ICBF, el Departamento Nacional de Planeación, el Instituto Nacional de Nutrición, el Ministerio de Salud Pública y COLCIENCIAS.

La documentación de las prácticas de gobierno locales la realicé indagando en los archivos de las Secretarías de Salud y Educación del Archivo Histórico de Medellín, donde encontré múltiples referencias a la División de control de alimentos y zoonosis; a la ejecución de programas de complementación alimentaria; la ejecución de los Programas Integrados de Nutrición Aplicada PINA y el Plan de Atención Nutricional PAN, realizados a través del ICBF y de las secretarías mencionadas. También encontré correspondencia de la Dirección Nacional de Planeación para solicitar al Programa Mundial de Alimentos, las Naciones Unidas y la FAO, apoyo para programas de asistencia alimentaria y abundante información sobre el Patronato Escolar. Con este material también logre ilustración de la praxis profesional de los nutricionistas – dietistas que se formaron en la ciudad. Traté de documentar el desempeño de las trabajadoras sociales en esta área mediante las tesis de grado de la Escuela de Servicio Social de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, pero me encontré con que este material por ser tan antiguo está siendo desechado.

Para indagar en el desarrollo de la ciencia de la nutrición en América Latina me valí de literatura reciente producida con el patrocinio de la FAO o por diferentes institutos de nutrición del continente. Para el caso de la escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia conté con algunos artículos publicados en la revista Perspectivas en Nutrición Humana y algunos documentos inéditos de la Facultad, que reposan en la biblioteca de la misma. A pesar de que busqué rastros de los informes de práctica realizados durante el proceso de aprendizaje, para el período de estudio, fue imposible hallarlos con lo que llegué a la conclusión de que o fueron desechados o no fueron almacenados por la escuela. Algunos textos emitidos por la Escuela Nacional de Salud Pública y por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia fueron útiles para aclarar las fronteras en que estas se cruzan. Contemplé la posibilidad de recurrir a la entrevista con las profesoras jubiladas del programa, e inclusive entablé contacto con ellas para este fin, pero

un repentino traslado personal fuera del departamento me ha mantenido alejada de tan interesante fuente. Considero que ante la precariedad del material escrito sobre la historia de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, es urgente una investigación en profundidad que agote las fuentes orales y los posibles archivos personales. No obstante, creo que en medio de mis limitaciones logré acopiar información básica para reconstruir la percepción que dicha escuela transmitía a sus futuros profesionales sobre las problemáticas asociadas a la pobreza, el hambre y la desnutrición.

En un principio traté de identificar aquellas políticas sociales públicas y privadas dirigidas en específico a la población obrera; pero no fue posible hallar información de entidades como el ISS, COMFENALCO o COMFAMA al respecto. Por esta razón opté por abandonar el estudio de servicios de atención nutricional dirigidos a segmentos poblacionales específicos como los obreros, por una parte, y los niños y las mujeres gestantes por otro. No sobra decir que hice una revisión del diario El Colombiano para la década de los sesenta que arrojó información pertinente pero que no alcanzó a ser incorporada a este documento.

El primer capítulo se propone dar una panorámica de lo que ha sido la concepción y la evolución de las políticas nutricionales desde el punto de vista institucional en Colombia. Comienza con una breve reflexión acerca de la relación entre caridad, beneficencia y política social, para luego hacer un recuento de los organismos del Estado responsables de las políticas nutricionales en Colombia y de los primeros proyectos emprendidos. Señalamos los Programas Integrados de Nutrición Aplicada PINA como aquellas primeras iniciativas orientadas a trascender el enfoque médico del problema para integrarlo a un enfoque productivo. Desarrollamos lo que significaba la ayuda alimentaria externa en este momento del planteamiento de las políticas. Posteriormente hacemos un recuento del desarrollo de los restaurantes escolares en Colombia, la cual es una de aquellas estrategias hasta la actualidad que ha disfrutado de reconocimiento y apoyo gubernamental. También las tareas de investigación en el área de la nutrición tienen un recorrido institucional y presentan una evolución en sus focos de interés, que será expuesto en este capítulo. Para

concluir presento lo que se llamó el Plan de Atención Nutricional PAN y el quiebre que significó en la formulación de políticas hasta ese momento en el país.

En el segundo capítulo me propongo exponer cómo repercutieron los procesos del orden de la administración pública nacional reseñados en el capítulo I en la administración municipal de Medellín. A su vez, conocer otras políticas emprendidas en este ámbito local, por fuera de los mandatos nacionales. Para ello comienzo por reseñar el desempeño de la beneficencia y la caridad en Medellín, con relación a la práctica específica de suministrar alimentos entre los más pobres durante la primera parte del siglo XX. Posteriormente entro en materia a explicar los entes de la administración municipal que emprendieron la administración de las políticas nutricionales desde 1940 a 1985. Allí expongo todo lo relativo a la distribución de los suministros de la CARE, el cual constituye el principal programa basado en la ayuda alimentaria externa implementado en Medellín, en los años sesenta. Luego me extiendo sobre la historia del Patronato Escolar, el programa de asistencia alimentaria de más largo aliento en la ciudad, instituido por iniciativa propia del gobierno municipal. Con relación a la implementación de Programas de Nutrición Aplicada PINA en Medellín, se encuentra documentación a partir de 1969; sobre las medidas que se implementaron a su nombre se hace una breve exposición. Para terminar se expone lo respectivo para el Plan de Atención Nutricional PAN.

En el capítulo tres me ocupo del proceso de profesionalización de la problemática del hambre a través de la consolidación de la disciplina de la nutrición y la dietética como campo de saber médico profesional. Veremos la evolución del manejo del problema alimentario desde una perspectiva salubrista que se refleja en el manejo institucional y que desvirtúa la supuesta concepción integral del mismo. Tales esfuerzos se gestan desde la preocupación por la sanidad y la salud pública de organismos intergubernamentales, en acuerdo con las entidades afines en Colombia las cuales se ocupan del adiestramiento de personal idóneo para ejecutar los planes y programas mientras se crean las escuelas de Nutrición y Dietética. De esta manera se concreta en el país la fundación de organismos específicos para la atención del problema de la nutrición en una tendencia que es homogénea en Latinoamérica. En Antioquia es significativa la constitución de la Escuela de

Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia de la cual podremos examinar parcialmente su incidencia en la práctica administrativa local.

En el cuarto capítulo abordo las representaciones sociales del hambre desde tres ámbitos fuertemente interrelacionados: las interpretaciones política de las grandes crisis alimentarias realizadas desde la ciencia que llegaron a ser generadoras de opinión pública y movilizadoras de recursos institucionales en Latinoamérica y el mundo; las interpretaciones de los organismos intergubernamentales de las Naciones Unidas como justificación de su quehacer; y la conceptualización médica que conduce el abordaje del hambre desde la salud atribuyéndole las responsabilidades técnicas que se han expuesto a lo largo de todo el análisis.

El presente trabajo es a mi juicio un abre bocas para examinar más en profundidad las técnicas de la administración pública para acometer las problemáticas sociales y su papel en la producción de interpretaciones sobre las mismas. Constituye un reto para la comprensión y la exposición escrita, dada la complejidad de las escalas de producción simbólica y de toma de decisiones que se interrelacionan en su campo. Más que una explicación lógica de dicha complejidad espero convencer al lector de las mutuas interrelaciones que los elementos abordados guardan entre si, y de la necesidad de profundizar en su funcionamiento local, pero sobre todo en su funcionamiento simbólico.

## CAPÍTULO I

### POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA EL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN EN COLOMBIA

En el estudio de la Misión “Economía y Humanismo” (1958), presidido por el reverendo padre Joseph L. Lebret y considerado uno de los primeros estudios económicos y sociales completos realizado en el país,<sup>6</sup> en el apartado sobre el problema de la desnutrición, atribuía su lamentable ocurrencia al insuficiente consumo de carne, leche, frutas y verduras. A su vez explicaba esta situación por el alto costo de los alimentos básicos y sugería enfocar los esfuerzos económicos a aumentar el poder de compra de las *clases populares*, y disminuir el costo de la producción y las ganancias de los intermediarios. Consideraba que los conocimientos populares en torno a la alimentación adecuada eran, en gran medida, errados, en tanto que *el pueblo* creía que las mejores fuentes de calorías eran los azúcares, las féculas y los almidones; prefiriendo las harinas refinadas a las completas y el azúcar refinado a la panela. Así, dicho estudio exponía que “...cuánto carece el pueblo colombiano de los principios nutritivos esenciales para su equilibrio y para su vigor biológico, pues su alimentación está basada esencialmente en papas, maíz, yuca, plátanos y arroz”.<sup>7</sup> En cuanto a las causas sociales de la desnutrición sugería organizar campañas educativas, controlar los mercados, fundar cooperativas para vender los productos de consumo diario a precios razonables y establecer comedores populares con comidas completas a precios módicos.

El estudio denunciaba la carestía de los productos ricos en proteínas y vitaminas, cuestionaba la estructura de utilización del suelo, porque sólo se le prestaba atención a los cultivos exportables o de transformación industrial como café, caña de azúcar, algodón o bananos. Exhortaba a que se aprovechara la diversidad geográfica con fines nutricionales, y en este sentido proponía la introducción del cultivo de soya, así como el de centeno. En más

---

<sup>6</sup>Presidencia de la República, *Estudio sobre las condiciones del desarrollo de Colombia*, Misión Economía y Humanismo, , Comité Nacional de Planeación dirección ejecutiva, Bogotá, D. E. ,Aedita Editores Ltda., Colombia, Octubre de 1958.

<sup>7</sup>Ibid, p. 74

de un sentido, el estudio de la Misión “Economía y Humanismo” se adelantaba con sus propuestas a las políticas concretas que se implementaron en Colombia a partir de fines de los años cincuenta para abordar el problema del hambre y la desnutrición.

### **1.1. Hambre y beneficencia**

Las primeras formas de ejercicio de la política social desde el siglo XIX fueron la caridad y la beneficencia ejercidas por particulares y asociaciones privadas organizadas bajo la cobertura institucional de la Iglesia Católica. Bajo su amparo eran asistidos los pobres y los marginados, y mediante sus diversos canales institucionales se redistribuían tanto los auxilios oficiales como las donaciones privadas para mitigar la miseria. La red de distribución de recursos se encuentra consolidada en Colombia a comienzos del siglo XX y opera, al mismo tiempo, como mecanismo de diferenciación social basado en una cultura política individualista y de trasfondo confesional, en la cual se considera que los que no tienen propiedad tienen derecho a ser asistidos. Esta lógica asistencialista se hace extensiva posteriormente a las políticas estatales.<sup>8</sup> La Iglesia obtuvo protagonismo en esta labor desde fines de la década de 1880, cuando el gobierno dejó en manos de las comunidades religiosas católicas el manejo de las instituciones que prestaban servicios sociales, como escuelas, hospitales, hospicios y orfanatos, y con ello la administración directa de las políticas sociales.

La política social de la Iglesia Católica, establecida desde la época del Papa León XIII entre 1878 y 1903, quiso servir de apoyo a la población obrera y arbitrar en los conflictos entre trabajadores y patronos, proponiendo un modelo social en el que se garantizara el orden evitando los efectos sociales más perniciosos del modelo económico. Más adelante, desde los años 1930, el proyecto liberal modernizador estimuló la beneficencia y se apoyó en ella para manejar el incremento de la pobreza y las desigualdades sociales que se produjeron al comenzar el siglo. Cuando, desde los años treinta, se gesta una concepción del Estado en la que éste se asume como regulador de la vida económica y social, el concepto de asistencia pública sustituye al de la caridad, y crea

---

<sup>8</sup>Hernández Mario, 2002, p. 234

un ámbito de actuación específico, diferente de la higiene y la sanidad, y cuya promoción se convierte en responsabilidad estatal. Será a partir del Frente Nacional (1960-1974) cuando la política social se posiciona como un elemento prioritario de las políticas públicas, donde la formulación de políticas específicas de asistencia social fuera absorbida en buena parte por el Estado. Aún en este momento cuando se hablaba de miseria se hablaba de hambre, por consiguiente tanto las prácticas caritativas como las políticas sociales se materializaron en gran medida en asistencia alimentaria.

## **1.2. Instituto Nacional de Nutrición**

En 1943 se creó en Bogotá el Laboratorio de Estudios de Nutrición, asociado al Instituto Nacional de Higiene. En 1947, este se convirtió en el Instituto Nacional de Nutrición, que tenía entre sus funciones desarrollar la investigación de enfermedades carenciales de alta incidencia en diversas regiones del país como el bocio, la elaboración de la tabla de composición de los alimentos colombianos, la aplicación de encuestas alimentarias y la educación nutricional. Estos programas se llevaron a cabo en Bogotá y en seccionales del Instituto presentes en los Departamentos de Caldas, Valle, Huila, Cauca, los Santanderes y Tolima, pero no en Antioquia.

En 1953 se llevó a cabo en Cartagena la Tercera Conferencia Latinoamericana de Nutrición – éstas se venían desarrollando desde 1948 convocadas por la FAO y la OMS para discutir sobre las problemáticas nutricionales de la región, recogiendo las directrices dadas en las Conferencias Internacionales de Alimentación convocadas por la Sociedad de Naciones y las Naciones Unidas posteriormente – y como conclusión de la misma se firmó un Acuerdo con el cual se comprometía a los países participantes a perseguir unas metas, las cuales incluían compromisos en torno al diseño y aplicación de metodologías de diagnósticos alimentarios y clínico- nutricionales, promover cambios en los hábitos de

consumo de alimentos y en el estado nutricional de la población, así como implementar programas prácticos para el mejoramiento de la nutrición.<sup>9</sup>

El Instituto Nacional de Nutrición fue el organismo responsable del cumplimiento del Acuerdo de Cartagena; así que bajo la dirección del Comité de Nutrición del Departamento de Defensa de los Estados Unidos –ICNND- y en colaboración con la Universidad Nacional, la Universidad del Valle y Sanidad Militar realizaron entre mayo y agosto de 1960 la Primera Encuesta de Nutrición de Colombia. El objetivo de realizar esta encuesta fue “*determinar el valor nutricional de la dieta consumida por la población colombiana, así como también, conocer sus hábitos, tradiciones alimentarias y métodos de preparación de los platos típicos regionales*”. El proceso de diagnóstico nutricional venía adelantándose parcialmente en seis departamentos desde 1956 y posteriormente se amplió a aquellos donde se llevaban a cabo Programas de Nutrición Aplicada, sobre los cuales nos extenderemos mas adelante. Las encuestas contenían preguntas relativas al consumo de alimentos, las condiciones socioeconómicas y sanitarias de las viviendas, así como a los rasgos culturales regionales. Con base en sus resultados se prometía orientar y planear los programas de alimentación y nutrición.

El personal que aplicó las encuestas fue entrenado por delegados de la FAO<sup>10</sup> y las encuestas arrojaron que en la dieta de los colombianos se encontraba un consumo insuficiente de casi todos los nutrientes, a excepción del hierro y la vitamina C. Se observó que el 46% de las familias encuestadas presentaba un consumo de calorías inferior a los requerimientos mínimos y un 48% un consumo de proteínas también por debajo de los mínimos, lo que explicaba la prevalencia de la alta incidencia de desnutrición protéico-calórica en los niños. De estos datos se concluyó explícitamente que *la mitad de la población en Colombia padecía hambre*. En consecuencia se recomendó promover el

---

<sup>9</sup>Instituto Nacional de Nutrición, *Informe de Colombia a la IV conferencia sobre problemas desnutrición en la América Latina*, Ministerio de Salud Pública, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Instituto Nacional de Nutrición, Bogotá, Colombia, Septiembre de 1957.

<sup>10</sup>Instituto Nacional de Nutrición, *Informe de Colombia a la Reunión Técnica Latinoamericana sobre Encuestas Alimentarias*, Instituto Nacional de Nutrición, Ministerio de Salud Pública. Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Reunión Técnica Latinoamericana sobre Encuestas Alimentarias, Montevideo 22 a 30 de abril de 1963.

consumo de proteínas, vitaminas como tiamina, riboflavina y ácido ascórbico y minerales, mediante el consumo de pescado y la preparación de alimentos nutritivos.

El estudio recomendó realizar la valoración de la actividad biológica de los alimentos, sobre todo de los vegetales, en tanto que éstos constituían la principal fuente proteica de la población en el país. Con base en estos análisis se previó el enriquecimiento mediante cambios en la dieta, en los casos en que fuera necesario. Era el caso de la deficiencia de tiamina, riboflavina y calcio predominante en las regiones donde más se consumía arroz y la sugerencia de consumir cereales integrales o de harina de trigo enriquecida. El estudio mostró, en su diagnóstico, cifras bajas de hemoglobina en buena parte de la población, lo que condujo al estudio de la anemia y los factores alimentarios que la generan, tales como la deficiencia de hierro, de proteínas y el parasitismo intestinal.

También se analizó el proceso de yodización de la sal, encontrando deficiencias y divergencias entre las regiones. En su apartado de recomendaciones, el estudio recomienda la necesidad de especificar parámetros para el proceso de yodización y el control de los mismos para prevenir el bocio. De igual manera recomendó continuar estudiando el contenido de yodo del agua y de los diversos alimentos, con relación a la incidencia del bocio en las diferentes regiones del país y realizar estudios patológicos y de fisiopatología del bocio más profundos. El estudio también abordó otras enfermedades carenciales de alta incidencia que podían ser tratadas con aditivos específicos. Así, recomendó para combatir la caries y la enfermedad periodontal, ampliar las campañas de fluoración de aguas -ya iniciadas en 1952 - e implementar programas de higiene dental que promovieran el uso adecuado del cepillo de dientes.

Tomando en cuenta de forma especial la situación de la nutrición de la infancia, el estudio destacó la recurrencia de la diarrea sobre todo en los niños en edad preescolar y sugirió la necesidad de ahondar en el análisis de los factores nutricionales e infecciosos que la generaban. Igualmente, recomendó la realización de estudios sistemáticos de las relaciones talla-peso-edad y procesos de crecimiento de los niños de todas las clases sociales, para así obtener patrones del desarrollo normal. El informe consideró que estos

estudios debían hacerse especialmente en las áreas más necesitadas que, de acuerdo con los resultados obtenidos en las encuestas, correspondían a las regiones costeñas.<sup>11</sup>

Por último, el informe presentó tablas de disponibilidad de alimentos en Colombia y recomendaciones discriminadas entre las dirigidas a la población civil y las dirigidas a los miembros de las fuerzas armadas. A nivel operativo, el estudio propuso fortalecer al Instituto Nacional de Nutrición y proyectar el mismo a todo el país. Para lograrlo se solicitó a la Organización Panamericana de la Salud un asesor en nutrición y la intervención del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición como asesor. También se recomendó contar con la asesoría de un comité técnico consultivo conformado por expertos en nutrición clínica, bioquímica, anatomía, patología, parasitología, agricultura, técnicos en alimentos, economía doméstica, dietética y educación nutricional. A nivel educativo, el estudio enfatizó la importancia de formar personal idóneo en la materia, es decir nutricionistas, dietistas, salubristas públicos y bioquímicos de alimentos; también sugirió ampliar los programas de educación nutricional al personal que trabajaba en el ramo de la salud pública y tareas afines, como maestros de escuela, entre otros; y fundar una Escuela de Economía Doméstica dentro de la Universidad Nacional, con el objeto de adiestrar mujeres jóvenes dedicada a enseñar y demostrar en escuelas y hogares los principios de la nutrición. La última parte del estudio se dedicó a realizar una serie de sugerencias dirigidas al sector agrícola y a la industria alimentaria.<sup>12</sup>

En 1968 fue creado el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; al año siguiente el gobierno incorporó el Instituto Nacional de Nutrición a esta entidad, incrementando con ello su presupuesto y su proyección a todo el país. La reubicación del INN fue consecuente con los propósitos de proteger la familia mediante la protección materno-infantil y de aumentar la producción de alimentos de alto valor nutricional para los sectores

---

<sup>11</sup>Ibid.

<sup>12</sup>Comité Interdepartamental en Nutrición para Defensa de los Estados Unidos ICNND, *Encuesta clínica nutricional realizada en Colombia por ICNND y el Instituto Nacional de Nutrición. Resumen de hallazgos*, 1965.

poblacionales más desprotegidos.<sup>13</sup> El Instituto operaba canalizando los auxilios o subvenciones de la Nación hacia programas nutricionales en los departamentos, municipios y otras entidades mediante contratos. Bajo esta reestructuración se establecieron convenios con agencias multilaterales y bilaterales para la obtención de ayuda alimentaria. Entre estas entidades se destacaron el Programa Mundial de Alimentos – PMA –, la Acción Interamericana de Desarrollo – AID –, la Cooperativa Americana de Remesas al Exterior – CARE – y la organización católica CARITAS. Con base en la afluencia de estos recursos emergería el Programa Nacional de Educación Nutricional y Complementación Alimentaria PRONENCA, que veremos a continuación.

Por otra parte, el ICBF estaba respaldado por los Ministerios de Salud Pública, Educación y Agricultura, así como por el Departamento Nacional de Planeación; a nivel departamental por los Servicios Seccionales de Salud, Secretarías de Educación y Agricultura, universidades, Comités Departamentales de Cafeteros, y diversas agencias regionales del ICA, ACPO, INCORA, SENA, INDERENA, la Caja de Crédito Agrario, el Instituto de Crédito Territorial, las Corporaciones de Desarrollo tales como la del Valle del Cauca, CVC y Codesarrollo de Antioquia. Para el desarrollo de sus programas seccionales, el ICBF mantenía también vínculos con las Fuerzas Armadas y con otras organizaciones privadas y públicas como las Juntas de Beneficencia, la Cruz Roja, Protección Infantil, el Patronato de Comedores Escolares de Medellín, la Acción Católica, la Organización Campesina y grupos de damas voluntarias.

Cuando se integró como *División de Alimentación del ICBF*, el anteriormente llamado Instituto Nacional de Nutrición, se componía de cuatro divisiones: la Coordinación de programas de nutrición aplicada, la división de complementación alimentaria y servicio de alimentos; división de educación nutricional, y la división de investigaciones nutricionales.

---

<sup>13</sup>ICBF, *Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970.

### **1.3. Programas Integrados de Nutrición Aplicada – PINA**

En cuanto a la implementación de programas prácticos para el mejoramiento de la nutrición, el INN desarrolló el primer Programa Integrado de Nutrición Aplicada – PINA – a partir de 1961, el cual se prolongó durante toda la década. Efectivamente las recomendaciones de los organismos internacionales y de los estudios nutricionales fueron tomadas en cuenta y se adoptaron como vimos, aquellas medidas que fortalecieron la entidad y le permitieron desarrollar estas actividades. El INN ya contaba con una fuente de financiación permanente que consistía en una participación sobre la venta de sal yodada para consumo humano por parte de la Concesión Salinas del Banco de la República. Luego, como efecto de la Ley 14 de 1963 – sancionada cinco días antes de la finalización de las labores del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública SCISP, entidad de la cual dependían gran parte de los programas del Instituto – la entidad adquirió presupuesto y administración autónomos, que le permitieron organizar programas de nutrición en algunas zonas del país. También contó con un amplio respaldo institucional, por considerarse su labor un gran aporte a la problemática de desnutrición que afectaba a los sectores sociales más desfavorecidos.

Inicialmente, la dirección del INN estaba en manos de un médico de salud pública, especialista en nutrición, seleccionado por una Junta Directiva. Entre las funciones del INN además de realizar investigaciones como el primer estudio nutricional nacional; debía recomendar pautas alimentarias; capacitar, planear, desarrollar y evaluar programas de nutrición aplicada, y asesorar, dirigir y coordinar los Programas Integrados de Nutrición Aplicada PINA.<sup>14</sup>

El PINA fue fruto de un convenio firmado entre el gobierno nacional, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, la FAO y UNICEF y pretendía abarcar la multicausalidad de los problemas nutricionales mediante la implementación de programas que articularan salud, agricultura, educación alimentaria y

---

<sup>14</sup>ICBF, *Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970.

nutricional y la acción comunal. Su desarrollo implicaba la cooperación del Gobierno Nacional y los Gobiernos Departamentales en programas dirigidos a los sectores más vulnerables de la población.<sup>15</sup> El PINA comenzó a operar en 1961 en el Departamento de Caldas, por tratarse de una región donde confluían recursos materiales y económicos junto con graves problemas nutricionales. Tratándose de una región próspera, con el PIB más alto del país, el monocultivo del café para exportación, desarrollado en la región había generado desbalances alimentarios que se traducían en altos índices de mortalidad infantil. En 1962 el PINA se extendió a los Departamentos de Cauca y Norte de Santander, planteándose los siguientes objetivos específicos:<sup>16</sup>

- Definir el problema del hambre en términos de índices de patologías.
- Incidir en la economía doméstica mediante el impulso de la producción agrícola y artesanal comunal.
- Introducir la educación nutricional y alimentaria.
- Corregir los estados de desnutrición.
- Integrar actividades de nutrición y alimentación a nivel de los organismos que se ocupan de ello.

Con estos propósitos se concibieron las siguientes actividades:

I. Instauración de unos *Distritos Integrados de Salud* donde se hicieran estudios epidemiológicos se prestaran servicios de atención materno-infantil, pediatría, control de enfermedades transmisibles, educación sanitaria y nutricional, odontología, suplementación alimentaria y rehabilitación nutricional, primeros auxilios y emergencias, entre otros.

II. Inclusión en el pensum escolar de la educación nutricional en las escuelas que incluyera técnicas de producción de alimentos, prevención de alteraciones del estado nutricional, y suplementación alimentaria. Con este fin los maestros de los municipios debían recibir adiestramiento complementario en nutrición, economía doméstica, horticultura, fruticultura y cría de animales menores en sus escuelas. También los funcionarios de salud pública y los funcionarios de extensión agrícola y economía doméstica debían recibir esta capacitación especial. Por otra parte, se pretendía dar fuerte impulso a las huertas escolares.

---

<sup>15</sup>Ibid.

<sup>16</sup>Antuña, Santiago E., *Programas Integrados de Nutrición Aplicada (PINA), en desarrollo en Colombia*, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Nutrición, 1962.

III. Provisión de suplementación alimentaria a grupos vulnerables como embarazadas, madres lactantes, niños lactantes y preescolares, a base de recursos locales de producción familiar o comunal.

IV. Programas de extensión agrícola y economía doméstica con la creación de huertos y granjas comunales y escolares para cría de aves, cerdos, conejos y abejas. Educación para una mejor utilización de los recursos disponibles, producción y consumo de productos de la región. Métodos adecuados de preparación y conservación de alimentos, planeación de una dieta adecuada.

V. Organización de un servicio de crédito agrícola supervisado encaminado al mejoramiento de las actividades económicas familiares y comunales en el medio rural.

VI. Recolección de datos básicos mediante la aplicación de una encuesta alimentaria y socio-económico-cultural.

VII. Reuniones y seminarios para la planificación, coordinación y evaluación del programa.

En las etapas subsiguientes se preveía que todas estas actividades se fueran extendiendo geográficamente.

Desde 1969, a través del PINA se desarrolló el Programa Nacional de Educación Nutricional y Complementación Alimentaria – PRONENCA –; éste fue definido como un programa de educación y complementación alimentaria integrado a los planes de salud y educación, centrado en los niños en edad preescolar y escolar, mujeres en embarazo y madres lactantes. Su objetivo era reducir los índices de mortalidad y morbilidad en estos segmentos de la población. Este objetivo fue emprendido mediante estrategias de recuperación nutricional, educación a la familia y a la escuela. Además, involucraba una considerable asistencia alimentaria directa aprobada por el Comité Interdepartamental del Programa Mundial de Alimentos, el cual donó 100.000 toneladas de alimentos proteicos para cinco años, por un valor aproximado de 750 millones de pesos, equivalente a más de 42 millones de dólares. A través de PRONENCA se coordinaron también los programas de

las agencias voluntarias CARE Y CARITAS, para integrar en un solo programa nacional los recursos alimentarios, económicos y técnicos disponibles.<sup>17</sup>

El PINA, entidad ejecutora del PRONENCA, pretendía cubrir todo el país en forma progresiva. Para 1970 abarcaba los departamentos más poblados del país, incluyendo Antioquia, alcanzando en esta forma al 75% de la población. Esta ampliación en la cobertura implicó aportes de los gobiernos seccionales a los fondos del PINA. El PRONENCA, en este momento, alcanzó una cobertura total de cerca de dos millones de beneficiarios de los grupos más vulnerables a la desnutrición. Aproximadamente el 55% de los beneficiarios eran escolares, el 35% preescolares, y el 10% madres embarazadas o en período de lactancia, pertenecientes todos a las clases sociales más bajas. Para hacernos una idea del creciente apoyo a dicho programa podemos tener en cuenta que para 1970 el presupuesto de la Dirección de Nutrición a cargo del mismo, asciende a 200 millones de pesos, de los cuales 45 corresponden a partidas nacionales y 155 al valor de la ayuda alimentaria, mientras en 1963 el presupuesto total del Instituto Nacional de Nutrición fue menor a dos millones de pesos y en 1968, fue de sólo 16 millones de pesos.<sup>18</sup>

El siguiente cuadro presenta la cobertura del PRONENCA en Antioquia en 1970, según informes del Instituto Nacional de Nutrición:

---

<sup>17</sup>ICBF, *Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970.

<sup>18</sup>Ibid.

Cuadro N° 7

**Cobertura del PRONENCA en Antioquia, en términos de promedio anual de beneficiarios por subprogramas para 1970**

<b>SUBPROGRAMAS DEL PINA</b>	<b>Beneficiarios</b>	<b>%</b>
Escolares urbanos y rurales Restaurante (Almuerzo)	10.000	4,59%
Escolares urbanos. Leche y emparedado	89.400	41,00%
Escolares rurales. Leche	19.100	8,76%
Pre-escolares de organismos de salud	64.080	29,39%
Pre-escolares de servicios de educación y recuperación nutricional	---	
Pre-escolares de jardines infantiles	4.500	2,06%
Niños hospitalizados	9.600	4,40%
Madres en organismos de salud	21.360	9,80%
<b>TOTAL</b>	<b>218.040</b>	<b>100,00%</b>
<b>RESUMEN</b>		
<b>Escolares</b>	<b>118.500</b>	<b>54,35%</b>
<b>Preescolares y lactantes</b>	<b>78.180</b>	<b>35,86%</b>
<b>Madres</b>	<b>21.360</b>	<b>9,80%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>218.040</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: ICBF, *Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970. Cuadro N° 25

Diversas entidades públicas y privadas fueron vinculadas al PINA en Antioquia en 1970, ellas son: Servicios seccionales de salud, Secretaría de educación, Secretaría de agricultura, Universidades, ICA, INCORA, SENA, Caja Agraria, Acción Comunal, Corporaciones de Desarrollo, Otras entidades oficiales. Pero los aportes al fondo de operaciones PINA en Antioquia eran provenientes del ICBF y del gobierno departamental, los cuales en su conjunto ascendieron a \$7.449.000 entre 1963 y 1970. Los aportes del departamento incluían los aportes ordinarios y aportes adicionales provenientes de beneficencias, servicios seccionales de salud y otras entidades departamentales y municipales oficiales o privadas.<sup>19</sup>

#### **1.4. Ayuda alimentaria externa**

Una parte importante de los programas nacionales de nutrición se desarrollaron haciendo uso de la asistencia alimentaria procedente del exterior. Los convenios para el ingreso de ayuda alimentaria externa a Colombia tuvieron lugar entre 1954 y 1975, alcanzando su mayor flujo durante los años sesenta. Se trataba de la recepción de alimentos donados por los EEUU, que eran distribuidos como suplementos nutricionales mediante

<sup>19</sup>Ibid.

programas dirigidos a población susceptible de padecer deficiencia proteica energética. La ayuda alimentaria como la ayuda al desarrollo<sup>20</sup>, fue promovida por las Naciones Unidas como una estrategia económica para: deshacerse de los excedentes; mantener los ingresos de las granjas internas; desarrollar mercados externos para productos agrícolas norteamericanos; ejercer influencia política; todo esto con la excusa de servir a metas humanitarias<sup>21</sup>.

El despliegue de la ayuda alimentaria tuvo como antecedente cardinal la ley 480 de Ayuda y Desarrollo de Comercio Agrícola de EEUU del año 1954. En 1962 una modificación de esta Ley de 1954 sobre la donación de sobrantes agrícolas, planteó esta donación como una ayuda para los países necesitados y para promover el desarrollo en áreas subdesarrolladas, disponiendo de los excedentes agrícolas de la Commodity Credit Corporation en la ejecución de proyectos de desarrollo de “gobiernos amigos” o de organizaciones de voluntariado. La reforma planteaba que tales recursos debían destinarse preferiblemente a proyectos de desarrollo “*donde grandes elementos de la población están subempleados o desempleados y desnutridos*”, y donde por consiguiente gran parte de los obreros involucrados estén “*dispuestos a aceptar alimentos como pago parcial de sus sueldos*”.<sup>22</sup> Los proyectos ideales a los que se dirigía esta ayuda eran la apertura de terrenos, reforestación, proyectos de sanidad, construcción de carreteras y puentes, irrigación y sistemas de drenaje, estabilización de la tierra, recolección de aguas, construcción de escuelas comunales y represas para distribuir las aguas. En el documento se señalaba igualmente que los alimentos disponibles para efectos de donación serían los siguientes, en cantidades que no se podían prever con anticipación: leche en polvo, aceites vegetales y manteca, mantequilla y aceites de mantequilla, trigo, harina de trigo, bulgur (*sic.*), algodón, maíz, harina de maíz, sorgo, cebada y arroz.

Otra forma de empleo de los excedentes agrícolas estadounidenses fueron los programas de alimentación infantil los cuales consiguieron a la larga crear mercados

---

<sup>20</sup> “transferencia de recursos que pasa de los gobiernos o las instituciones del Norte industrializado a los gobiernos empobrecidos del Sur”. Puede ser bilateral: de un gobierno a otro; multilateral: contribuciones de diversos países canalizadas a través de una institución internacional; o privada, ver George, 1980.

<sup>21</sup> Murdoch, 1980, p. 141

<sup>22</sup> AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 234 – 242, 1962.

significativos para productos como la leche. Fue una práctica ampliamente difundida en los países pobres y también fuertemente criticada, por que exigía de los gobiernos receptores altos costos de administración, almacenamiento y transporte. Por otra parte se consideró que generaban dependencia psicológica, nutricional y política<sup>23</sup>. “*Aunque los primeros programas diferían entre sí, solían ser en pequeña escala y tenían el patrocinio de los grupos privados de caridad, dirigidos específicamente a los niños más pobres y a menudo destinados únicamente a la distribución de leche. Conforme evolucionaron los programas, los gobiernos comenzaron a asumir el patrocinio, distribuyendo una mayor variedad de alimentos y abarcando a los niños de todos los niveles económicos*”<sup>24</sup>. Como veremos esta descripción refleja fielmente lo que ocurrió en Medellín con el programa CARE y el Patronato Escolar.

El planteamiento de esta modalidad de ayuda ejemplifica su concepción como una modalidad de caridad o beneficencia internacional, la cual se materializó en Colombia hasta 1974 a través del programa nacional PRONENCA. La ayuda alimentaria externa que ejecutaba el PRONENCA, procedía de dos fuentes básicamente:

1. El Programa Mundial de Alimentos (NU/FAO), que operaba mediante convenios directos con el gobierno, y
2. El gobierno de los Estados Unidos (CCC/AID), el cual se ejecutaba a través de las agencias voluntarias CARE y CRS/ Caritas.

El *Plan Nacional de Alimentos para el Desarrollo – PLANALDE –*, fue concebido para coordinar la distribución de los recursos alimentarios externos y nacionales, en función del desarrollo económico y social del país. Este propósito era perseguido mediante las siguientes acciones a realizar por las entidades estatales competentes:

1. Canalización de toda la ayuda alimentaria proveniente del exterior hacia proyectos priorizados por el Departamento Nacional de Planeación.

---

<sup>23</sup>Berg, 1975, p. 207.

<sup>24</sup>Ibid, p. 202.

## 2. Aplicación de criterios técnicos nutricionales en:

- la selección de los grupos de población que se debían beneficiar con la ayuda alimentaria,
- definición de las raciones de acuerdo a la producción y disponibilidad de alimentos, los hábitos, ingresos y otros factores,
- planeación de programas paralelos de educación nutricional.

## 3. Canalización física de toda la ayuda alimentaria externa, a través del Instituto de Mercadeo Agropecuario IDEMA.

La coordinación entre los proyectos del PLANALDE estaba a cargo de un comité en el Departamento Nacional de Planeación, el cual buscaba la máxima coherencia posible entre los diversos proyectos o programas que se ejecutaran con ayuda alimentaria. Las agencias ejecutoras debían responsabilizarse del desarrollo del PLANALDE en el nivel periférico:

- el Ministerio de Gobierno y los gobiernos departamentales en diversos programas de desarrollo;
- el Ministerio de Educación Nacional en programas de alimentación escolar a través de las escuelas primarias y de los Centros de Educación Agropecuaria;
- el Instituto de Crédito Territorial, en los programas de erradicación de tugurios;
- el SENA en los programas de alimentos para los cursos de capacitación y aprendizaje del nivel medio;
- el Ministerio de Agricultura, INCORA y la Federación de Cafeteros en los programas de diversificación agrícola, y finalmente,
- el Ministerio de Salud y el ICBF a través del PINA, en el PRONENCA.<sup>25</sup>

### **1.5. Restaurantes Escolares**

Las “Gotas de leche”, salas cuna, restaurantes escolares, consultorios y dispensarios que atendían a la población sin recursos, han sido en el concepto de algunos nutricionistas, las

---

<sup>25</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 3, Folios 1 – 128, 1969.

primeras entidades en ocuparse de la problemática nutricional en el país.<sup>26</sup> Muchas de ellas nacieron como prácticas caritativas privadas, pero con la ampliación de las responsabilidades sociales del Estado, estas labores fueron incorporándose a su competencia. Desde 1935 el Ministerio de Educación, bajo la dirección del antioqueño Luís López de Mesa, durante la primera presidencia de Alfonso López Pumarejo, comenzó a financiar los restaurantes escolares y enfocó la educación hacia alcances materiales más allá de los contenidos pedagógicos. López de Mesa hizo de la higiene, la alimentación escolar, la educación y la cultura rural el centro de atención de la política educativa. En ese año destinó un presupuesto de \$600.000, el equivalente a un cuarto del presupuesto total de educación, a proporcionar desayunos en las escuelas urbanas y, en algunos casos, almuerzos en las escuelas rurales. Sin embargo, este rubro disminuyó en 1936 debido a las críticas recibidas y las discrepancias en torno a las responsabilidades del Gobierno Nacional en este sentido. A partir de este año, el Ministerio de Educación mantuvo su respaldo a los restaurantes escolares que tuvieran apoyo de su respectivo Departamento; entre los que continuaron recibiendo estas ayudas estuvieron los de Antioquia.<sup>27</sup> En ese mismo año se constituyó el Patronato Escolar en Medellín, el cual brindó almuerzos a estudiantes de primaria de la ciudad hasta los años ochenta, constituyéndose en la iniciativa pública más constante en afrontar la problemática del hambre en la ciudad.

La preocupación por la salud y la alimentación estuvieron vigentes desde entonces en la política educativa. La misión del Banco Mundial declaró la necesidad de implementar campañas sanitarias y alimenticias urgentes, pues se temía que un pueblo que crecía enfermo y desnutrido no podría generar desarrollo. Una encuesta realizada en 1942 mostró que el 35% de los niños escolarizados se encontraban enfermos, padecían bocio, desnutrición, anemia tropical, paludismo y parásitos intestinales. Las responsabilidades de la escuela respecto de la higiene se deslindaron progresivamente desde 1938. Se produjo una reorganización de los ministerios en la cual la responsabilidad sobre la salud se asignó al Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social que realizaba las campañas de vacunación en coordinación con el Ministerio de Educación. Los médicos escolares

---

<sup>26</sup>Chacón y Ruiz, 2005.

<sup>27</sup>Helg Aline, *La educación en Colombia 1918 – 1957. Una historia social, económica y política*, Fondo Editorial CEREC, Bogotá, 1987.

desaparecieron poco a poco, siendo reemplazados por los médicos de la higiene. Los restaurantes escolares que lograron subsistir pese a la reducción del presupuesto, se reorganizaron en 1949 y fueron ubicados bajo la responsabilidad del cuerpo docente; su financiación se compartía entre la Nación, los Departamentos y Municipios. La fundación de un restaurante escolar dependía pues – según afirma la historiadora Aline Helg - del estado de fortuna del respectivo municipio, así como del interés que los dirigentes educativos locales y regionales prestaran a esa iniciativa. Según los datos suministrados por la misión “*Economía y Humanismo*” en 1955, el 37% de las escuelas públicas urbanas de Colombia ofrecían la posibilidad de alimentar a algunos de sus alumnos, mientras que en el caso de las escuelas rurales este porcentaje era sólo del 6.5%. En el servicio de restaurante escolar como en la higiene, el campo resultaba siempre el menos privilegiado.<sup>28</sup>

En el informe de la IV Conferencia de Nutrición llevada a cabo en Colombia en 1957, se describía el funcionamiento de 240 comedores escolares sólo en la capital del país, donde se repartían suplementos alimenticios diarios a 70.000 escolares. Los alimentos que componían dicho suplemento eran leche, carne, fruta, bocadillo, pan y panela.<sup>29</sup> Al año siguiente se llevó a cabo el Seminario Regional Sudamericano de Alimentación Escolar, coordinado por el Instituto Nacional de Nutrición y el SCISP, auspiciado por la FAO, UNICEF y el Gobierno de Colombia. En su desarrollo se atendieron los siguientes temas:<sup>30</sup>

- Finalidad y alcance de los Programas de Alimentación Escolar.
- Problemas generales de la alimentación y la nutrición en la región, especialmente en lo que se refiere a los niños en edad escolar.
- Relación de los Programas de Alimentación Escolar con los abastecimientos actuales y potenciales de los productos alimenticios.
- Educación y formación profesional en materia de Nutrición.
- Valoración de los resultados.
- Medios materiales de almacenamiento, preparación y distribución de las escuelas.

---

<sup>28</sup>Ibid.

<sup>29</sup>Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970.

<sup>30</sup>Seminario Regional Sudamericano de Alimentación Escolar, auspiciado por: FAO, UNICEF - Gobierno de Colombia; coordinador: Instituto Nacional de Nutrición, S.C.I.S.P., informe final, Bogotá, octubre 27 - noviembre 8, 1958.

- Aspectos administrativos y económicos.
- Evolución futura de los Programas de Alimentación Escolar.

No fue posible encontrar información más reciente sobre programas de alimentación escolar, pero en un informe de la Secretaría de Salud y Asistencia Social de Medellín, de 1967 se menciona un Programa Nacional de Alimentación Escolar. De igual manera en documentos del Plan de Atención Nutricional PAN desarrollado en los años setenta, se menciona que el ICBF administra los restaurantes escolares pero que la ejecución directa de estos está a cargo de los centros de atención al preescolar y la Secretaría de Educación.

## **1.6. Investigación en nutrición**

La División de Investigaciones Nutricionales de la División de Nutrición del ICBF mantuvo entre sus funciones la realización de investigaciones epidemiológicas, clínicas, bioquímicas, socioculturales, económicas, agropecuarias y de disponibilidad, consumo y utilización de alimentos con el fin de trazar las directrices de los programas. Los programas de investigación nutricional se realizaban en torno al *diagnóstico de la situación nutricional y alimentaria*, o a la *investigación aplicada* encaminados a buscar soluciones para los problemas alimentarios identificados en los estudios de diagnóstico. Una de sus principales líneas de trabajo se enfocó en asesorar a la industria para crear mezclas vegetales de alto contenido proteico y bajo costo, así como enriquecer con proteínas alimentos de alto consumo popular, principalmente para la alimentación infantil.

En 1972 - 1973 COLCIENCIAS creó el Comité Nacional de Investigación en Tecnología de Alimentos y Nutrición como grupo asesor, con el propósito de establecer un diagnóstico y formular un programa nacional de investigación en tecnología de alimentos y nutrición, a través del cual se orientaran y distribuyeran los recursos disponibles.<sup>31</sup> Con la creación de esta entidad se pretendía desarrollar investigaciones en tecnología de alimentos y áreas afines, que condujeran a medidas que remediaron la baja disponibilidad de

---

<sup>31</sup> Machado, 1986.

alimentos y la precaria capacidad de compra de la población de menores ingresos, mediante el uso de la ciencia y la tecnología.

A continuación presentamos un balance de las investigaciones que se habían llevado a cabo en Colombia hasta ese momento y desde 1960 en el país. En dicho balance señalo, del total de investigaciones realizadas la proporción de informes producidos en castellano, un rasgo que deja ver las áreas de mayor desarrollo y aplicación práctica en el país, con relación a aquellas que se producían en el marco de estudios realizados en el exterior, con un desarrollo aún incipiente en el país.

Cuadro N° 8  
**Investigaciones en nutrición humana en Colombia 1960 - 1973**

CAMPOS DE INVESTIGACIÓN	N° DE TRABAJOS REALIZADOS	PRODUCIDOS EN CASTELLANO
Desnutrición y malabsorción	22	55%
Desnutrición y anemia	9	44%
Desnutrición y función endocrina	5	100%
Desnutrición electrolitos y función renal	8	38%
Desnutrición y alteraciones bioquímicas y funcionales	14	64%
Desnutrición y factores socioeconómicos	4	50%
Nutrición y consumo de nutrientes	8	100%
Nutrición y desarrollo mental	12	33%
Desnutrición y crecimiento físico	23	96%
Proyectos e investigaciones de apoyo al problema nutricional	5	100%
Desnutrición algunas soluciones	12	58%

Fuente: Fajardo P. Luis F., *Revisión analítica sobre la investigación en nutrición humana en Colombia 1960 – 1973*, COLCIENCIAS

Los trabajos que este autor identifica como fundamentales, “*de apoyo al problema nutricional*” y que no se pueden encasillar en las otras categorías, son:

- *Estudio seccional de crecimiento y desarrollo y nutrición en 12.138 niños en Bogotá.* El cual hace un análisis de las características antropométricas de los niños colombianos (sic) y se dictan patrones de peso y talla.
- *Documentos sobre la situación nutricional en Colombia,* preparados por el ICBF; donde se hace un balance del estado de nutrición, sus indicadores, disponibilidad de nutrientes y metas de consumo.
- *Hojas de balance de alimentos colombianos.* Elaborado anualmente por el ICBF con base en las estadísticas y los datos oficiales sobre producción, existencias, importaciones, exportaciones y usos de los alimentos en Colombia.
- *Estudio de nutrición hecho por el ICNND* en 1961 y publicado en 1962; el cual contiene un análisis bioquímico y antropométrico del estado nutricional en Colombia. Realizado con metodologías semejantes en varios países lo que permite hacer análisis comparados.
- *Metodologías para el análisis multidisciplinario de la desnutrición,* del Instituto de Investigaciones Tecnológicas utilizando el método de análisis de la producción agropecuaria, para el análisis del impacto de la salud en la nutrición, y el diseño de dietas de costo mínimo.

Este Comité de COLCIENCIAS también asesoró a un nuevo programa creado a mediados de la década de los setenta: el Plan de Atención Nutricional –PAN- en la identificación de los proyectos de investigación y capacitación a desarrollar. Posteriormente, los proyectos andinos de desarrollo tecnológico impulsados por la Comunidad Andina de Naciones desde 1979 hasta 1983 contribuyeron a superar el estancamiento en materia de investigación de alimentos.

## **1.7. El Plan de Atención Nutricional PAN**

Los organismos internacionales anunciaron la reducción de la ayuda alimentaria externa para 1975. En respuesta se concibió el Plan de Atención Nutricional PAN con el que se esperaba sustituir las donaciones por producción privada nacional. La propuesta se

empezó a gestar desde el Comité Nacional de Políticas de Alimentación y Nutrición - CNPAN - creado por el gobierno nacional en 1972, época de una fuerte “crisis mundial de alimentos”. Con el PAN, el ICBF se comprometía a continuar los programas de complementación alimentaria en base a la producción de una mezcla vegetal pre cocida de bajo costo- Bienestarina-, financiada con crédito externo y mayores recursos nacionales. El desmonte paulatino de la asistencia alimentaria y su sustitución se programó entre 1975 y 1978 conservando la cobertura que tenía la ayuda alimentaria externa. Para Absalón Machado, analista de las políticas alimentarias en el país, esta decisión constituyó una ruptura importante en el manejo y definición de las políticas alimentarias y nutricionales, pues partía de la consideración de que el país tenía la capacidad productiva suficiente para suplir las necesidades que hasta ese momento habían sido atendidas con la ayuda. Por el contrario, la asistencia alimentaria del exterior estaba perjudicando la capacidad de producción nacional de bienes agrícolas.<sup>32</sup>

El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición PAN en el marco del Plan de Desarrollo “*Para cerrar la brecha*” (1974 - 1978) fue presentado como fruto de un sólido análisis de la situación nutricional de la población colombiana, en el que se identificó la desnutrición como el problema social más agudo. Dicho análisis fue realizado por el Instituto Nacional de Nutrición y contenido en el documento “*Bases para una política de alimentación y nutrición en Colombia*” realizado por el CNPAN. El diagnóstico nutricional sostenía que el 93% de las familias presentaba alguna deficiencia en el consumo de calorías y nutrientes, donde el 60% de los niños menores de cinco años padecían algún grado de desnutrición asociado al 41% de las muertes de los menores de cinco años; una tasa nueve veces superior a la de los países desarrollados.<sup>33</sup> Considerando que esta condición biológica de la población afectaba el desempeño en el estudio y en la productividad laboral, haciendo ineficaces las inversiones estatales en salud, educación y desarrollo agrícola, se hizo un gran llamado de atención para abordar el problema.

---

<sup>32</sup>Machado Cartagena, Absalón. El problema alimentario en Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Bogotá, 1986.

<sup>33</sup> Departamento Nacional de Planeación, *Para cerrar la brecha. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional*, 1975 – 1978.

El PAN se propuso entonces lograr un mejoramiento progresivo de la situación alimenticia en las clases socioeconómicas menos favorecidas, mediante un abastecimiento adecuado de alimentos nutritivos y la distribución directa de ciertos nutrientes que redundase en la salud de la población, en especial de la infantil. Otro aspecto de la relación alimentación y salud relevante para el PAN, tenía que ver con la relación entre embarazos frecuentes y estado nutricional de la madre, que condujo a la promoción de la planificación familiar, para lograr un mejor estado nutricional de las gestantes.

El Plan de Atención Nutricional PAN empezó a ejecutarse desde 1975 bajo la dirección del Departamento Nacional de Planeación, con el objetivo primordial de atender el estado nutricional del 30% más pobre de la población. Comprendía una estrategia integrada que incluía: la producción de alimentos básicos a través del programa de Desarrollo Rural Integrado – DRI –; la distribución subsidiada de alimentos de alto valor nutricional; y el acondicionamiento necesario para un mejor aprovechamiento biológico de los mismos. En el concepto del autor citado, esta constituyó la primera estrategia integral para el manejo del problema alimentario en el país, en tanto que combinaba los aspectos de producción, comercialización, industria alimentaria, distribución subsidiada, educación nutricional, fomento de la lactancia materna, atención primaria en salud y servicios básicos.

Los componentes del PAN relativos al incremento de la oferta de alimentos mediante un plan de desarrollo agrícola y la reorganización del sistema de comercialización, buscaban incidir en los componentes del sistema alimentario que afectaban a la disponibilidad de alimentos con precios asequibles y características nutricionales adecuadas. También pretendía repercutir en las posibilidades de acceso a los alimentos por parte de la población rural en tanto se incrementasen los ingresos de los pequeños y medianos productores rurales. El programa se complementaba con educación nutricional, la construcción de redes de agua potable, alcantarillado y puestos de salud. En síntesis los programas nutricionales del PAN estaban compuestos de los siguientes elementos:

Cuadro N° 9

**Componentes del Plan Nacional de Atención Nutricional PAN**

<b>Programa nacional de educación nutricional</b>	A través de medios masivos de comunicación
	A través de educación no formal
	Educación nutricional formativa
<b>Programas que favorecen un óptimo aprovechamiento de los alimentos ingeridos</b>	Provisión de agua potable para el sector rural y poblaciones intermedias.
	Prevención de diarreas y enfermedades parasitarias e intestinales.
	Programas masivos de vacunación.
<b>Programas de distribución subsidiada de alimentos</b>	Programa de suplementación y complementación alimentaria.
	Sistema de distribución de alimentos mediante la asignación de cupones.

Fuente: Departamento Nacional de Planeación, *Para cerrar la brecha. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional, 1975 – 1978.*

El programa nacional de educación nutricional reconocía que el consumo de alimentos estaba condicionado en primer lugar por los ingresos familiares, pero además tomaba en consideración los hábitos alimentarios, que a su vez se relacionaban con el nivel educativo, los patrones culturales, las creencias sobre la lactancia, y los hábitos higiénicos. Destacaba la ausencia de educación y la existencia de patrones alimentarios nocivos para los grupos poblacionales considerados vulnerables - niños y madres embarazadas y lactantes – como uno de los factores determinantes en el nivel nutricional. El programa consideraba exitosas las campañas impartidas por nutricionistas dietistas profesionales en comunidades cobijadas por programas anteriores, pero creía necesario llegar a una proporción más amplia de la población valiéndose de los medios masivos de comunicación. Los objetivos de dichas campañas estaban dirigidos a:

- orientar a los consumidores sobre la mejor forma de emplear el dinero en la compra de víveres, difundiendo el costo y el valor nutritivo de los alimentos;
- orientar la distribución del consumo familiar enfatizando en las necesidades prioritarias y específicas de la madre embarazada y/o lactante, y los niños menores de 4 años, como los integrantes biológicamente más vulnerables del núcleo familiar;

- orientar a las familias sobre las formas más nutritivas de preparar los alimentos;
- divulgar formas de prevención de enfermedades infecciosas, parasitarias e intestinales en madres y niños, posibilitando un mejor aprovechamiento de los alimentos ingeridos
- y promover la lactancia materna, evitando el destete precoz.

La educación nutricional a través de educación no formal se dirigía de forma prioritaria al trabajo presencial de las promotoras rurales del Ministerio de Salud, promotores sociales del ICBF, nutricionistas y dietistas del PINA, mejoradoras de hogar del sector agropecuario y otros agentes a quienes se adiestraría con pautas diferenciadas según patrones regionales de consumo alimentario. Una última estrategia del programa de educación nutricional del PAN buscó integrar la educación formal al PAN mediante educación obligatoria en la escuela primaria y secundaria, con promoción de las huertas escolares en las zonas rurales y la adecuación de la educación superior relacionada con el tema a las necesidades del país. Para ello se desarrollaría material didáctico apropiado para todos los niveles.

Con relación a los programas dirigidos a propiciar un mejor aprovechamiento biológico de los alimentos, se concibieron programas de saneamiento ambiental y disponibilidad de agua potable. Entre ellos la construcción de acueductos rurales, apoyo a las promotoras rurales de salud del PAN ampliando su cobertura, apoyo y ampliación de los centros de salud como punto de contacto directo con la población más vulnerable: madres y niños.

La distribución subsidiada de alimentos se dirigió a los sectores más empobrecidos de la población - especialmente a madres embarazadas y lactantes y menores de dos años - y pretendía mitigar la dificultad de acceder a una alimentación adecuada por carencia de ingresos. Con este componente también se esperaba atender las situaciones críticas de corto plazo que no pudieran ser resueltas mediante los demás programas del Plan. Comprendía dos mecanismos de distribución, dirigidos a grupos diferenciados:

a) Mediante distribución directa en escuelas primarias, centros de salud, salas-cuna y centros del ICBF, que permitieran entregar directamente los alimentos a los niños. Funcionaban también como mecanismos de creación de hábitos alimenticios, junto con programas de educación para madres, como se venía haciendo en los programas tradicionales. Se consideraba además que los suplementos alimenticios distribuidos en las escuelas eran un incentivo para que los padres enviaran a sus hijos a las escuelas, sobre todo en el sector rural, en donde el PAN se proponía dar prioridad a los restaurantes escolares.

b) Distribución de alimentos mediante asignaciones de cupones a madres embarazadas y lactantes a través de los centros y puestos de salud. Los cupones tenían un valor específico, útil solamente para pagar parte de productos tales como mezclas vegetales con alto contenido proteínico y pastas alimenticias enriquecidas con proteínas, producidas y comercializadas por el sector privado a través de tiendas y almacenes en todo el país. Para ello se preveía el incremento de la producción agropecuaria y de la industrialización, que se esperaba suplir con el DRI.

El PAN fue apoyado decididamente por el Plan de Gobierno de Alfonso López Michelsen “*Plan para reducir la brecha*” (1974 – 1978); se continuó durante el siguiente gobierno, pero empezó a desmontarse a partir de 1982 cuando se terminaron los contratos con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y la Acción Interamericana para el Desarrollo. El DRI, por su parte, se inició como un complemento del PAN en 1976, con el objetivo de desarrollar la oferta campesina y aumentar la oferta de alimentos, elevando los ingresos de los pequeños productores. En 1980 el PAN se fusionó con el DRI y fue desplazado por este en importancia, cambiando el enfoque de conjunto de la política alimentaria. En 1982 el PAN desapareció en varios Departamentos y quedó solo el DRI, desplazándose de la Dirección de Planeación Nacional al Ministerio de Agricultura, y sustituyendo el énfasis en la producción por el de la comercialización.

Lucía Tarazona, economista, hace un análisis en el que sitúa el PAN en el marco del enfoque del *cubrimiento de las necesidades básicas*, propuesto desde la teoría del

desarrollo para abordar la evidente pobreza que estaba generando y que el sector público debía asumir desde la provisión de servicios básicos a los sectores más desfavorecidos.<sup>34</sup> En este marco, dicha inversión tenía todo el apoyo nacional y de cooperación internacional en tanto que capitalizaba la inversión en los demás sectores. Esta analista ha considerado que con planes como este se empezó a superar la idea de que la salud y la nutrición competían primordialmente a la ciencia médica, los hábitos higiénicos y las medidas de salud pública. Por su parte Absalón Machado<sup>35</sup> considera inapropiado abordar una política tan compleja en su manejo institucional si no es concebido integralmente en el marco de unas políticas macroeconómicas coherentes y de largo plazo para el país. De esta manera explica la insostenibilidad del Plan.

En el siguiente capítulo expondré el despliegue institucional y técnico que tuvo el PAN en una región de progresiva urbanización como es Antioquia.

---

<sup>34</sup> Tarazona Lucía, “El PAN. ¿la nueva versión de la vieja caridad?”, en: *Carta Financiera*, N° 50, Julio - Septiembre de 1981.

<sup>35</sup> Machado, 2003, p. 81.

## CAPÍTULO II

### POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA EL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN: LAS IMPLEMENTACIONES LOCALES. EL CASO DE MEDELLÍN

#### 2.1 Beneficencia y suministro de alimentos

Algunos autores han considerado que las obras de beneficencia reflejan una actitud redistributiva característica del *ethos* antioqueño,<sup>36</sup> que ha servido históricamente como estrategia para suavizar los conflictos sociales, apoyar las redes políticas locales y proyectar la moral católica en los escenarios sociales transformados por la industrialización desde los inicios del siglo XX. Una de las manifestaciones más elementales de la caridad y la beneficencia-tanto la ejercida por particulares, como la organizada a través de instituciones privadas o de organismos públicos-, ha sido el suministro de alimentos a aquellas personas que carecían de ellos.

En la ciudad de Medellín, antes de que las instituciones del Estado adoptasen como tarea propia liderar el diseño y la implementación de políticas dirigidas a atender las necesidades de alimentación y nutrición de los sectores sociales desfavorecidos, muchas obras de carácter privado o mixto se destacaron en este ámbito.<sup>37</sup> Desde 1895 por ejemplo, la Sociedad de San Vicente de Paúl se ocupaba no sólo de repartir alimento a domicilio a familias de pobres “vergonzantes” o verdaderamente necesitados, sino también de la alimentación de los reos, atendidos por las mujeres del “Apostolado de la Oración”. En la misma época, diversas organizaciones caritativas hallaron una forma de organizar estos repartos de comida a domicilio de una forma más estandarizada: establecieron graneros en los que recibían las donaciones de los voluntarios y a los que acudían las personas asistidas para recibir el reparto de comida; dicho reparto se realizaba a bajo precio o a cambio de

---

<sup>36</sup>Ocampo, Gloria Isabel (Investigadora principal), *Redefiniciones en los ejes del poder en Medellín al finalizar el siglo XX, Informe final*, COLCIENCIAS, Programa Nacional de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Sociales y Humanas, Departamento de Antropología, Grupo de investigación: Observatorio de las relaciones estado/sociedad en contextos locales, 1994, p. 51.

<sup>37</sup>Hernández María Patricia, “*La beneficencia en Medellín 1880 – 1930*”, Trabajo de Grado, Departamento de Historia, asesorado por Patricia Londoño, Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y humanas, 1994; Londoño Vega, Patricia, *Religión, cultura y sociedad en Colombia. Medellín y Antioquia, 1850-1930*, Bogotá, Fondo de Cultura Económica, 2004.

unos bonos previamente distribuidos a una lista de beneficiarios. Organizaciones como la Asociación del Sagrado Corazón de Jesús, una asociación de mujeres laicas, estableció una cocina que suministraba porciones de alimentos diaria y gratuitamente, y se financiaba mediante donaciones de voluntarios y con auxilios del Departamento y del Concejo Municipal. El Club Noel, fundado en 1916, el cual subsistía administrando los recursos generados por la Lotería Noel – gracias a un permiso estatal – se preocupaba por los casos de niños pobres afectados por la desnutrición y otros problemas de salud. La situación de la infancia desnutrida fue una de las causas que más movilizó la atención de las organizaciones caritativas: en 1917 fue fundada la Gota de Leche por la Asociación de Madres Católicas, organizadas y dirigidas por algunos sacerdotes de la Compañía de Jesús, con motivo de las bodas de plata episcopales del Arzobispo de Antioquia-Medellín, Manuel José Cayzedo. Este organismo fue creado con el fin de dar leche tratada y de buena calidad a los niños pobres para evitar que murieran de desnutrición durante los primeros meses de vida. La obra luego se completó con una Sala-Cuna creada para atender a los niños de familias extremadamente pobres en edad preescolar y suministrarles el alimento en la institución: la Gota de Leche y Sala Cuna atendían alrededor de cien niños en 1925 en Medellín.

Las iniciativas privadas de asistencia social administradas por organizaciones afines a la Iglesia Católica fueron el modelo para la creación de algunas políticas públicas lideradas y administradas por el Estado. Así, en 1936 el Gobierno Departamental, preocupado por la incidencia de los problemas de desnutrición en la infancia, creó el Patronato Escolar con la finalidad de facilitar alimentación nutritiva y suficiente a los escolares del sistema de las escuelas públicas. Inicialmente se trató de un programa que aunó esfuerzos tanto privados como públicos, pero por tratarse de una iniciativa que perduró hasta comienzos de los años ochenta y una de las más representativas de las políticas públicas dirigidas a afrontar el hambre y la desnutrición, la trataré en extenso más adelante.

Por otra parte, instituciones privadas adoptaron a menudo la postura de grupos que presionaban al Estado y a la sociedad para orientar las políticas públicas relacionadas con la

alimentación y la nutrición. En 1951, una institución particular como la Sociedad de Mejoras Públicas de Medellín conformó la “*Comisión pro abaratamiento del costo de vida*”. La revista *Progreso* editada por esta institución, informaba que los Ministerios de Agricultura, Fomento y Hacienda adelantaban, gracias a su gestión, la creación de granjas de producción agrícola y ganadera en las zonas de colonización de Urabá y otras regiones, para surtir la ciudad de artículos de primera necesidad y evitar la especulación. La promoción de la región fronteriza de Urabá como foco de colonización estuvo liderada por Antonio López miembro de la Sociedad de Mejoras Públicas, quien promovió una mayor afluencia de colonos antioqueños hacia dicha región. La “*Comisión pro abaratamiento del costo de vida*” se proponía estudiar las causas del alto costo de vida y trabajar en aquellos aspectos que más incidían en los precios de la canasta familiar que, en su opinión eran la colonización de la frontera agrícola y el incremento de la producción:

*“En colonización procurará que las familias busquen tierras nuevas por Sonsón, La Dorada, Urabá, Tarazá etc. En producción colaborará con el Instituto de parcelaciones y fomento, con el Instituto Nacional Agropecuario, con las cooperativas y demás instituciones para frenar la especulación por efecto de compraventa de los acaparadores; y en abaratamiento auspiciará la distribución rápida, construcción de plazas de mercado, etc”*.<sup>38</sup>

A lo largo de la década de los años cincuenta y sesenta, la SMP continuó en sus labores de establecimiento de nuevas plazas de mercado y creación de granjas de producción agrícola a gran escala, con ayuda del gobierno nacional y departamental. En los años setenta su trabajo continuó como “*veedora cívica*”, realizando estudios relacionados con la disponibilidad de productos y la conducta de los usuarios-consumidores. Por ejemplo, en 1971, bajo la coordinación de Leticia Correa de López, realizó una campaña de educación y preparación para los usuarios de las plazas satélite de mercado en Medellín y otros centros de comercio que se llevó a cabo en las plazas de Flórez y Aranjuez.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> El Progreso 5ª época, N° 13, Medellín, S. M .P. Marzo de 1951, citado en García Estrada Rodrigo, Cien años haciendo ciudad, Sociedad de Mejoras Públicas de Medellín, 1999.

<sup>39</sup> García Estrada Rodrigo, *Cien años haciendo ciudad*, Sociedad de Mejoras Públicas de Medellín, 1999, p. 526.

Estos son algunos ejemplos de cómo la dificultad de acceder a los alimentos básicos para la subsistencia fue objeto de atención por parte de las entidades caritativas y filantrópicas, las cuales se erigían sobre clasificaciones de la pobreza que se nutrían de discursos médicos, religiosos, jurídicos y normativos. Dichas iniciativas influyeron en la forma como se desarrolló en el país y en la ciudad, la atención pública al hambre y la desnutrición, como veremos a continuación.

## 2.2 Organismos de política pública social municipal

Para el caso de Medellín, la responsabilidad de ejecutar las políticas nutricionales recayó sobre los entes que se ocupaban de las políticas sociales en salud y educación, los cuales a su vez, apoyaban su actuación sobre un denso entramado de organizaciones y prácticas privadas. En el municipio de Medellín, las entidades oficiales encargadas presentaron diversas transformaciones y reestructuraciones en su organización, y recibieron distintas denominaciones desde los años cuarenta. A continuación se presenta un cuadro que puede ayudar a la comprensión de la evolución de la estructura institucional que soportó los programas de nutrición a nivel municipal:

Cuadro N° 10

### Evolución de las estructuras de la administración municipal responsables de los programas nutricionales

<b>SALUD</b>	<b>EDUCACIÓN</b>
Secretaría Higiene y Asistencia Social del Departamento de Higiene y Salubridad (1940 - 1950)	
Secretaría Salud Pública e Higiene (1951 - 1965)	Secretaría de Educación Pública (1956 - 1966)
Secretaría de Educación, Salud Pública y Asistencia Social División de Asistencia Social (1966 - 1970)	
Secretaría de Educación, Salud Pública y Bienestar Social División de Bienestar Social (1970 - 1973)	
División de Bienestar Social de la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social (1973 - 1985)	Secretaría de Educación, Cultura y Recreación (1973 - 1985)

Fuente: Tomado de Claudia Vásquez Vargas, Estructura de la Administración Municipal Medellín Siglos XIX y XX, Medellín Secretaría de Educación y Cultura de Medellín, 1997.

Aplicando una mirada general, las principales actividades relacionadas con la problemática nutricional ejecutadas desde estas instancias giraron en torno a las siguientes actividades:

- Servir de ente vigilante y de control de los alimentos en sus aspectos higiénicos y sanitarios.
- Implementar los programas diseñados por las instancias de gobierno nacionales.
- Ejecutar recursos procedentes de cooperación internacional, mediante programas encaminados hacia el mejoramiento nutricional de la población.
- Plantear e implementar programas de nutrición comunitaria, orientados principalmente hacia la complementación alimentaria.
- Promover la educación en buenos hábitos alimentarios.
- Tratar a los niños desnutridos y a mujeres en embarazo.
- Fomentar el análisis de la situación nutricional y alimentaria de la población vulnerable.

En 1962 estas actividades eran responsabilidad de la Secretaría Municipal de Salud Pública y Asistencia Social del Municipio de Medellín, conformada por un departamento Jurídico Administrativo encargado de administrar el Patronato Escolar; un departamento médico; un departamento de Protección Materno-Infantil conformado por una red de 15 Centros de Higiene y 3 puestos de salud que participaban en el programa CARE; un departamento de Epidemiología; uno de Higiene Ambiental; uno de Servicio Social; un área de Educación Sanitaria y un departamento de Odontología. La Secretaría tenía a su cargo además la Sección de Control de Alimentos y Zoonosis, que se ocupaba del control de los establecimientos destinados a la producción, almacenamiento y distribución de los artículos comestibles en la ciudad.

En cuanto a los recursos de estas divisiones de la administración municipal, aunque no se pudieron hallar datos sistemáticos que permitieran reconstruir series fiables, se encontraron datos relativos a algunos periodos, que permiten hacerse una idea del volumen del presupuesto disponible para dichas actividades. Así, se halló que en el mes de septiembre de 1962, la Secretaría Municipal de Salud Pública y Asistencia Social contó con un presupuesto anual que ascendió a \$8.311.272.10 para gastos de funcionamiento, mas \$100.000.00 para gastos de inversión, o sea un total de \$8.411.272.10 lo que equivalía a un

6.64% del Plan de Gastos del Municipio de Medellín durante la vigencia fiscal del año 1962, el cual era de \$126.622.354.80. Este monto era considerado por el Secretario Municipal de Salud Pública y Asistencia Social, insuficiente para solucionar las problemáticas de Salud Pública de la ciudad.

En 1967 la Secretaría de Educación Salud y Asistencia entregó un informe con las siguientes actividades. En este se declara que “*Se cobraron participaciones municipales por más de \$300.000.00 con destino especial a programas de nutrición*”.<sup>40</sup>

- Proporcionaron capacitaciones en higiene, relaciones humanas y culinarias, a los funcionarios del Patronato Escolar.
- Control de la producción de la leche.
- La División de Asistencia y Rehabilitación gestiona las donaciones de la CARE de material de enseñanza.
- Se gestiona la construcción de cocinas comunales estratégicamente localizadas en las comunas para mejorar el servicio de restaurantes escolares.
- Se administra el Patronato Escolar.
- Se gestionan donaciones de INCAPARINA con el Programa Nacional de Nutrición Escolar con el fin de aprovecharlo en un Plan Especial de Nutrición para menores.

La INCAPARINA fue un producto desarrollado en 1950 por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá en asocio con la industria alimentaria. Consistía en una mezcla vegetal a base de soya y se utilizaba como complemento alimentario rico en proteínas y de bajo costo, con la cual se pretendía combatir la desnutrición. El producto fue introducido en el país por la empresa Quaker Oats y su consumo fue promovido desde el Instituto Nacional de Nutrición a través de los centros de salud, en donde se impartían conocimientos sobre sus virtudes nutricionales y las formas de consumo, el cual se dirigía aparentemente a todo el grupo familiar.

---

<sup>40</sup>AHM, Secretaría de Educación, Salud Pública y Asistencia Social Municipal, Caja 11, Legajo 1, Folios 10 - 13, 1967.

Catorce años después, en 1981 la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social se desarrollan las siguientes actividades en materia de Nutrición:<sup>41</sup>

- Administra y reestructura el antiguo Patronato Escolar, convirtiéndolo en Servicio de Nutrición Escolar (mediante una reubicación masiva de empleados), el cual suministra 2.700 almuerzos diarios a escolares de escuelas públicas del municipio y se encuentra en trámite de ampliación.
- Ejecuta el PAN, que procede de la Dirección Nacional de Planeación y a nivel regional del programa DRI. Este benefició en sus inicios a 1.000 familias con un sistema de “compra de boletos” y también tiende a extenderse. Su ampliación incluye un programa de estímulo a la producción de alimentos, con semillas mejoradas, asistencia técnica y crédito subsidiado, a implementarse en el corregimiento de Santa Elena.
- También se ocupa de promover un Banco de Leche Materna a inaugurarse el 16 de Diciembre de 1981 con su instalación en el Hospital General de Medellín.

En otro informe del mismo año<sup>42</sup> se registran como actividades del servicio de alimentación las que se realizan para las instituciones públicas de salud tales como: diagnóstico y organización de los servicios de alimentación, planificación de minutas y dietas terapéuticas.

*La división de control de los alimentos* se ocupaba de la regulación de la producción y comercialización de alimentos y bebidas tales como grasas y aceites comestibles, carne y leche principalmente, como también el agua. En este sentido los organismos de Salud Pública del orden nacional emitían reglamentaciones que se aplicaban localmente a través de la División de Alimentos y Zoonosis. Sobre la carne y la leche se encuentran disposiciones para Medellín desde 1964, para Antioquia se encuentran desde 1972. Sucesivamente se encuentra la promoción de cursos sobre la higiene de la leche promovidos desde la Facultad de Zootecnia de la Universidad de Antioquia. Por otra parte

---

<sup>41</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 48, Legajos 1, Folios 311 - 312, 1981

<sup>42</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 87, Legajos 1, Folios 108 - 111, 1981.

se establecen regulaciones en torno al “*estado higiénico y locativo*” de la Industria Alimentaria y del expendio de alimentos.

Con relación a la *realización de diagnósticos nutricionales* en la ciudad, en los archivos del municipio pueden hallarse algunos referentes que nos ilustran sobre la manera como eran concebidos estos estudios desde el ejercicio de la política social. El primero de ellos es una propuesta de *evaluación de la dieta escolar*, que se diseñó en 1963 con el apoyo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, como antesala para la formulación de un programa de alimentación escolar para el municipio de Medellín.<sup>43</sup> La documentación de soporte incluía un formulario de consumo diario, en el que se registraban los datos personales del encuestado y los alimentos ingeridos el día del registro; también contenía unas guías para la tabulación de datos. La guía de tabulación discriminaba entre productos animales, legumbres y frutas, granos y raíces. Del primer y segundo grupo se esperaba que constituyeran el 30% de la dieta cada uno, y que el último grupo constituyera a su vez un 40%. El formulario estaba diseñado para evaluar cualitativamente la dieta del escolar, ser aplicado en momentos diferentes y evaluar cambios en los hábitos alimentarios. La evaluación final se lograba comparando unos punteos recomendados con los punteos de consumo obtenidos para cada tipo de alimentos y luego para el conjunto. Pese al interés que semejante estudio llegara a suscitar, no hemos podido hallar información acerca de la ejecución de la propuesta.

En 1971 se realizó un estudio de nutrición denominado “*Cociente de nutrición en escuelas especiales*”.<sup>44</sup> Este estudio se proponía obtener unos datos del estado nutricional de los niños que permitiera establecer relaciones entre su nivel nutricional y su desarrollo intelectual, y servir de referencia para orientar la operación de los restaurantes escolares. Para ello se tomaron en cuenta la talla y la edad de los escolares, y las tallas de referencia para niños de 6 a 14 años establecidas por el Doctor Rafael Ramos Galván y adoptadas por el Distrito Especial de Bogotá a partir de 1967. Habiéndose aplicado este método a las escuelas especiales de los barrios Belén Las Playas, Kennedy, Castilla, Centro, Carlos E.

---

<sup>43</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 110 – 124, 1963.

<sup>44</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 35, Legajo 3, Folios 169 - 176, 1971.

Restrepo, Santa Cruz, Jorge A. Carrasquilla, Pedregal, Alfonso López, Brasilia, La Rosa, San Javier, de Jesús, las Estancias, El Salvador y Florencia, se dedujo que el 22.34% de ellos tenía un estado nutricional normal, mientras un 77.66% padecía algún tipo de desnutrición. De estos últimos la mayoría se encontraban en primer y segundo grado de desnutrición según la escala de clasificación dada. Los lamentables resultados del estudio lograron que la Secretaría de Educación, Salud y Bienestar Social aumentara la cobertura del servicio de restaurante en todas las escuelas estudiadas. Así se informó en un boletín pedagógico dirigido a los profesores de la ciudad, el cual contenía además un instructivo teórico, metodológico y práctico para valorar el estado nutricional de todos los estudiantes.<sup>45</sup> El instructivo señalaba el procedimiento aplicado anteriormente, agregándole el factor peso. La pretensión de ir profundizando en el análisis se manifestaría el año siguiente, cuando el Director de las Escuelas Especiales le pidió al Director de la División Municipal de Salud autorización para hacer exámenes coprológicos y de hemoglobina a los estudiantes, aplicados a una muestra de 30 alumnos por escuela, para un total de 360 alumnos.<sup>46</sup>

Dentro de las *iniciativas prácticas de mejoramiento nutricional* se puede incluir la promoción de alimentos enriquecidos o de alto valor nutricional como la *Incaparina*. En 1964 la División de Educación Sanitaria de la Secretaría Municipal de Salud Pública, promovió a través de cursillos en los Centros de Salud la *Incaparina* como medio para combatir la desnutrición. Esta iniciativa procedía del Instituto Nacional de Nutrición y se acompaña de tablas de composición nutricional. La *Incaparina* fue empleada en el Plan de Alimentación Escolar de 1967; posteriormente se realizaron campañas de promoción del producto a través de publicaciones periódicas.<sup>47</sup>

A continuación reseñaré los programas de complementación alimentaria que se llevaron a cabo en Medellín con la implementación de los programas nacionales de canalización de la ayuda alimentaria internacional, así como su articulación con aquellas iniciativas locales que tuvieron origen por fuera del ámbito gubernamental.

---

<sup>45</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 35, Legajo 3, Folios 136 - 140, 1971.

<sup>46</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 1, 1972.

<sup>47</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folios 171 - 213, 1969.

### 2.3. El programa CARE

Desde el año 1954 en que comenzó la ayuda alimentaria externa en Colombia, se tiene conocimiento de la intervención de la Cooperativa Americana de Remesas al Exterior –CARE- en el país, junto con otras entidades.<sup>48</sup> Una referencia temprana la encontramos en el informe de la IV Conferencia sobre problemas de desnutrición en América Latina, que la define así:

*“Los famosos paquetes CARE eran regalos de familias de los Estados Unidos a familias necesitadas de otros países; cada paquete llevaba el nombre de la persona que lo donaba y cada beneficiado firmaba un recibo, en esta forma se lleva a cabo el control. Para su distribución se contaba con la ayuda de organizaciones de beneficencia privadas y gubernamentales. En el curso de 1956, se repartieron 10.000 paquetes de alimentos CARE con un total de 110.000 kilos netos. Para la fecha del informe citado habían llegado 60.000 paquetes más de alimentos CARE para ser repartidos en ese año. Estos 60.000 paquetes representan un total de 645.000 kilos de alimentos”.*<sup>49</sup>

La CARE proporcionaba alimentos básicos que eran distribuidos en Medellín a través de los Centros de Salud y de las escuelas primarias. Al respecto encontramos documentación en el Archivo Histórico de Medellín que nos ilustra sobre la ejecución de tales recursos y sus alcances entre 1962 y 1966.

El programa CARE era administrado en el Departamento por la Beneficencia de Antioquia; los funcionarios que lo operaban estaban vinculados al Municipio de Medellín y cuando eran suprimidas sus funciones en él, podían ser trasladados por la Beneficencia a otro programa como el Patronato Escolar. Para vincular los centros educativos como beneficiarios del programa, el Secretario de Educación debía dirigirse a la Beneficencia para respaldar la solicitud. El programa contaba con el siguiente personal: un almacenista, un administrador y un revisor, que rendían informe al Contralor Municipal. El almacenista hacía los reportes de disponibilidad presupuestal y de suministros, y vigilaba el destino de los recursos.

---

<sup>48</sup> Ver Capítulo I, numeral 1.3. *La ayuda alimentaria externa*

<sup>49</sup> Informe de Colombia a la IV conferencia sobre problemas desnutrición en la América Latina, Ministerio de Salud Pública. Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Instituto Nacional de Nutrición, Bogotá, Colombia, Septiembre de 1957.

Con relación a la distribución de alimentos CARE en los Centros de Salud, encontramos que el Jefe del Departamento Materno Infantil de la Secretaría de Salud Pública e Higiene, instruía a los jefes de los Centros de Salud Municipales para que distribuyeran tres libras de leche y cinco libras de harina por semana a cada familia beneficiaria, además de una lata de manteca al mes que debía entregarse abierta, seguramente para evitar que fuera vendida.<sup>50</sup> También les solicitaba indagar por entidades de beneficencia del sector que igualmente distribuyeran alimentos de CARE, CARITAS u otros, para cruzar listas de beneficiarios y no favorecer dos veces a las mismas personas.<sup>51</sup> El Secretario Municipal de Salud Pública, adicionalmente, se dirigía a los jefes de los Centros de Salud para advertirles que los empleados encargados de repartir los alimentos no estaban autorizados solicitar raciones para sí, ni estas podían serles concedidas, como sucedió en algunos casos, pues con ello se corría el riesgo de ser sancionado con la suspensión del auxilio.

La distribución de los alimentos en las escuelas se hacía mediante un refrigerio compuesto de pan y leche. En 1966, la Beneficencia de Antioquia impartía con este fin las instrucciones de que el pan y la leche fueran consumidos por los estudiantes dentro de las instalaciones de la escuela y que por ningún motivo se debían castigar las faltas de los alumnos negándoles el pan o la leche, ni cobrarles por ellos. También indicaba que no se debía proporcionar el pan a quienes no consumieran la leche. Las escuelas, por su parte, estaban obligadas a avisar con tiempo a la Secretaría sobre incidencias como el aumento o disminución de los estudiantes beneficiarios, los sobrantes de alimentos, la suspensión de actividades docentes o la mala calidad de los alimentos recibidos. También era responsabilidad de las escuelas cuidar y lavar los contenedores de alimentos y tenerlos listos oportunamente. En los casos en que no se alcanzara a entregar la leche licuada, ésta debía prepararse dentro del establecimiento utilizando 4 o 5 litros de agua hervida por libra de leche en polvo, y por ningún motivo debía ser suministrada en polvo a los estudiantes.<sup>52</sup> Los rectores de los colegios debían entregar informes periódicos de los alimentos recibidos,

---

<sup>50</sup> AHM. Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folio 174, 1962.

<sup>51</sup> *Ibid.*

<sup>52</sup> AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 162, 1966.

así como informar al comienzo del año sobre los estudiantes matriculados para así poder cuantificar las raciones necesarias.

La preparación del pan y la leche, así como su transporte y distribución se encargaban a empresas particulares por licitación. Para la fabricación de los panes con las materias primas donadas por CARE, participaban panificadoras de la ciudad como CORO, Ramo, Rico, Noel, Panadería Nueva York y panadería Santa Clara. Para la preparación de la leche se presentaban procesadoras como Proleche, Induleche y Pasteurizadora San Martín. Los fabricantes debían recoger la harina de trigo, la leche y la grasa en las bodegas del programa, situadas en el Banco Central Hipotecario en contenedores identificados con rótulos de la Beneficencia de Antioquia. En 1965 la procesadora de leches PROLECHE ganó la licitación para la licuación de la leche y firmó un contrato con el Municipio, en el cual se comprometía a preparar hasta 25.000 litros diarios de leche líquida. Entre las cláusulas del contrato se especificaba que la leche debía tener una proporción de agua de 429 litros por 100 libras inglesas de leche. También se le exigía a la empresa disponibilidad para ser inspeccionada por funcionarios del Municipio, la Beneficencia de Antioquia, CARE y/o el Gobierno de los Estados Unidos. Igualmente se le exigía presentar análisis físico químicos del producto final. La panadería Nueva York ganó el contrato en 1965, comprometiéndose a preparar entre 50.000 y 120.000 panes diarios que correspondían a los panes del programa CARE más los del Patronato Escolar, el cual asumiría el pago de los gastos de ese servicio.

También existían especificaciones dirigidas a quienes contraían responsabilidades de distribución de los alimentos: esta se llevaba a cabo en cinco zonas de la ciudad, cada una de las cuales requería un vehículo para el pan y otro para la leche, y un vehículo adicional para el transporte al interior de la planta procesadora; cada vehículo debía contar con un conductor, un ayudante y un obrero pagados por el contratista. El obrero debía tomar nota de las entregas y recibos en planillas y era el responsable directo de las entregas y los reclamos respectivos. En 1966, el asistente administrativo del programa se dirigió a la compañía de negocios *El Progreso* para que extendiera la cobertura de transporte del programa, a las escuelas cubiertas por el Patronato Escolar. Posteriormente en este mismo

año, sería el Patronato Escolar quien asumiría la responsabilidad de la distribución y transporte de los alimentos, medida que beneficiaría económicamente a ambos programas. Como veremos más adelante, la distribución de la asistencia alimentaria directa y el Patronato Escolar van a funcionar conjuntamente.

En cuanto a los insumos recibidos, en abril de 1965 la Secretaría de Salud Pública e Higiene reportaba la recepción y repartición diaria de 28 bultos de 100 libras de leche en promedio.<sup>53</sup> Si atendemos al número de beneficiados reportados y las raciones distribuidas, podemos deducir que las donaciones eran muy fluctuantes. En 1964, en un oficio del Departamento de Asistencia Pública de la Beneficencia de Antioquia firmado por el Secretario de Educación Municipal se mencionaba la entrega diaria de pan y leche para 120.000 niños del programa CARE y 20.000 del Patronato Escolar, pero advirtiendo que por una reducción de los niños atendidos, las 20.000 raciones sobrantes serían suministradas como suplemento alimenticio entre los que permanecieran en los programas.<sup>54</sup> En otro informe de la Secretaría de Educación, las cifras indicaban el reparto de 70.000 porciones diarias de pan y leche.<sup>55</sup> Para el primer semestre de 1965 - comprendido entre el 19 de Abril y el 20 de Junio - el revisor y el almacenista del programa reportaban al Secretario de Educación las siguientes raciones distribuidas: 132.100 libras de leche en polvo, equivalente a 590.130 litros - es decir casi 15.000 litros diarios -, obteniendo un promedio de 447 litros por saco de 100 libras. Para el mismo periodo se distribuyeron un total de 4.440.121 panes, dando un promedio de 111.000 panes diarios; y para los días comprendidos entre el 5 de Julio y el 15 de Agosto del mismo año se contabilizaron 101.800 libras de leche en polvo y 425.560 litros distribuidos, manejando un promedio de 419 litros por saco de 100 libras y 1.698.877 panes, alrededor de 57.000 panes diarios. Se registró también la distribución de 65.150 libras de leche en las Escuelas Rurales del distrito de Medellín<sup>56</sup>. En un informe realizado en 1966 se cuantificaba la distribución diaria desde el primero de abril en 11.120 litros de leche y 68.000 panes y a lo largo del año se presentó un aumento de la matrícula hasta alcanzar los 17.000 litros diarios y 90.000

---

<sup>53</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 233, 1965

<sup>54</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 218, 1964

<sup>55</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 6, Folios 204 y 205, 1966

<sup>56</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 219, 1965

panes, de modo que el total de litros de leche distribuidos durante el año, fue de 2.496.114 y el total de panes fue de 11.926,484.

En 1966 el revisor del programa reportó para el período de 18 de abril al 24 de junio: 196.600 libras de leche en polvo suministradas, equivalente a 834.480 de litros totales de leche distribuidos, que dieron un promedio de 17.757 litros diarios, con un rendimiento de 424 litros por cada bolsa de 100 libras; 4,828.458 panes distribuidos, equivalente a 111.678 panes diarios, incluyendo 8.940 que se entregaron para los restaurantes escolares. En las escuelas rurales del distrito de Medellín se distribuyeron 19.100 libras de leche.<sup>57</sup> En otro informe de agosto del mismo año, se mencionaba que diariamente se beneficiaba a más de 110.000 niños de las escuelas públicas de la ciudad con este tipo de suplementos alimentarios.

En torno a los costos del programa se encontraron los siguientes datos. Para 106 días correspondientes al segundo semestre de 1965, el almacenista presupuestó \$420.000,00 para la fabricación del pan, \$100.000,00 para la preparación de la leche, a pagar a Proleche y \$130.000,00 para el Transporte. Según un informe posterior, el total del presupuesto fue de \$747.610,20 distribuidos así: \$112.797,20 para licuar la leche, \$431.573,00 para la elaboración de panes y \$203.240,00 para gastos de transporte. En un informe análogo del 3 de Agosto de 1966, el revisor informaba que para poder llevar a cabo la totalidad del programa por lo que faltaba del año - es decir hasta Noviembre 18, equivalente a 43 días\_- hacían falta \$262.055,83 correspondientes a: transporte para 43 días a \$1.900 diarios que equivalen a \$81.700; la licuación de leche por 24 días faltantes por un valor de \$40.800; la fabricación de panes por 48 días por un valor de \$139.555,83.

En otro informe elaborado a finales de 1966, el revisor expuso al Secretario de Educación los principales problemas y necesidades presupuestales. El Municipio tenía destinado para este programa una partida de \$650.000.00, que incluía la elaboración del pan y la leche y el transporte de los alimentos. Mencionaba que aunque eran múltiples las ofertas para la adjudicación de la preparación de los panes, ocurría lo contrario con la

---

<sup>57</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 156 - 157, 1966.

preparación de la leche, debido a que las procesadoras de leche existentes no tenían los equipos necesarios. Por este motivo, el Municipio se veía en la necesidad de negociar todos los años con Proleche, retrasando la distribución de este alimento hasta el mes de abril, pues aunque esta empresa contaba con el personal y los equipos suficientes para licuar la leche, no tenía cómo almacenarla después de preparada. El problema podría remediarse con el transporte diario de la misma, lo cual le correspondía al Municipio; de ahí que del aumento el presupuesto municipal destinado a transporte dependiera el poder comenzar con el programa a tiempo y operar armónicamente con el calendario escolar, de febrero a noviembre. Este incremento presupuestal supondría alcanzar \$1.299.300, prácticamente el doble del presupuesto vigente, para 183 días hábiles. Los costos quedarían discriminados así: \$549.000 para la fabricación de panes; \$402.600 para la licuación de aproximadamente 22.000 litros de leche diariamente, al precio de \$0.10 por cada litro, como lo cobraba en ese entonces Proleche; \$347.700 para el transporte, a razón de \$ 1.900.00 diarios, que es lo que cobraba en ese entonces el Patronato Escolar por realizar dicho transporte. El informe advertía que únicamente se estaban distribuyendo 16.000 litros de leche diarios por falta de canecas; con la cotización respectiva llegaba a la conclusión de que se necesitaba invertir \$160.000 adicionales en la adquisición de canecas nuevas. Reclamaba también la consecución urgente de un vehículo propio con capacidad no inferior a 5 toneladas, para transportar los alimentos a las escuelas rurales, así como para otras necesidades de dotación escolar de las escuelas.<sup>58</sup> A pesar de la solicitud anterior, el revisor reportó en noviembre del mismo \$76.672.81 como partidas sobrantes en el presupuesto de gastos.<sup>59</sup>

Entre las preocupaciones relacionadas con el suministro de la asistencia alimentaria, se encontraba el tratamiento sanitario de los alimentos. Por una parte, se estaba consolidando la idea de que se podía impartir una pedagogía en torno al manejo apropiado de los alimentos; por otra parte, la calidad de los mismos era objeto de vigilancia por parte de las dependencias que lo administraban. En 1963 la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social emitió una circular con las normas de higiene para la preparación y distribución correcta de la leche donada por CARE en las escuelas.<sup>60</sup> La circular

---

<sup>58</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 143 - 146, 1966

<sup>59</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 139, 1966

<sup>60</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 3, Folios 208 y 209, 1963

mencionaba a manera de justificación, que los escolares beneficiados estaban padeciendo con frecuencia problemas de diarrea que se asociaban al consumo de dicho alimento en condiciones inadecuadas ya que la leche no siempre llegaba preparada y pasteurizada. Este proceso debía realizarse en sus inicios en las escuelas, previa especificación de las condiciones adecuadas para hacerlo. Igualmente indicaba que se debían tomar precauciones en la distribución del alimento. Con este documento, aparte de los propósitos mencionados, la Secretaría quería hacerles notar a los docentes la importancia de educar a los escolares acerca de medidas de higiene en el manejo de los alimentos. Entre las medidas de higiene se contemplaba: destinar un personal específico debidamente identificado con un carné de sanidad, que se hiciera responsable del proceso de preparación y distribución; que este personal tuviera a su disposición los implementos necesarios en perfectas condiciones de aseo; que se lavara las manos oportunamente; que la leche fuera diluida en agua potable y fuera posteriormente hervida; que los estudiantes no tuvieran acceso directo a los contenedores sino que se les distribuyera en jarros individuales servidos con cucharones debidamente higienizados; que los niños fueran obligados a lavarse las manos antes de consumirla leche.

Al año siguiente, en 1964 se seguían expresando preocupaciones al respecto, como la del jefe de la División de Saneamiento al dirigirse al Secretario Municipal de Educación Pública para exponerle que frecuentemente se presentaban problemas en el manejo sanitario de los productos CARE.<sup>61</sup> La Secretaría de Educación respondió solicitándole al Jefe de Control de Alimentos de la Secretaría de Salud hacer exámenes mensuales a la leche y los panes donados por CARE. Por otra parte en un informe del Revisor del programa para la Secretaria de Educación del Municipio, emitido el 10 de julio de 1966, se mencionaba que mediante la División de Control de Alimentos se estaban examinando las harinas, pues algunos panes presentaron gusanos, posiblemente por la exposición a la humedad de la materia prima; el estudio bromatológico realizado en junio de 1966 arrojó que la harina suministrada era de buena calidad y que el color negro se debía al descuido en el transporte.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 3, Folio 195, 1964

<sup>62</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 154, 1966

Este tipo de dificultades logísticas en la ejecución de los programas masivos de asistencia alimentaria aparecen brevemente reseñados en la correspondencia interna de los organismos responsables. Subrayaban reiteradamente el mal estado de las canecas de transporte de la leche y la necesidad de invertir en la compra de unas nuevas; indicaban la necesidad de reprender permanentemente a los chóferes para que trataran mejor las canecas contenedoras; también lamentaban la falta de continuidad en la distribución de alimentos en las escuelas rurales debido a las dificultades con los transportes, etc.

Con relación a problemas en la recepción de la ayuda por parte de los beneficiarios, el almacenista alertaba con alguna frecuencia acerca de irregularidades como la venta de los productos por parte del personal directivo de algunas escuelas donde se reportaban más estudiantes beneficiarios de los que realmente existían.<sup>63</sup> De igual forma el revisor solicitaba a las directoras de escuela responsables que se aseguraran de que los alimentos fueran consumidos exclusivamente en la escuela,<sup>64</sup> para de esta manera prevenir la venta de los alimentos por parte de los estudiantes; también se presentaba el robo ocasional de canecas de leche. A pesar de estas dificultades, el programa fue recibido con beneplácito por los directores de las instituciones beneficiarias, pues el aliciente alimentario incentivaba la asistencia de los niños a los planteles educativos. Así lo expresaban en los informes anuales y en los reportes de estudiantes matriculados.

En 1966 el Director de otro programa de complementación alimentaria dirigido a la población escolar, el Patronato Escolar, sugirió fusionar ambos programas.<sup>65</sup> Para este momento ya se presentaba una “cooperación” entre los dos programas de la Secretaría de Educación, que el Secretario estaba interesado en fomentar, distribuyendo los alimentos CARE a través del Patronato Escolar y disminuyendo así los costos, hasta en quinientos pesos por día.<sup>66</sup> El total de alimentos entregados a la población escolar según el informe, fue de 20.000 litros de leche, 100.000 panes y 10.000 almuerzos diarios.

---

<sup>63</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 229, 1965

<sup>64</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 142, 1966

<sup>65</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 6, Folio 81, 1966

<sup>66</sup>Ibid.

Si nos ceñimos a la documentación de las Secretarías de Educación y de Salud, se deduce que después de 1966 no hubo más entrega de alimentos CARE en las escuelas de Medellín; sin embargo, en un documento de 1967 el Centro de Salud N° 3 del Barrio El Salvador reportaba que 2.089 familias recibieron productos CARE. Esto puede significar que el programa siguió funcionando limitándose al suministro a través de la red de Centros de Salud Municipales.<sup>67</sup> Por otra parte, en marzo de 1969 el Secretario de Educación, Salud y Bienestar Social solicitó al presbítero Hernando Barrientos, Vicario Episcopal para la Caridad una propuesta económica para el reparto de leche y la elaboración de panes con la leche y la harina propiedad de CARITAS Arquidiocesana. El presbítero contestó rápidamente con la siguiente tarifa: 20.000 panes y porciones de leche en polvo a un precio unitario de \$0.08; hasta 100.000 panes y porciones de leche en polvo a \$0.04.<sup>68</sup> Esta información nos da a entender que, tal vez, el programa de asistencia alimentaria continuó, habiendo cesado el convenio con las remesas CARE, siguiendo el mismo esquema de cooperación entre las instituciones públicas – proveedoras de los aspectos logísticos – y otras organizaciones de caridad privadas como proveedoras de los insumos alimentarios.

#### **2.4. El Patronato Escolar**

En materia de asistencia alimentaria a la población escolar existió en Medellín una iniciativa de largo aliento denominada Patronato Escolar, que fue tal vez la política nutricional municipal más estable durante el siglo XX. Empezó a funcionar en 1935 con el fin de complementar la alimentación deficiente de los estudiantes de las escuelas públicas de educación primaria. Creado oficialmente por Decreto 51 del 23 de julio de 1936 del Gobierno Departamental, el Patronato disponía de una Junta Administradora integrada por el Director de Educación Pública Municipal, un Fiscalizador Escolar Municipal, el Personero Municipal, un Inspector de Restaurante del Departamento y dos damas representantes de organizaciones privadas caritativas de la ciudad.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 2, Legajo 1, Folio 191 y 192, 1967

<sup>68</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 113, 1969

<sup>69</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 47, Legajo 1, Folios 161 - 141, 1975

El programa comenzó con 23 restaurantes, con un gasto mensual de \$ 523.30 c/u. En 1943 fue reglamentado por Decreto Nacional 29 – 36 del 2 de septiembre; de esta fecha en adelante obtuvo financiación por parte de la Nación, el Departamento y el Municipio. En 1961 el Concejo de Medellín por Acuerdo 87 del 7 de diciembre creó el Patronato Escolar como organismo municipal autónomo cuya Junta administradora estaba compuesta por: el Alcalde Municipal, el Secretario de Higiene Municipal, el Jefe de Enseñanza Primaria Departamental y dos representantes del Concejo Municipal, con sus respectivos suplentes. En 1962 por Resolución 019 del 21 de febrero emanada de la Gobernación, se le concedió personería jurídica. Para entonces, el número de almuerzos diarios suministrados era de 4.000.<sup>70</sup> En 1968, el Acuerdo 28 del 14 de junio cambió la composición de la Junta, que pasó a estar integrada por el Alcalde o el Secretario de Salud y Asistencia, el Secretario de Hacienda Municipal o su delegado y dos representantes del Concejo Municipal, con sus suplentes. Con la reestructuración se integró el Patronato Escolar a la nueva Secretaría de Educación, Cultura y Recreación. En 1971 por Acuerdo 45 del 2 de diciembre se cambió el nombre de Patronato Escolar por el de Servicio de Nutrición Escolar de Medellín. El Acuerdo 11 de 1974 cambió de nuevo la composición de la Junta, que pasó a incorporar, además de los anteriores, tres concejales con sus respectivos suplentes, tres ciudadanos particulares, con sus respectivos suplentes, el personero Municipal y el Contralor Municipal.<sup>71</sup>

Desde 1963 la documentación del Archivo Histórico Municipal da cuenta de que se trataba de un programa ampliamente reconocido en la ciudad por parte de todas aquellas entidades públicas o privadas relacionadas de alguna manera con la asistencia y la política social. Así, el párroco de Santa Elena, en enero de 1963 se dirigía al Presidente de la Junta Directiva del Patronato para solicitarle que respaldase el restaurante escolar de la escuela del corregimiento, asumiendo el pago de los salarios de las personas que laboraban en la cocina. Con esta obra, argumentaba, se atendía a más de 150 escolares de educación primaria de esta zona rural de Medellín.<sup>72</sup> También la Asociación de Empleados

---

<sup>70</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 34 - 40, 1975

<sup>71</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 47, Legajo 1, Folios 161 - 141, 1975

<sup>72</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 1, Folio 120, 1963

Departamentales de Antioquia –ADEA-, se dirigió al Secretario de Educación para solicitarle la ampliación de los servicios del Patronato, “*especialmente para los estudiantes que viven en los barrios más apartados de la ciudad*”.<sup>73</sup>

Su reconocimiento social también era utilizado para recabar apoyos para el programa; así, en 1963 el Patronato Escolar solicitaba colaboración económica a los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Públicas Municipales para poder aumentar la cobertura de los almuerzos que se distribuían diariamente, en virtud de ser “*exponentes de la cultura y de la generosidad de Antioquia y de que la obra persigue altos fines sociales*”.<sup>74</sup> En virtud de la disponibilidad de fondos y de las necesidades de la ciudad, en Enero de 1964, la Junta del Patronato resolvió crear nuevos restaurantes escolares en San Bernardo, Escuela Manuela Beltrán, Escuela La Salle y del Barrio Andalucía.<sup>75</sup>

En 1964, según informe presentado a la Junta por parte de la administradora del Patronato,<sup>76</sup> el personal de esta institución constaba de: administradora general, auxiliar de la administradora y auxiliar de tesorería, un revisor de contraloría, un proveedor, cuatro choferes, un celador, una mensajera, 54 empleadas de servicio de restaurantes, una ecónoma incapacitada y una jubilada (sic). Las funciones de los empleados eran:

a) Administrador General: Cumplir las orientaciones y disposiciones dictadas por la Junta para regular la marcha del Patronato; ordenar todas las cuentas originadas con cargo a los fondos de la Institución; mantener al día los inventarios de todos los elementos devolutivos que estarán a su cargo y bajo su responsabilidad; coordinar los movimientos de tales elementos, con la sección de fianzas e inventarios de la Contraloría, autorizar todos los movimientos de fondos de las cuentas debidamente legalizados, a cargo de la entidad en forma solidaria con el tesorero.

---

<sup>73</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 1, Folio 119, 1963

<sup>74</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 1, Folio 154, 1963

<sup>75</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 3, Folios 220 - 222, 1963

<sup>76</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 18 – 19, 1964

b) Proveedora: llevar todo el movimiento de contabilidad del Patronato, conforme a la reglamentación expedida por la Contraloría; manejar el kardex destinado para el movimiento de los elementos de consumo; responder por tales elementos y con los cuales debe realizarse el movimiento del kárdex; entregar, para cada restaurante, los artículos de consumo, mediante vales internos que para tal efecto deben ser utilizados.

c) Tesorero General: gestionar ante la Tesorería los fondos comunes, los aportes correspondientes al Patronato, lo mismo que ante el Departamento y la Nación; en forma solidaria con el Administrador General; autorizar con su firma los cheques para el pago de todas las cuentas; rendir ante la Contraloría Municipal, en los diez primeros días de cada mes, las cuentas del mes inmediatamente anterior.

d) Administradores de los Restaurantes: dirigir las labores de las empleadas del servicio que están bajo su inmediata dependencia. Recibir las provisiones destinadas para su Sección y responsabilizarse del consumo en forma debida.

e) Empleadas del servicio: cumplir las labores propias de su oficio, acatando la dirección inmediata de la Administradora respectiva.

f) Choferes: bajo la inmediata dependencia de la Administradora General, atender al transporte de los enseres y elementos destinados para cada restaurante; cumplir el itinerario que se les señalase de acuerdo con la zona a que fueran destinados; cuidar del vehículo y de las herramientas que les eran confiadas, a fin de su correcto uso, evitando cometer abusos, utilizando los transportes por fuera de las labores que les competen o en horas que no fueran de trabajo.

g) Ayudantes de los Chóferes: Bajo la inmediata dependencia del chofer respectivo, atender a las labores de transporte, acarreo y movimiento de los elementos que les corresponde trasladar en los vehículos asignados; en asocio del chofer, cuidar su vehículo y de las herramientas para su mantenimiento.

h) Celador: vigilar los elementos que pertenecen al Patronato y sobre los cuales debía responder durante el tiempo que le fuera asignado; dar cuenta inmediata al Administrador General y al Sr. Revisor sobre los hechos que ocasionaran perjuicios a los elementos cuya vigilancia le competía e informar de su pérdida o deterioro cuando ello ocurriera.

i) Mensajero: atender a la entrega de todos los papeles que debieran ser pasados de una oficina a otra; llevar la correspondencia; efectuar las demás diligencias que le fueran encomendadas por el Administrador General.<sup>77</sup>

La composición de esta nómina laboral se destacó por su activa organización sindical hasta iniciar la década del ochenta, en que fue objeto de disolución por considerarse excesivamente costosa para los fines del proyecto.

Hacia mediados de la década de 1960, el Patronato suministraba 6.418 almuerzos diarios en 31 restaurantes escolares de todo el Municipio de Medellín, y sus directivas consideraban que su cobertura debía expandirse a 20.000, dado que la totalidad de niños escolarizados en escuelas públicas ascendía a 80.000; y la demanda de las directivas de las escuelas por el suministro de almuerzos no dejaba de incrementarse. La Administradora General hizo la propuesta para ponerla en consideración del Consejo Municipal, que implicaría un incremento considerable en el auxilio municipal, que para ese entonces era de \$1.000.000.00. También los padres de familia realizaron una propuesta para que los restaurantes escolares no cerrasen durante las vacaciones, lo que se tradujo en una ampliación efectiva de la cobertura asistencial.

Los auxilios para este organismo en 1964 se componían de la siguiente manera:

---

<sup>77</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 9, Legajo 6, Folios 149 y 150, 1964

## Cuadro N° 11

**Procedencia de los recursos del Patronato Escolar en 1964**

Municipio	1'000.000.00
Departamento	176.000.00
Nación	40.000.00
Donó Compañía de Zarzuelas Faustino García	2.330.00
Auxilio Fondo de Protección Escolar	2.137.00
V/r. Aprovechamientos por venta de pieles, sebo y hueso	26.666.36
Total presupuesto para el año 1964 faltando por aprovechamientos	1'469.133.56
Total gastos hasta la fecha	1'054.996.36
Saldo a favor	414.137.20
A los que se le suman los auxilios pendientes de pago:	
Municipio de Agosto a Noviembre	350.000.00
Departamento por el mes de Octubre	22.000.00
Nación	40.000.00
Fondo de Protección Escolar	2.137.20
Saldo a favor	414.137.20
Deuda del Patronato a la fecha	209.008.95
Saldo a favor del Patronato	205.128.25

*Fuente: AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 9, Legajo 6, Folios 149 y 150, 1964.*

Es probable que la propuesta de la ampliación de la cobertura de los servicios fuera aceptada, pues el informe general de actividades de 1964 reportó que se habían distribuido 1'022.922 almuerzos, que ascendieron a 1'389.244 en 1965 y para el año siguiente, 1966, se proyecta entregar 2'512.640.<sup>78</sup> Como era de esperarse, la expansión de esta iniciativa requería adecuaciones logísticas como la construcción de una cocina moderna que permitiera un mayor rendimiento. El Jefe de Sección de la Secretaría de Educación expresaba también que los restaurantes escolares se encontraban en deficientes condiciones, al punto de que los estudiantes se veían obligados a tomar los alimentos de pie; por lo que sugería oportuno fusionar el programa del Patronato Escolar con el de asistencia alimentaria de CARE.<sup>79</sup>

En 1967 el Patronato Escolar se comenzó a articular a los programas del gobierno nacional, en especial al Programa Nacional de Nutrición Escolar, por el cual el Municipio

<sup>78</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 6, Folios 204 y 205, 1965

<sup>79</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 6, Folio 81, 1966

recibió un aporte de \$300.000 con destino especial a programas de nutrición. Con este aporte la Secretaría de Educación, Salud y Asistencia Social inició un plan de reconstrucción del equipo automotor del Patronato imprescindible para la distribución de los insumos, y cotizó el montaje de cuatro cocinas grandes y modernas, ubicadas estratégicamente para distribuir los alimentos ya elaborados a los restaurantes en los diferentes barrios de la ciudad.<sup>80</sup>

A partir de 1970, el Patronato Escolar se articuló con el PINA, el cual comenzaba a ser implementado en Antioquia a través del ICBF. Una de las funciones del ICBF era prestar asesoría técnica por intermedio de nutricionistas que elaboraban las minutas de las comidas diarias, haciendo una distribución adecuada de los elementos proteico-calóricos en la dieta de los complementos alimentarios. También se encargaba de canalizar los recursos en dinero o en especie hacia los programas que adelantaba el Municipio. Por su parte, el Servicio de Nutrición se comprometía a realizar el traslado, almacenamiento y distribución de los alimentos suministrados, y a recibir y orientar al personal técnico del ICBF en la supervisión y evaluación del programa.<sup>81</sup> Sin embargo, en esa articulación se presentaron numerosas dificultades. Por una parte, la Administradora General del Patronato Escolar reclamaba continuamente al Director regional del ICBF la tardanza en la entrega de los insumos y el incumplimiento en las raciones de los alimentos estipulados en el contrato entre las dos entidades. Por otra parte, reclamaba que se hubiera hecho entrega del auxilio nacional a las escuelas y restaurantes sin tener en cuenta al Patronato Escolar como se venía haciendo anteriormente, *“causándole un tremendo trauma en su funcionamiento, ya que esta institución desarrolla su programa de alimentación en el Municipio de Antioquia más poblado y con más necesidades de orden social, lo que es lamentable”*.

Apoyado en estos argumentos, el Administrador del Patronato Escolar le propuso al ICBF celebrar un nuevo contrato replanteando los términos de la colaboración entre ambas entidades.<sup>82</sup> El Director Regional del ICBF, Juan B. Granados Aguirre, respondió a este oficio explicando que los aportes nacionales y departamentales a los restaurantes escolares

---

<sup>80</sup>AHM, Secretaría de Educación Municipal, Caja 11, Legajo 1, Folios 10 - 13, 1967

<sup>81</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 34 - 35, 1970

<sup>82</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 230, 1970

fueron distribuidos por el ICBF, en asocio con la Secretaría de Educación y Cultura, entre todos los municipios del Departamento de acuerdo con criterios técnicos previamente convenidos; y que aunque existía un saldo de \$36.272.40 aún no comprometido, no existía ninguna norma que indicase que debiera ser entregado al Patronato Escolar.<sup>83</sup> No obstante, ofrecía entregar al Patronato dicho saldo en dos pagos. Seguramente con este procedimiento finalmente se acepta el no haber reconocido al Patronato Escolar como el organismo local de mayor experiencia en la gestión de la asistencia alimentaria.

Para junio de 1970, el Coordinador del PINA en Antioquia informó al Sub Secretario de Salud Pública Municipal sobre una nueva entrega de alimentos para el municipio que constaba de 5.060 kilogramos de leche, 2.856 de aceite, 3.634 de harina de maíz, 1.056 de trigo y 1.876.820 de leguminosas, señalando que, sumado los anteriores despachos, se habían entregado en Medellín 492 toneladas de alimentos.<sup>84</sup>

En 1971, el Patronato Escolar fue objeto de una reestructuración en la cual adoptó el nombre de Servicio de Nutrición Escolar de Medellín. Este cambio reflejaba la sustitución del enfoque asistencial que había predominado hasta entonces por un enfoque técnico-salubrista. El programa conservó su concepción como institución descentralizada, ocupada en suministrar almuerzos a los escolares de primaria de la ciudad a través de restaurantes organizados con este fin. De esta manera, esperaba proporcionar a los estudiantes el 50% de los requerimientos proteico calóricos que requería en coherencia con su edad y actividad escolar. El programa seguía siendo administrado por una junta nombrada por el Alcalde, compuesta por dos miembros del Concejo Municipal, dos Secretarios de despacho y un funcionario de la Secretaría Departamental de Educación; dicha Junta Administradora encabezaba el organigrama, compuesto además por un Administrador, nombrado por la Junta, quien constituía el Comité de compras, al que acompaña un Revisor Fiscal, nombrado por la Contraloría Municipal. Las unidades de organización se reestructuran para pasar a ser conformadas por: 1. Servicios Internos, que comprendía depósitos, transporte, vigilancia y personal. 2. Operación: que incluía la supervisión del suministro y elaboración

---

<sup>83</sup> AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 10 - 11, 1970

<sup>84</sup> AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 17, 1970

de alimentos, así como los restaurantes con su respectivo personal. 3. Finanzas, sección que se componía de las unidades de Contabilidad y Tesorería.<sup>85</sup>

En 1972 el Servicio de Nutrición Escolar de Medellín atendía a 42 barrios y 3 corregimientos, de un total de 102 de la ciudad, y beneficiaba a 11.500 escolares. En el área urbana atendía 96 escuelas y 740 niños. Es decir, que el servicio atendía al 35.4% de la población escolar total; y según el Plan Cuatrienal de Planeación Municipal, la demanda de escolares que necesitan el servicio sería de 35.000 en 1973 y su atención requeriría un presupuesto de \$6.220.800. En 1973, según el Administrador del Servicio de Nutrición Escolar, el gasto en alimentos suministrados por el PINA correspondió a la mitad de lo requerido para su funcionamiento; la otra mitad de los insumos alimentarios seguía siendo proporcionada por el Municipio.<sup>86</sup>

En mayo del 1974 el administrador del SNEM manifestó al Alcalde preocupación por la situación económica de la entidad; simultáneamente, el Sindicato de trabajadores del SNEM - integrado por los 47 obreros y 13 empleados - presionaba por mejores condiciones laborales y salariales. Por otra parte, la entidad ya veía la necesidad de laborar en unas instalaciones más amplias. La institución ocupaba un establecimiento de propiedad del Municipio localizado en la calle 51 # 56 A 77 y solicitaba un local más amplio y apropiado para la prestación del servicio,<sup>87</sup> que debía constar de oficinas para 13 empleados y sindicato; cocina para elaborar 12.000 almuerzos diarios, con espacio para el trabajo de 29 personas; garaje para 8 vehículos y un depósito para almacenar alimentos. Con este fin, el Concejo Municipal, según Acuerdo 15 de 4 de mayo de 1973, donó un terreno a esta entidad, donde debía edificarse el inmueble. Para ello se solicitó una adición presupuestal de un millón de pesos.<sup>88</sup>

Por otra parte, la Junta administrativa del Patronato invitó a la Jefe de nutrición del ICBF para que conociera su programa de nutrición escolar y expresarle nuevamente que

---

<sup>85</sup> AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folio 138 – 139, 1974

<sup>86</sup> AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folio 142, 1974

<sup>87</sup> AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 130 - 131, 1974

<sup>88</sup> AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folio 132 - 134, 1974

para aprovechar el apoyo que los programas del gobierno nacional brindaban con el aporte de alimentos, el Municipio debía destinar una gran partida presupuestal para pagar transportes, bodegas y seguros. Estos alimentos, en cambio, podrían aprovecharse más si eran canalizados para su consumo a través del Servicio de Nutrición Escolar de Medellín, los Centros de Salud municipales, las guarderías, salas cunas, y colonias infantiles. Los gastos se valoraban en \$900 por tonelada de alimentos aproximadamente; por lo que 600 o 700 toneladas de alimentos para Medellín significarían un aporte de \$500.000 anuales.<sup>89</sup> Esta información se la dio a conocer la Jefe de la Sección de nutrición del ICBF a la Secretaria de Salud y Bienestar Social con el fin de persuadirla de la importancia de suscribir un contrato de cooperación; se preveía con este fin, la presentación de la propuesta ante el Consejo Municipal.

Las dificultades se hicieron palpables en este momento, pues sobre el presupuesto vigente de \$3.847.020 se esperaba adicionar un incremento de \$2.569.350 para 1975. El Administrador del SNEM se dirigió a la Secretaria de Educación Departamental exponiendo que el objetivo de esta obra era financiarse con aportes del Municipio, el Departamento, la Nación, la empresa privada y otros particulares y que, para 1974, la Nación aún no había hecho participación alguna, mientras el Departamento había hecho una contribución muy poco significativa, no obstante ser la mayoría de las escuelas beneficiadas departamentales.<sup>90</sup>

Cuadro N° 12

**Aportes recibidos por el Servicio de Nutrición Escolar de Medellín en 1974**

La Nación	0
Departamento	\$ 250.000.00
Municipio	\$3.600.000.00
Almacenes Éxito	\$ 25.000.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$3.875.000.00</b>

Fuente: AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folio 120, 1974

Para agravar las cosas, por entonces también se presentó un descenso en el flujo de las donaciones de alimentos realizada por el Programa Mundial de Alimentos a través del

<sup>89</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folios 91, 1974

<sup>90</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folio 120, 1974

PINA. Este llegó a equivaler a \$4.000.000 en 1973, mientras en septiembre de 1974 apenas llegaba a \$2.500.000 y para 1975 no garantizaba ningún valor específico. Mientras, el costo diario de los alimentos tendía a ascender de \$15.000 a \$16.000 para el año siguiente, por efecto de la inflación.<sup>91</sup> Así, aunque el costo de los alimentos se incrementó en \$1.000.000 anual, se consideró que su calidad había disminuido en un 20%.

Aún en febrero de 1975 el administrador del Servicio de Nutrición Escolar de Medellín acudió al representante legal del ICBF para darle a conocer la planeación del servicio para 1975, la cual esperaba cubrir 11.000 almuerzos diarios en 82 escuelas, con base en la ayuda que se comprometió a aportar el ICBF a la Secretaría de Salud. En esta comunicación se expone la reducción de las cantidades prometidas a menos de la mitad de lo estipulado inicialmente.<sup>92</sup> Paradójicamente, al tiempo que se confirmaba una importante disminución en las raciones, se informaba de un estudio del ICBF al plan del Servicio de Nutrición Escolar de Medellín para 1975, que arrojaba unas cifras mucho mayores de las que habitualmente había presupuestado esta entidad: Costo alimentos a comprar \$5.722.800.00, costo de alimentos PMA \$4.104.000.00, gastos de funcionamiento \$2.500.000.00; para un total aproximado de \$12.500.000.00.

A fines de 1975 comenzaron a aparecer los primeros reclamos por la suspensión de la “sopa escolar” en escuelas como la Julia Agudelo que beneficiaba a estudiantes de los barrios Los Mangos, El Pinar, Llanaditas y Enciso; también de la escuela ignaciana. El Corregimiento de San Antonio de Prado se pronunció frente a la posibilidad de perder los beneficios del SNEM y expuso datos detallados de la precariedad de recursos de los estudiantes de las escuelas La Verde, Monseñor Víctor Wiedemann, Manuel María Mallarino y Manuel J. Betancur, acompañados de la siguiente exposición que ilustra el desconsuelo de las directivas ante la inminente desaparición de la asistencia alimentaria que proveía el programa del restaurante escolar:

*“Si la base principal, para tomar la determinación fue la mayor pobreza, para tratar de favorecer la población escolar más desnutrida, les rogamos el favor de comparar estos*

---

<sup>91</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folio 132 - 134, 1974

<sup>92</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 44 - 45, 1975

*datos con los que tengan de otros lugares favorecidos con el servicio de nutrición escolar y en consecuencia comunicarnos los resultados. Desconocemos todo tipo de estudios hechos en nuestras escuelas para concluir el grado de pobreza en las familias de nuestros estudiantes, cosa que sería de gran utilidad, es la razón para la petición anterior”.*<sup>93</sup>

En marzo de 1975 el Administrador del SNEM se dirigió al Jefe de Planeación Nacional para solicitarle apoyo para esta institución, así como al Gerente de Empresas Varias de Medellín, para solicitarle la donación de la carne decomisada y en buen estado.<sup>94</sup> Almacenes Éxito realizó una donación de \$25.000 en efectivo.<sup>95</sup> Pero a lo largo de los años setenta, el interés de las directivas del SNEM no se limitó a recurrir a donaciones de la empresa privada y a fuentes de financiación alternativas para sostener el programa y su cobertura, sino que implicó un incremento constante en las adiciones presupuestales, mientras que, desde el nivel nacional, el ICBF recortó ostensiblemente su apoyo económico. El siguiente cuadro compara las contribuciones del Municipio y el ICBF:

**Cuadro N° 13**  
**Aportes del municipio y del ICBF al Servicio de Nutrición Escolar de Medellín 1973 – 1978**

AÑOS	AUXILIO MPIO.	ICBF	INCREMENTO AUXILIO MPAL.
1973	\$3.050.000	\$1.729.065	
1974	\$3.600.000	\$1.959.687.50	\$550.000
1975	\$4.600.000	\$1.741.542	\$1.000.000
1976	\$4.600.000	\$1.086.795.36	\$800.000
1977	\$4.600.000	\$1.193.018.50	\$1.200.000
1978	\$4.600.000	\$1.089.140.00	

Fuente: AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 30, Legajo 3, Folios 87 - 95, 1978

La evolución de la cobertura del Servicio de Nutrición Escolar desde 1964 a 1978 con relación al censo de la población escolar matriculada, se presenta en el siguiente cuadro:

<sup>93</sup> AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 50 - 73, 1975

<sup>94</sup> AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 13, 1975

<sup>95</sup> AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 135, 1974

Cuadro N° 14

**Población escolar beneficiaria del Servicio de Nutrición Escolar de Medellín y presupuesto  
1964-1978**

AÑOS	POBLACIÓN EDAD ESCOLAR	POBLACIÓN MATRICULADOS OFICIALES	% DESERCIÓN	BENEFICIARIOS	%CUBRIMIENTO	PRESUPUESTO
1964	161.588	81.317	13.2	6.000	7.37	\$ 1.598.050.48
1965	171.058	84.258	11.0	7.000	8.30	\$ 1.837.171.00
1966	181.338	91.116	9.7	8.500	9.32	\$ 2.374.331.97
1967	192.230	97.728	12.1	9.000	9.20	\$ 2.997.441.67
1968	203.790	100.552	12.7	10.000	9.94	\$ 3.319.621.55
1969	216.038	106.858	12.8	10.700	10.01	\$ 2.848.000.00
1970	221.022	123.170	11.1	8.500	6.90	\$ 3.124.970.24
1971	242.786	126.874	8.8	13.000	10.24	\$ 3.353.799.29
1972	231.512	140.125	9.9	11.000	7.85	\$ 3.399.518.33
1973	244.245	146.728	9.6	11.000	7.49	\$ 4.117.058.62
1974	269.563	159.538	10%	11.500	7.2	\$ 5.150.831.74
1975	291.128	170.081	11%	11.000	7.0	
1976	314.418	187.590	12%	11.000	5.86	
1977	339.571	206.778	14%	11.000	5.32	
1978	366.612	228.078	16%	10.500	4.58	

Fuente: AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 30, Legajo 3, Folios 87 - 95, 1978

Según censo de 1964 la población escolar en Medellín (7-14 años) representaba el 21.5% de la población total del Municipio. En 1978 sólo el 73% de los niños en edad escolar estaban matriculados, así que había un 27% de niños fuera de cobertura escolar y, entre los matriculados, un 16% de deserción, en parte producida por la desnutrición. La relación del número de beneficiarios disminuyó de 9.5% en 1964 a 9% en 1975 y a 7% en 1978. Para Octubre de 1978 se suministra almuerzo a 10.500 niños cada día, en 80 escuelas situadas en 7 comunas de las cuales 12 son municipales y 78 departamentales. Estos constituían el 4.5% de la población escolar matriculados oficialmente.

También podemos apreciar la evolución del costo de preparación de los almuerzos en este lapso:

Cuadro N° 15

**Costo de preparación almuerzos Servicio de Nutrición Escolar de Medellín 1973 – 1978**

<b>AÑO</b>	<b>COBERTURA</b>	<b>COSTO POR ALMUERZO</b>
1973	11.000	\$3.42
1974	11.000	\$3.70
1975	11.000	\$4.99
1976	11.000	\$5.12
1977	11.000	\$5.63
1978	10.500	\$6.15

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 30, Legajo 3, Folios 87 - 95, 1978

En 1977, el programa recibió del Municipio el mismo aporte que venía recibiendo desde 1975 de \$4.600.000, a pesar de que por el Acuerdo aprobado por el Consejo en este mismo año, la partida se había incrementado a \$6.000.000. El informe de 1978 reiteraba la necesidad de incrementar el presupuesto para sostener la cobertura del Servicio, en virtud de la creciente inflación.<sup>96</sup>

En mayo de 1975, se divulgaron los resultados de un estudio –al parecer realizado por la misma Secretaría de Salud- en torno a las calidades del servicio prestado por el SNEM,<sup>97</sup> en el cual se recogían los resultados de entrevistas a directores, profesores y estudiantes de la escuela especial San Javier, perteneciente al Departamento de Escuelas Especiales, y República de México y Antonio Ricaurte, adscritas al Departamento. El objetivo del estudio era revisar los criterios utilizados para la selección de beneficiarios del programa de Restaurante Escolar, así como otras características y la prestación del servicio. En el estudio se daban detalles sobre el funcionamiento del programa: los almuerzos eran proporcionados durante los cinco días hábiles de la semana y todos los menores beneficiados contribuían con \$1 a la semana; eran los profesores de cada curso quienes realizaban la selección de los beneficiarios según la observación indirecta de la condición económica de las familias. La mayoría de beneficiarios – señalaba el estudio – pertenecía a familias numerosas, cuyos jefes de hogar tenían ingresos precarios resultado de empleos inestables y mal remunerados; y afirmaba que las familias estaban conformadas por un alto

<sup>96</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 30, Legajo 3, Folios 87 - 95, 1978

<sup>97</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 18 - 25, 1975

número de escolares y en cada una eran pocos los que recibían la complementación alimentaria en las escuelas. El estudio concluía recomendando que el SNEM definiera los criterios para la selección de los beneficiarios, la cual debía basarse en una clasificación nutricional según peso y talla, realizada por una nutricionista. Se debía dar prioridad a las familias de los barrios marginados y tener en cuenta el criterio de los líderes comunales, sin detallar de qué manera o en qué sentido se utilizaría este criterio. Finalmente, el estudio consideraba necesario hacer otro estudio con base en datos directamente aportados por las familias.

Lo que hace llamativa la existencia de este estudio es el hecho de que, para este entonces, ya existían recomendaciones técnicamente más elaboradas para justificar y ejecutar de las actividades de esta entidad. A la definición de “complementación alimentaria” que se le había dado a la labor social desarrollada desde los años treinta, se adicionó la intención de mejorar el estado nutricional de los escolares, su resistencia a las enfermedades y, de esta manera, disminuir la deserción escolar que se calculaba en 14% en 1977, causada principalmente por carencias nutricionales.<sup>98</sup>

Pero más allá de una selección más apropiada de los beneficiarios del programa, el Servicio de Nutrición Escolar de Medellín continuó presentando dificultades para su financiación. Los altos costos de la nómina de trabajadores, que llegó a absorber el 88% del presupuesto, no lograban ser sufragados con el incremento de los auxilios aprobado por el Consejo Municipal,<sup>99</sup> así que finalmente, fue suspendido su funcionamiento. En su lugar se creó el Fondo Especial de Nutrición Escolar, mediante Acuerdo del 19 de agosto 31 de 1981 y Decreto Municipal 602 de 198; se trataba de un fondo orientado y administrado por la Secretaría de Salud, según Resolución 001 del 4 de enero de 1982. Desde ese momento, la operación del servicio cambió y ya no era el Fondo el que prepara los almuerzos, sino que había una licitación pública para ello, prescindiendo así el Municipio de tener que gestionar todas las labores relacionadas con la administración de los insumos alimentarios, su preparación y distribución final

---

<sup>98</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 5, Folios 97 - 100, 1977

<sup>99</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 4, Folio 307 - 309, 1981

En un informe de labores del primer semestre de 1982, se explica que se iniciaron las actividades de restaurante escolar desde el 22 de marzo, luego de ser adjudicada la licitación para la preparación de los almuerzos a la empresa *Alimentos Industriales Santiago Vásquez Osorio*. El programa reestructurado inició con una cobertura de 2.000 almuerzos y luego los aumentó en 700 diarios, suministrados de lunes a viernes, exceptuando festivos y vacaciones de mitad y fin de año. Las escuelas beneficiadas fueron:

Escuela Fe y Alegría del Río	500 almuerzos diarios
Escuela del Bosque	120 almuerzos diarios
Escuela Fe y Alegría La Cima San José	290 almuerzos diarios
Escuela Fe y Alegría Santo Domingo	500 almuerzos diarios
Escuela Fe y Alegría Popular no 1	500 almuerzos diarios
Escuela Fe y Alegría Popular N° 2	500 almuerzos diarios
Escuela Fe y Alegría San Juan de Luz	290 almuerzos diarios

La nutricionista-dietista de la Secretaría de Salud, quien realizó el informe relataba que hacía presencia en la distribución de los alimentos en las escuelas visitadas y, mediante observación directa, así como a través de los informes semanales estandarizados diligenciados por los profesores, concluía que en cuanto a la cantidad, el cubrimiento de las necesidades de los niños atendidos era del 100%; y en cuanto a la calidad el complemento presentaba todas las “características organolépticas exigidas”, salvo por algunas verduras y el frijol que han llegado a “vinagrarse”. Esto se puso en conocimiento del contratista quien buscó la manera de solucionarlo. En cuanto al valor nutritivo, se cumplía con el 100%. A los niños seleccionados para beneficiarse con el programa se les tomaron los datos de peso, talla y edad con el fin de compararlos al final del segundo semestre y verificar el beneficio en el estado de salud de los niños. La nutricionista expuso también la complacencia de los profesores, padres de familia y los niños con la transformación del Servicio de Nutrición Escolar de Medellín en el Fondo Especial de Nutrición. Para terminar, consideró que era necesario complementar el servicio con educación nutricional.<sup>100</sup>

Por su parte, diversos organismos, como la secretaría ejecutiva de Fe y Alegría, enviaron cartas agradeciendo a la Secretaría de Salud por el servicio de Restaurante Escolar

<sup>100</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 218, 1982

renovado y solicitando que se extendiera el servicio a las escuelas del sector Nororiental de la Ciudad, dando muestra de que así como en muchos lugares había suscitado temores y malestar la retirada del servicio, en algunos sectores de la ciudad el nuevo servicio fue acogido positivamente.<sup>101</sup> Para 1984 la cobertura aumentó notablemente pues según un informe de análisis nutricional de los almuerzos distribuidos por Alimentos Industriales Santiago Vásquez Osorio, ese año se distribuyeron 18.624 almuerzos en las comunas nor-oriental y nor-occidental de Medellín, que aunque cumplían con las condiciones organolépticas exigidas, no alcanzaban a cumplir con el aporte completo de las 920 calorías pactadas en el contrato de licitación.<sup>102</sup>

A mediados de 1984, el Fondo de Nutrición Escolar funcionaba como dependencia administrativa de la Secretaría de Salud y dependía presupuestalmente de la Secretaría de Hacienda, a quien correspondía el ordenamiento de las cuentas del Fondo.<sup>103</sup> Seguía siendo un programa dirigido a escolares de los estratos socioeconómicos más bajos de la ciudad, desprotegidos en su salud y nutrición y desde la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social se le concebía como un programa de complementación alimentaria que contribuía con las estrategias propuestas por el gobierno nacional para atender el problema de la nutrición. En 1985 contaba con un presupuesto de \$50.000.000 aprobado por el Consejo Municipal que alcanzaba - según el criterio de la dietista-nutricionista de la Secretaría - para continuar con el servicio de los restaurantes escolares y realizar actividades de prevención basadas en la Educación Nutricional Comunitaria. Dicha funcionaria, especialista en nutrición, definía así el óptimo funcionamiento de los restaurantes escolares:

*“Los restaurantes deben tener un manejo técnico y de control en materia de nutrición y alimentos, además higiénicos sanitario, con la coordinación del laboratorio municipal, con el fin de obtener los exámenes nutricionales, físico químico y microbiológico, que le garanticen a la Secretaría de Salud, el cumplimiento de la calidad y cantidad de los alimentos distribuidos por el contratista, de acuerdo con lo estipulado en el contrato”.*<sup>104</sup>

---

<sup>101</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 2, Folios 111 - 141, 1983

<sup>102</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 39, Legajo 2, Folio 27 - 30, 1984

<sup>103</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 5 y 6, 1985

<sup>104</sup>Ibid.

Así se revela una mirada progresivamente especializada y tecnicada sobre una problemática que había preocupado desde antiguo a las autoridades de Medellín y a los medellinenses.

La dietista de la Secretaría de Salud propuso un *proyecto de complementación alimentaria para escolares* dependiente directamente de la Secretaría de Salud-Metrosalud o de programas especiales de la Alcaldía, para así agilizar un aumento presupuestal progresivo y necesario. El programa propuesto sería denominado *Complementación alimentaria al niño en edad escolar*, en el cual el proyecto *Recuperación nutricional ambulatoria* era definido como el conjunto de actividades realizadas con el niño que presentaba desnutrición. Su objetivo general era servirse de la complementación alimentaria para recuperar nutricionalmente a los niños en edad escolar atendidos por Metrosalud. Sus objetivos específicos consistían en brindar atención nutricional y alimentaria a los escolares que presentasen desnutrición aguda en grado moderado o avanzado, o desnutrición crónica en cualquiera de sus grados; impartir educación nutricional a las madres de los beneficiarios del programa, con el fin de involucrar a toda la familia en su proceso de recuperación nutricional; educar a los padres de familia en nutrición y alimentación, salud y estimulación psicomotora, etc.<sup>105</sup> Las actividades contempladas para el desarrollo de los objetivos eran:

- Vigilancia nutricional de los escolares
- Diagnóstico del estado nutricional
- Tratamiento nutricional
- Educación nutricional alimentaria
- Distribución del complemento alimentario
- Capacitación de agentes educativos
- Consolidación de los resultados de la situación nutricional
- Evaluación de las intervenciones nutricionales y de salud

El programa también contemplaba la definición de recursos, programación, elementos de análisis, funciones del nutricionista dietista y de otro personal, pero no nos extenderemos sobre ellos pues los apartados expuestos ya ilustran la transformación del

---

<sup>105</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 14 - 18, 1985

enfoque del programa y el lugar secundario que se otorgaba al suministro directo de alimentos en tanto “*complementación alimentaria*”.

Otro de los aspectos importantes de los programas de asistencia alimentaria a escolares tuvo que ver con su papel pedagógico. Un documento denominado “*Programa de Salud del Restaurante Escolar de la Escuela Alfonso López del Centro de Salud N° 13*”, fue dirigido por el Departamento de Educación Sanitaria al Subsecretario de Salud Pública para que lo empleara como ejemplo para los demás Restaurantes Escolares.<sup>106</sup> Este se proponía aprovechar los restaurantes escolares como medio para enseñar a los estudiantes normas de salud, hábitos alimentarios y normas de seguridad para evitar accidentes. En el temario aparecían diversidad de contenidos relacionados con alimentación, crecimiento y salud, cuidado de los alimentos, higiene y hábitos personales relacionados con el vestido y la vivienda, vacunación, higiene oral, relaciones familiares, manejo de animales domésticos, higiene mental, funcionamiento del centro de salud, conducta en la mesa, prevención de accidentes, relaciones con los superiores, etc. En realidad no existe evidencia de que este tipo de actividades fueran llevadas a cabo o que realmente se extendieran a todos los restaurantes, pero constituye otra evidencia de que el componente educativo de los programas nutricionales estuvo emparentado con la orientación de la conducta hacia normas urbanas estandarizadas.

## **2.5. El PINA**

Con relación a la implementación del PINA, en el Archivo Histórico de Medellín se pudo hallar documentación entre 1969 y 1975. Correspondiente a 1969 se encontró el temario de un cursillo sobre “Nutrición Escolar” dirigido a docentes de escuela primaria, como una de las primeras actividades desarrolladas por el PINA en la ciudad. El curso comprendía 24 horas teóricas y 19 horas prácticas sobre la clasificación de los alimentos colombianos, la evaluación del estado nutricional mediante el contraste entre peso y talla; factores que determinan el estado nutricional, la desnutrición proteico calórica, la

---

<sup>106</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 41, Legajo 3, Folios 144 - 148, 1964

alimentación de la madre embarazada, del lactante, del escolar y el preescolar. En el programa estaban implicados el Departamento de Antioquia a través del Servicio Seccional de Salud, la Secretaría de Educación y Cultura Departamental del el Municipio de Medellín y el ICBF seccional Antioquia.<sup>107</sup> También se impartió un programa de actualización en nutrición al personal de enfermería del Departamento y del Municipio.<sup>108</sup>

En 1970 se inició el suministro de alimentos a los restaurantes escolares y centros de salud municipales, adhiriéndose y reforzando las políticas de asistencia alimentaria que ya existían previamente. En mayo de ese año el inventario de alimentos destinados a los centros de salud fue el siguiente: 93.320.500 kilos de leche, 56.469.000 de queso, 43.113.000 kilos de aceite, 51.773.000 de harina de maíz, 26.868.160 de leguminosas, 17.115.000 kilos de *Incaparina* y 23.962.500 kilos de *Colombiaharina*, para un total de 312.621.160 kilogramos de alimentos.<sup>109</sup>

El compromiso del Municipio para con el PINA se expuso al Director del ICBF en Bogotá en una solicitud que este realizó para que el Municipio incrementase los recursos destinados a ello. Así, se sabe que los programas se llevaron a cabo a través de la red de Centros Municipales de Salud bajo la dirección de los médicos jefe de cada uno de ellos. Los beneficiarios eran escogidos por el personal de enfermeras y auxiliares de enfermería. Los auxiliares de enfermería destinaron además 3.878 horas a los programas educativos asociados con la nutrición. Igualmente se destinó al PINA un vehículo, personal y locales municipales para efectos de transporte y almacenamiento de alimentos. Al empleo de estos recursos se sumaron los \$2.700.000 destinados en 1971 al Patronato Escolar. El Secretario de Salud, Educación y Bienestar Social calculaba en \$65.541.82 el valor del tiempo destinado por el personal de todos los centros de salud de Medellín a la implementación de los programas del PINA. Adicionalmente, lamentaba y denunciaba el incumplimiento del ICBF al Servicio de Nutrición Escolar en 1.000 toneladas de alimentos; además del auxilio

---

<sup>107</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folios 21 - 23, 1970

<sup>108</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 28, 1970

<sup>109</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 27, 1970

de \$250.000 anuales que el Ministerio de Educación Nacional debía entregar a través del ICBF.<sup>110</sup>

En 1972 se instituyó un Comité Coordinador Departamental conformado por Secretario de Hacienda Departamental, que lo presidía, el Jefe del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, el Gerente ICA, el Director Técnico de la Secretaría de Agricultura, el Representante de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental, el Director Seccional ICBF, un Médico Asistente del PINA Antioquia, el Coordinador Seccional PINA – Antioquia, el Secretario del Comité Coordinador, y un Grupo de Programación en la Secretaría de Educación, Salud y Bienestar Social conformado por los directores de la División de Salud, la División de Educación, la División de Bienestar Social, el Jefe del Departamento de Atención Médica, el Jefe de la Sección de Enfermería, la Nutricionista de la División de Bienestar Social y el Director del Servicio de Nutrición Escolar de Medellín.<sup>111</sup> El Comité reportó actividades en torno a la atención materno - infantil y escolar; así como actividades en el campo agropecuario. Las primeras fueron desarrolladas por el programa PRONENCA a través de las unidades de salud del Departamento, beneficiando a 30.000 madres y 90.000 preescolares. En la ciudad de Medellín, un subprograma de suministro de leche reconvertida<sup>112</sup> atendía a 10.000 madres que recibían dos litros diarios de leche, de lunes a sábado. Con el subprograma de restaurantes escolares se atendía diariamente en Medellín a 35.000 estudiantes y 50.000 más recibían raciones diarias del subprograma pan y leche. El PINA distribuyó a los municipios del Departamento de Antioquia equipos de cocina y restaurante para atender a 100 estudiantes cada uno, por un valor unitario de \$3.248.86, para un valor total de \$350.876.88. También entregó auxilios hasta por \$400.000 al Servicio de Nutrición Escolar de Medellín y para instituciones educativas de carácter nacional por un total de \$146.120, para ser utilizados en complementación alimentaria.<sup>113</sup> Paralelamente el PINA capacitaba a las entidades públicas en nutrición y manejo de los alimentos.

---

<sup>110</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 5 - 8, 1970

<sup>111</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 10, Legajo 2, Folio 132, 1972

<sup>112</sup> Leche en polvo licuada

<sup>113</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 7 – 10, 1972

En el seno del programa se gestó un proyecto de investigación del estado nutricional en Antioquia, planeado entre Escuela Nacional de Salud Pública, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia, ICBF – PINA de Antioquia, con la participación directa de quince estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, a realizarse en los Municipios de Rionegro, Puerto Berrío, Santafé de Antioquia, en una primera etapa y en los municipios de Apartadó, Fredonia, Yarumal y Medellín en la segunda. Sin embargo parece que la falta de consenso al interior del Comité Coordinador Departamental en torno a la pertinencia de este estudio, hizo que el presupuesto asignado a su realización fuera insuficiente; al aprobarse un tope máximo de \$20.000.00 para el reconocimiento de los gastos de alojamiento y alimentación a los estudiantes de nutrición y dietética de la Escuela de Salud Pública.<sup>114</sup> Sobre si se llevó a cabo o no dicha investigación, no fue posible hallar información.

Por otra parte, el PINA llevaba a cabo el registro de información sobre el estado nutricional de la población beneficiaria, con la cual establecía las clasificaciones pertinentes. Toda esta información se encuentra consignada en informes de los Centros de Salud, del Comité Coordinador Departamental, y del Grupo de Programación del PINA.

En 1973 se reportó que las raciones quincenales de alimentos que debían entregarse a las madres en los centros de salud constaban de 1.200 gramos de harina de maíz, 3.600 gramos de leche en polvo, 960 de queso enlatado, 900 de pescado, 1.200 de aceite vegetal y 600 gramos de leguminosas.<sup>115</sup> Sin embargo según un memorando interno, estas raciones variaban según las existencias en bodega. Los Centros de Salud con distribución del complemento nutricional del PINA eran el N° 18 del barrio Castilla, el N° 22 de Florencia, el N° 15 del barrio San Javier, el N° 8 del barrio Buenos Aires, el N° 13 de Manrique y el N° 4 de Aranjuez. En el mismo memorando se indicaba que el promedio de familias beneficiadas para 1974 era de mil, compuestas en promedio por seis integrantes. Los requisitos para que una familia calificase para ser beneficiada por el programa eran tener un ingreso familiar menor de \$1000, que hubiera al menos dos menores de seis años o que la

---

<sup>114</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 7 – 10, 1972

<sup>115</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 75, Legajo 5, Folio 140, 1973

madre estuviera en embarazo. También se aceptaban casos especiales recomendados por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales o promotoras de saneamiento del Centro de Salud.<sup>116</sup>

En las evaluaciones que realizaban los Centros de Salud de dicho programa<sup>117</sup> se destacaban como beneficios la utilidad y la calidad del complemento, las posibilidades de impartir educación sanitaria y la evidente mejoría del estado nutricional y de salud de los niños y adultos beneficiados. Por otra parte, los problemas denunciados en la implementación del programa también eran diversos: tenían que ver con lo limitado de los cupos, la irregularidad de los suministros y la arbitrariedad en selección de los beneficiarios. La falta de personal suficiente para manejar el programa entorpecía las demás labores del Centro de Salud; en algunos casos, por dificultades con el personal del Centro, no se lograron implementar los componentes educativos, las evaluaciones nutricionales o las medidas de peso y talla. Al parecer algunos Centros de Salud empleaban para realizar estas actividades a personas en condiciones contractuales diferentes a las del resto del personal, lo cual generaba protestas e inconformidad. En algunos Centros de Salud tampoco se contaba con la infraestructura apropiada para el desarrollo de los programas PINA: los depósitos de alimentos eran rondados por ladrones, poniendo en riesgo todo el Centro de salud. Se llegó a recibir denuncias sobre el mal uso dado al suplemento, siendo vendido directamente o en productos elaborados; también hubo detección de beneficiarios que recibía al mismo tiempo suplementos en diversas entidades. Las quejas más frecuentes se referían al reclamo de mayor supervisión y control por parte del ICBF, pues toda la responsabilidad de la gestión de los programas terminaba recayendo sobre el director del Centro de Salud.

Otros advertían que el programa, tal como estaba establecido, generaba dependencia por parte de algunas familias. En uno de los informes, al menos, se advirtió que el complemento no solucionaba el problema nutricional ni siquiera de los beneficiarios y que se trataba más bien de un “*entretenimiento para el hambre social*”, proponiendo en su lugar

---

<sup>116</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folios 124 - 125, 1974

<sup>117</sup>Ibid.

un programa de reparto masivo de leche “*con programas bien organizados y definidos*”.<sup>118</sup> En algunos informes se sugirió darle mayor importancia a programas educativos donde se enseñase a preparar los alimentos recibidos. En el Centro de Salud N° 4 del barrio Aranjuez se reportaron 560 familias beneficiarias; en el N° 15 en San Javier se recibieron en el año 39.912 kilos de alimentos como harina de maíz, leche, leguminosas, manteca, queso y pescado, con los que se beneficiaron 500 familias. En el Centro de Salud N° 22 localizado en Florencia, se distribuyeron a 1.000 familias durante seis meses, en 1974, 864 bultos de leche, 634 de harina de maíz, 317 cartones de aceite, 600 cartones de queso y 509 de pescado. Algunas veces estas actividades se presentaron como implementación del PRONENCA.

En 1974 se documentó la gestión realizada por el ICBF con la OPS, UNICEF, UNESCO, PMA, FAO para prolongar el convenio de donación de alimentos, por lo cual la Secretaría de Salud y Bienestar Social recibió una visita evaluativa de delegados de algunas de estas organizaciones, acompañados por delegados del Instituto de Mercadeo Agropecuario IDEMA, Planeación Nacional y el ICBF. Pese al interés mostrado en seguir siendo receptores de remesas de alimentos, persistían dificultades presupuestales para canalizar estas ayudas. Para 1975 ya se preveía la necesidad de solicitar presupuesto adicional al Municipio y al Departamento, indispensable para que las ayudas distribuidas en el programa PRONENCA llegasen a su destino. Por esta razón se estudió el empleo de cuotas de retribución de los estudiantes y de las madres beneficiadas por las unidades de salud y la exigencia al Municipio de los \$500.000 que adeudaba al programa.<sup>119</sup>

El ICBF estimó que, en su primera fase, el PINA no logró los objetivos propuestos debido a que los recursos económicos y técnicos del programa no fueron los suficientes para la magnitud de los problemas nutricionales del país; sin embargo, señaló como logro significativo su papel en la movilización de la opinión pública y de diferentes instancias administrativas decisorias, públicas y privadas, sobre la magnitud de los problemas de la

---

<sup>118</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folio 132 - 134, 1974

<sup>119</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folio 142 - 147, 1974

nutrición a nivel nacional y su lugar prioritario dentro de los programas de desarrollo económico y social.<sup>120</sup>

En el ámbito de aplicación local, como se expuso, sólo hallamos rastro de intervención relativa a la complementación alimentaria basada en la ayuda alimentaria externa, suministrada a través de los centros de salud y los planteles educativos. Aunque no indagué en los programas agrícolas a gestionar en el sector rural desde el ámbito departamental, no hay nada que nos indique que se hicieron esfuerzos o balances propios de este *Programa Integrado*, para mejorar la autosostenibilidad alimentaria de los hambrientos. La política nacional de nutrición que sucedió al PINA se pregonó como una alternativa a esta realidad innegable.

## **2.6. El Plan de Atención Nutricional PAN**

A pesar de que el PAN empezó a ejecutarse en 1975, en Antioquia las acciones adelantadas en su marco se concentraron entre 1981 y 1985. De igual manera se pueden documentar aportes del Programa Mundial de Alimentos desde 1976 hasta 1979, con destino a las instituciones de la División de Bienestar Social del Municipio. En 1977, el Secretario de Salud Pública y Bienestar Social se dirigió a la Jefe de la Sección de Nutrición del ICBF Regional Antioquia para solicitarle el incremento de la cobertura del PMA en las unidades aplicativas de la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social del Municipio de Medellín. Para estimar el volumen de la ayuda, tengamos presente que durante el primer trimestre de 1979 los aportes del PMA sumaron 8.622 kilos de alimentos equivalentes a un valor estimado de \$259.059.060. Estos se componían de: 1.439 kilos de aceite, 1.936 kilos de carne enlatada, 4.397 de harina de trigo y 850 kilos de leguminosas, de esta manera sigue operando la ayuda alimentaria, por lo menos hasta 1979.

---

<sup>120</sup>ICBF, *Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970

En la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social del Municipio de Medellín se informó con relación a la operación del PAN que, obedeciendo a los criterios de bajos recursos y factibilidad, se seleccionaron los barrios Santo Domingo Savio de la Comuna 1 y Aures de la Comuna 2 para beneficiarse del mismo y, en lo sucesivo, seguirse expandiendo. En Santo Domingo Savio se proyectaba la distribución subsidiada de alimentos mediante boletos para lo cual se le solicitaba al PAN la vinculación de seis promotoras de salud por un costo anual de \$1.080.000 y un vehículo campero. También requería el mejoramiento del Centro de Salud por un costo de \$3.000.000. Para el barrio Aures se documentó la programación de la construcción del acueducto y el alcantarillado por un valor de \$16.000.000,<sup>121</sup> también se programó la construcción y dotación de un nuevo Centro de Salud por un valor de \$5.000.000. Para la transferencia de estos recursos se exigía la firma del convenio entre la Secretaría y el Servicio Seccional de Salud de Antioquia, quien figuraba como entidad ejecutora.

El área de influencia del Centro de Salud N° 19 Santo Domingo Savio se calculaba en 21.708 habitantes, de los cuales 619 eran menores de un año y 3.118 tenían entre 1 y 4 años, además de 726 mujeres en embarazo; con una tasa bruta de natalidad del 29.1% y un “desperdicio fetal” del 13%. El Secretario de Salud consideraba que, de acuerdo a los parámetros dados para repartir 24 boletos mensuales por madre y 12 boletos por niño, era posible seleccionar el número de familias suficiente para completar los 20.000 boletos propuestos. La selección de las familias beneficiarias y de los tenderos que realizaban la distribución subsidiada de alimentos se realizó en mayo de 1981. En este momento la Secretaría también adelantaba la adquisición del lote necesario para el Centro de Salud del barrio Aures.<sup>122</sup> En septiembre de este año se celebraba el inicio del programa PAN en la ciudad. Este incluyó unas capacitaciones sobre el aprovechamiento de los productos promovidos, en el que intervinieron promotoras de *CARVE*, un producto alimenticio creado por Industrias NOEL como alimento nutricional de bajo costo. En octubre de 1981 se documentaron gestiones para la ampliación del Plan a los Centros de Salud N° 23, 17 y

---

<sup>121</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 4, Folio 307 - 309, 1981

<sup>122</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 68, 1981

24 al año siguiente, para lo cual se requerían los censos y planos de las áreas de influencia de los Centros de Salud.<sup>123</sup>

Un estudio nutricional en las comunas del Municipio seleccionadas para esta primera etapa, presentado en septiembre de 1981, aspiraba a fundamentar la aplicación del PAN en otros Centros de Salud. Para hacerlo se valieron de los datos de peso-talla-edad de los preescolares recogidos por los estudiantes de nutrición y dietética de la Universidad de Antioquia, estadísticas municipales y archivos de los Centros de Salud. El estudio comprendió los Centros de Salud N° 19 Santo Domingo Savio, N° 18 UIH Castilla, N° 24 Playón de los Comuneros, N° 17 Villa del Socorro, N° 23 Popular N° 1, N° 2 UIH Belén. La autora del estudio - Marta Cecilia Martínez - presentó en su análisis que la zona con mayor índice de desnutrición era Santo Domingo Savio, con un 71.9% de escolares desnutridos, seguida por Castilla con 44.3%, Playón de los Comuneros con 43.9%, Villa del Socorro con 43%, Popular con 36.3% y Belén con 33.4%. Sólo los datos obtenidos en Santo Domingo se acercaban a los resultados de otros estudios que afirmaba que en Medellín, más o menos el 80% de los niños presentaba desnutrición en alguno de sus grados. En los otros sectores analizados, el índice promedio de desnutrición ascendía “sólo” al 40%, así que no se acercaba, a juicio de la investigadora, a la realidad nutricional de la ciudad. Según ella el hecho de que el segundo sector más alto en desnutrición fuera el barrio Castilla, que tenía unas características socioeconómicas muy diferentes a las de Santo Domingo, llevó a la autora a interpretar que había inconsistencias en la toma de los datos o un mal estado nutricional ocasionado por el hecho de que el 65% de los alimentos ofrecidos estaba compuesto por carbohidratos como papa, panela, arroz, maíz, y se presentaba un bajo consumo de alimentos de alto valor biológico, más costosos. Por otra parte considera que falta promoción de la alimentación materna y del buen uso de los alimentos de consumo diario.<sup>124</sup>

El subprograma de boletos presentó entre 1981 y 1983, 600.000 boletos entregados a los Centros de Salud, de los cuales 429.000 le correspondieron al N° 19 del barrio Santo

---

<sup>123</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 45, 1981

<sup>124</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 31 - 41, 1981

Domingo Savio y 171.000 al N° 23 de los Populares 1 y 2.<sup>125</sup> El costo del programa durante ese último año, fue de 11'140.620.93, de los cuales 1.640.620 fueron aportados por el municipio y 9.500.000 por el PAN.<sup>126</sup> En 1983 se vio la necesidad de hacer una reestructuración al programa, pues se estimó que los boletos de alimentos subsidiados habían perdido paulatinamente su valor adquisitivo, al punto de que los beneficiarios habían dejado de reclamarlos. Como se quería conservar el beneficio prestado a los sectores de escasos recursos, se planeó cambiar el sistema por un programa de mercados móviles que redujera los costos del subsidio del Estado y ofreciera los productos de la canasta familiar a bajo precio. Con este fin se adelantaron estudios sobre los sectores adecuados para adelantar dichos programas. En junio de ese año se entregaron 17.772 boletos y en julio 15.528, pero en octubre se informó que se entregarían los últimos hasta que se agotasen, para dar paso a la nueva modalidad.<sup>127</sup>

Una vez más de esta política tan ambiciosa sólo queda su componente asistencial, aunque empieza a desarrollar estrategias que fortalecen la industria alimentaria, se sigue reforzando la idea de que el único esfuerzo válido por la equidad en las condiciones de vida es la distribución de alimentos y de subsidios para la compra de alimentos. Se desarrollan obras de mejoramiento de infraestructura importantes para una buena calidad de vida pero en una magnitud demasiado insuficientes para repercutir en los estados nutricionales.

En 1982 se realizó una nueva Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición con apoyo el DRI - PAN que mostró un deterioro de las condiciones nutricionales. La encuesta concluyó que el 41.2% de la población colombiana consumía menos proteínas de las necesarias presentes en la carne, leche, huevos, fríjoles y lentejas, el 65% consumía menos calorías importantes para una óptima reserva energética presentes en azúcares, grasas y aceites y el 46.4% de la población consumía cantidades de hierro insuficientes presentes en vísceras, carnes magras, huevos, leguminosas y cereales. De esta manera se confirma la ineficacia de la perspectiva asistencial, puntual.

---

<sup>125</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 141 - 145, 1983

<sup>126</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 7, Folio 121 - 128, 1983

<sup>127</sup>AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 147 - 148, 1983

## CAPÍTULO III

### HAMBRE Y SALUD

Para la gestión del problema del hambre, se creó en Colombia una rama de especialistas de la salud que validó científicamente, proyectó y ejecutó las políticas planteadas desde las entidades públicas. Con este fin, el Estado colombiano, bajo la dirección de la ONU y sus organismos especializados, respaldó el fortalecimiento educativo e institucional de la especialidad médica de la nutrición-dietética mientras en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se abrieron escenarios para el ejercicio de estos nuevos profesionales. El proceso por el cual estos nuevos profesionales ejecutaron y a la vez moldearon las políticas alimentarias, ilustra la perspectiva de la prevalencia salubrista en el diseño y aplicación de las mismas.

#### **3.1. “La cuestión alimentaria”: salud y políticas públicas en Colombia**

Para abordar del problema del hambre desde la perspectiva de la salud, a través de la especialidad médica de la nutrición, se hace necesario comprender la evolución de las concepciones de la salud, así como la relación de ésta con el aparato estatal y el contexto político en que se enmarca. Francisco José Yepes<sup>128</sup> y Mario Hernández<sup>129</sup> han analizado los procesos políticos y socioculturales relativos a la institucionalización de la salud en Colombia durante el siglo XX. El primero de ellos puso de relieve que el desarrollo de la institucionalización de la salud y la educación médica en nuestro país se relacionó con aspectos socioculturales y económicos acordes con tendencias mundiales, y el lugar de subordinación propio de su clasificación como país *en desarrollo*. También mostró que las concepciones de la atención en salud y la formación de profesionales de la salud estuvieron sujetas a presiones que incidieron sobre los grupos decisores y ejecutores en coyunturas políticas, sociales y económicas en las cuales los agentes externos ejercieron gran protagonismo. Mario Hernández retomó al anterior autor para profundizar en la

---

<sup>128</sup>Yepes L. Francisco José, La salud en Colombia. Análisis sociohistórico, Ministerio de salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá D.E., 1990.

<sup>129</sup>Hernández Álvarez Mario, La salud fragmentada en Colombia 1910 - 1946, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Salud Pública, Facultad de medicina, Bogotá, 2002 y Hernández Álvarez Mario et al, OPS y el Estado Colombiano, 100 años de historia 1902 - 2002, Bogotá, Octubre de 2002.

comprensión de la organización de los servicios de salud durante la primera mitad del siglo XX y su relación con los organismos de cooperación internacional a lo largo de todo el siglo.

Los antecedentes de la salud pública estuvieron ligados a enfoques higienistas según los cuales la enfermedad se produce como consecuencia de la exposición a condiciones ambientales inadecuadas, que pueden corregirse mediante medidas sanitarias. Con esta concepción, la Constitución de 1886 estableció el compromiso del Estado con la salud de la población, recogiendo los pasos de una tendencia internacional que tenía entre sus referentes la Primera Conferencia Sanitaria Internacional desarrollada en París en 1851.<sup>130</sup> La medicina, desde una perspectiva higienista fue considerada, junto a la educación, un arma para combatir la degeneración racial que se expresaba en el lento crecimiento demográfico, la alta mortalidad infantil y la baja productividad, debido a discapacidades y taras raciales acumuladas, que obstaculizaban, a juicio de las élites, el progreso y el desarrollo nacional.

Durante la República Liberal (1930-1946) adquirió vigor el propósito de darle al Estado un papel más activo en el manejo de los asuntos económicos y sociales, así como en el arbitraje de los intereses públicos y privados y entre las clases sociales. La reforma constitucional de 1936 estableció que la propiedad privada, así como las profesiones, debían cumplir una función social. También definió la Asistencia Pública como una de las funciones del Estado, mediante la cual éste adquiriría la obligación de auxiliar a quienes no tuvieran los medios y capacidades para velar por su propia subsistencia. De esta manera la salud, el trabajo y la educación se establecieron como preocupaciones prioritarias de la administración pública, lo que condujo a la creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938. El primer Ministro designado – Jorge Bejarano (1888-1966) – incluyó, la cuestión de la alimentación y la nutrición de la población colombiana entre las prioridades de su dependencia.

---

<sup>130</sup> Yepes, 1990, p. 24.

En la década de los cuarenta se consolidó la intervención norteamericana en el ejercicio de la medicina a través de las políticas de Salud Pública. Dicho campo de la política pública consolida su institucionalidad en Colombia con la creación en 1942 del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública – SCISP- dentro del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, el cual definió los lineamientos técnicos para enfrentar los principales problemas del país en la materia.

Por otra parte, en 1946 se creó el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales – ICSS - adscrito al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social; dicha entidad autónoma proveía servicios de salud y previsión social para trabajadores afiliados y sus familias. Como en muchos otros países, este sistema de aseguramiento obligatorio estaba financiado mediante una triple contribución, compuesta por los aportes de los asalariados asegurados, los empresarios y el Estado. A raíz de la fundación del ICSS, se empezó a debatir la necesidad de crear un Ministerio independiente para abordar las cuestiones de higiene y asistencia pública, como asuntos esencialmente distintos de las cuestiones de mediación laboral. La división se hizo efectiva durante el gobierno de Mariano Ospina Pérez (1946-1949) con la creación del Ministerio de Higiene por la Ley 27 del 2 de Diciembre de 1946.

En 1948 en el marco de la Conferencia Sanitaria Internacional se establece la Organización Mundial de la Salud. Para este momento los conceptos de higiene, salud pública, saneamiento y medicina preventiva dejan de ser de manejo exclusivo de los higienistas y se popularizan entre médicos y políticos. La nutrición comienza a formar parte de este conjunto de nuevas perspectivas sobre la salud pública y es incorporada al vocabulario médico y político.

Ciertos autores como Francisco Yepes, han afirmado que la formación de los profesionales médicos a lo largo de este proceso no se correspondió con las necesidades del país pues predominó un enfoque dirigido la atención curativa y privada, disociado de las perspectivas sociales de salud pública. La diferencia estriba en que, mientras la salud pública involucra a la comunidad mediante la educación en higiene, sanidad y medio

ambiente, control de enfermedades contagiosas y desarrollo de los servicios médicos para diagnóstico temprano de enfermedades, con un enfoque centrado en el tratamiento preventivo; en las escuelas de medicina colombiana prevaleció una perspectiva clínica, curativa e individualizante, de modelo unicausal. Por eso, la concepción higienista sobre la cual se organizó el sistema de salud estatal no logró incidir significativamente en la formación de profesionales aptos para aplicar las medidas de salud pública. No obstante, la salud se fue consolidando como elemento fundamental dentro de los programas para el desarrollo, convirtiéndose en el complemento inseparable de las políticas económicas.

En 1953 el Ministerio de Higiene se convirtió en el Ministerio de Salud, en el cual el SCISP afianzó su influencia. Pero, a pesar de que el influjo norteamericano modelaba tanto la política sanitaria como la educación médica; la salud pública y la medicina preventiva seguían siendo una especialidad más en la formación de los médicos, que no incidía en el conjunto del pensum, de manera que la responsabilidad de sus repercusiones colectivas recaía exclusivamente en el Estado.<sup>131</sup>

Durante los años sesenta se refuerza el vínculo salud - desarrollo en tanto que se afianza la concepción de la salud no como un gasto, sino como una inversión que implica planificación. Estados Unidos implementa la Alianza para el Progreso,<sup>132</sup> basada en la idea de un desarrollo económico y social progresivo, posible mediante la planeación. En el modelo de desarrollo/subdesarrollo los países clasificados como desarrollados debían generar un programa estratégico de intervención y ayuda a los subdesarrollados para alcanzar el estado de despegue.<sup>133</sup> La Comisión Económica para América Latina – CEPAL<sup>134</sup> - suministró las bases teóricas y los instrumentos técnicos para llevarlo a cabo, en la perspectiva de promover un crecimiento económico que se consideraba equivalente al

---

<sup>131</sup>Ibid., p. 41.

<sup>132</sup>Un programa de ayuda económica y social de E.E.U.U. para América Latina, propuesto por el presidente John F. Kennedy y desarrollado entre 1961 y 1970. En su marco se tomaron medidas dirigidas al desarrollo del sector agrícola, el libre comercio entre los países latinoamericanos, la modernización de la infraestructura de comunicaciones, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, del acceso a la educación, el control de la inflación y la cooperación monetaria.

<sup>133</sup>Yepes, 1990, p. 48.

<sup>134</sup>La CEPAL fue constituido en 1948 por la organización de las Naciones Unidas con el fin de promover el desarrollo económico y social de la región. Una de sus principales tareas es analizar e investigar los temas económicos regionales y nacionales para orientar los gobiernos en la planeación del desarrollo.

bienestar social. Esta instancia recomendaba a los países subdesarrollados la elaboración de Planes Nacionales de Desarrollo Social y Económico, para lo cual contó con el apoyo técnico y financiero de la Agencia Interamericana para el Desarrollo - AID - y el Banco Interamericano de Desarrollo - BID.

Para llevar a cabo la planificación de la salud en Latinoamérica, se vio la necesidad de capacitar personal, así que se promovió el envío de profesionales médicos de Colombia, Puerto Rico, Chile y Venezuela a especializarse en escuelas de Salud Pública norteamericanas, con la financiación de la Fundación Rockefeller, el Instituto Cooperativo de Asuntos Americanos, el Ministerio de salubridad de Chile y la Universidad de Chile. El ejercicio de la planeación planteaba la necesidad de hacer diagnósticos cuantitativos para ofrecer soluciones medibles en términos de costo/beneficio, excluyendo los aspectos cualitativos del diagnóstico y del campo de acción. Los primeros estudios socioeconómicos encaminados a trazar los planes de desarrollo en Colombia, fueron realizados en los años cincuenta por las misiones de la CEPAL, el Banco Internacional y el padre Louis Joseph Lebet.<sup>135</sup> A su vez, la CEPAL se encargó de implementar el modelo de desarrollo industrial basado en la sustitución de importaciones; proceso que arrojó frutos en la década de los sesenta con el mejoramiento de los índices económicos y sociales.

Las dinámicas de crecimiento demográfico de inicios de los años sesenta, plantearon reajustes a las metas de planeación en el sector de la salud y obligaron a introducir nuevos elementos de política pública como la planificación familiar. Las condiciones sociales obligaron a los profesionales de la salud y a los responsables de la planeación del desarrollo a considerar que las condiciones de vida de la población incidían en la salud y que, por consiguiente había que intervenir sobre los elementos sociales. Mientras tanto el enfoque curativo, individual y unicausal de la medicina curativa se mostraba cada vez más limitado, quedando circunscrita a los hospitales y al ejercicio de la medicina privada.

---

<sup>135</sup> Estudio sobre las condiciones del desarrollo de Colombia 1955-1956, Comité Nacional de Planeación, Bogotá, 1958.

El modelo de crecimiento económico propuesto por la CEPAL requería un Estado más moderno e intervencionista, y aunque desde los años cincuenta se debatía acerca de la salud como un derecho que debía ser garantizado por el Estado, con la crisis económica de la década de los setenta, empezó a considerarse que los programas de salud implicaban un gasto excesivo para las finanzas estatales; un gasto que llegaba a interpretarse como agravante del desempleo. Entonces se introdujeron cambios en la política sanitaria que se tradujeron en la consolidación de la asistencia médica estatal con ampliación de coberturas a bajo costo.

En los años setenta la crisis económica puso en entredicho la prevalencia de los Estados nacionales, cuya capacidad para controlar los procesos económicos mundiales disminuyó en favor de las empresas transnacionales y los intereses financieros. En este contexto, los estados comenzaron a enfatizar en la relación entre salud y desarrollo, en la cual la cooperación internacional jugaría un papel fundamental. Según se estableció en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada por la OMS/OPS y UNICEF en Kazajistán en 1978; en la perspectiva de lograr la paz mundial, la cooperación internacional debía promover la salud dando prioridad a: la prevención de enfermedades, la malnutrición, los servicios sanitarios primarios y la salud de la madre, el hijo y el bienestar familiar.<sup>136</sup>

En los años setenta, el desarrollismo anterior comenzó a ser sustituido por perspectivas neoliberales que plantearon una profunda crítica a los modelos de desarrollo hacia dentro de la CEPAL, insistiendo en los costos derivados de la ineficiencia estatal o la baja productividad, y promoviendo una vía distinta para alcanzar el crecimiento económico, basada en la introducción de políticas de ajuste fiscal y el adelgazamiento del Estado, con los que se incentivaría la iniciativa privada, retomando así la senda del crecimiento. Los agentes promotores del modelo económico neoliberal, basado en el crecimiento hacia fuera y un mercado financiero desregulado, presionaron para obtener reformas en la estructura y gestión del Estado, incluyendo el manejo fiscal, las finanzas, el comercio exterior y las políticas públicas de carácter social.

---

<sup>136</sup> Hernández, La OPS..., p. 227.

En Colombia, en el año 1976, justo en un momento en el que se empezaba a cuestionar la bondad del intervencionismo del Estado como estrategia para alcanzar la justicia social y el desarrollo económico, se puso en marcha el Sistema Nacional de Salud - legalmente creado en 1974 y 1975. Diversos organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo o el Banco Mundial, así como los programas de cooperación del gobierno holandés, participaron en la creación y consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante programas de atención materno-infantil y nutrición. Las Unidades Primarias de Atención UPA, diseñadas para implementar la Atención Primaria en Salud proclamada en la conferencia de Alma-Ata y de las cuales se instalaron 700 a lo largo de todo el país, entre 1976 y 1979, tuvieron entre sus responsabilidades impartir educación nutricional.<sup>137</sup>

En el Plan de Desarrollo del Presidente Alfonso López Michelsen (1974-1978) *Para cerrar la brecha*, la cuestión nutricional constituyó un capítulo específico. La problemática debía ser atendida por el Plan Atención Nutricional - PAN - y el programa de Desarrollo Rural Integrado -DRI - que fueron diseñados específicamente para ser implementados durante la vigencia de dicho plan. Estas estrategias, a las que nos hemos referido en los dos primeros capítulos, pretendieron aplicar la intersectorialidad de la Atención Primaria en Salud articulando la labor de las UPA y los Mecanismos de Administración de Contingentes Agropecuarios MAC, en beneficio de los sectores más marginados de la población.

El *Plan de Integración Nacional* del presidente Julio César Turbay (1978-1982), fue, a juicio de Yepes, uno de los que menor importancia le otorgó a las políticas sociales y de salud. Las políticas de este plan se orientaron a la población de mayor riesgo, haciendo énfasis en el control de enfermedades tropicales y la reducción de la mortalidad de los niños menores de un año, atendiendo las enfermedades perinatales y nutricionales. La relación entre alimentación y salud estaba incorporada en una serie de medidas dedicadas a promover la atención a las madres para reducir las complicaciones embarazo y las

---

<sup>137</sup>Ibid., p.229.

enfermedades venéreas mediante atención prenatal, natal, planificación familiar, vacunación, educación, complementación alimentaria y fomento de la lactancia. Los programas eran adelantados por los organismos adscritos al Sistema Nacional de Salud.

Para el plan de desarrollo *Cambio con equidad* (1983 – 1986) de Belisario Betancur, la salud se siguió considerando factor de desarrollo, y persistió el objetivo básico de reducir la morbimortalidad infantil y materna mediante la acción integral al preescolar y acciones nutricionales para la mujer embarazada, lactantes y menores; además del fomento de la lactancia materna. En todos los planes, según los analistas, se presentaron desfases entre los objetivos y su ejecución.

Para el Estado Colombiano las políticas de nutrición y alimentación se componían de tres elementos fundamentales que eran salud, educación y agricultura, según se enunciaba en un informe del Instituto Nacional de Nutrición del año 1967, elaborado para formar parte del Plan Nacional de Salud:

*“En la situación de nutrición y alimentación de Colombia participan diversos sectores del desarrollo económico y social. Entre estos, los más directamente implicados son: salud, educación y agricultura. En consecuencia, se hace evidente la necesidad de establecer una coordinación multisectorial en la formulación de la Política de Nutrición y Alimentación del país. Por lo tanto, es importante dejar establecido, que la solución del problema nutricional y alimentario, no puede obtenerse únicamente con acciones de un sector particular”*<sup>138</sup>

Sin embargo los estudiosos de las políticas alimentarias han denunciado la prevalencia, en la práctica, de un enfoque salubrista, que hacía ineficaces los esfuerzos para reducir el hambre y la malnutrición en el país. Para el Plan Nacional de Salud citado, los factores condicionantes del nivel de nutrición y alimentación comprendían un amplio abanico de elementos: la disponibilidad de alimentos, los patrones culturales, la situación económica y educativa, el saneamiento ambiental y las mismas políticas de nutrición y

---

<sup>138</sup>Informe sobre nutrición y alimentación para el Plan Nacional de Salud 1968 - 1977, Sección de Nutrición del Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Nutrición, Bogotá, 1967.

alimentación. Esta conceptualización recogía las premisas que dieron lugar al planteamiento de los Programas Integrados de Nutrición Aplicada – PINA - desde comienzos de los años sesenta, y que llevaron a coordinar acciones de los Ministerios de Salud Pública, Educación Nacional y Agricultura; sumando a los anteriores los diversos tipos de disposiciones y medidas promovidas por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación – FAO – , la Organización Mundial de la Salud – OMS –, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF – y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública – SCIP –.

El Instituto Nacional de Nutrición y el Ministerio Nacional de Salud Pública, indicaban, en 1967, qué actividades del sector salud debían desarrollarse en el marco de las políticas alimentarias:

- Establecimiento de normas de vigilancia de la contaminación de los alimentos.
- Investigación de la situación nutricional y alimentaria.
- Adiestramiento, capacitación y formación de personal encargado de implementar las políticas alimentarias en todos los niveles.
- Educación en nutrición y alimentación a la comunidad.
- Realización del PINA.
- Desarrollo de programas de complementación alimentaria para grupos vulnerados y vulnerables.
- Tratamiento a los niños desnutridos y educación a las madres.

El protagonismo de estas acciones en el tratamiento del hambre y la pobreza por parte del Estado fue objeto de cuestionamiento inclusive por los propios ejecutores y evaluadores de las políticas, como el economista Jesús Bejarano. En 1973, en una guía para el diseño de políticas alimentarias de la Dirección Nacional de Planeación, este planteaba que no existían verdaderas políticas de alimentación y nutrición en Colombia, si se entendía por éstas “*un conjunto coherente de acciones que busquen el control de todos los procesos, desde la producción de nutrientes hasta el consumo y aprovechamiento nutricional de los*

*alimentos*”,<sup>139</sup> dado que políticas así no habían sido planteadas en ningún Plan de Desarrollo.<sup>140</sup> Bejarano consideraba que la atención estatal a la desnutrición había sido insuficiente ya que antes que un problema de salud pública se trataba de un problema derivado de la pobreza y su solución no podía ser competencia exclusiva del campo clínico, sino que debía ser planteada desde la consulta a todos los sectores de la economía, reuniendo los ámbitos social y de salud. Por otra parte, consideraba que los marcos institucionales de atención al problema no eran del todo adecuados, ya que los organismos del Estado involucrados, tales como los Ministerios de Agricultura, Salud, Desarrollo, y Educación, sólo se relacionaban marginalmente con el tema de la alimentación y nutrición, y por lo tanto no las asumían como responsabilidades propias. Bejarano subrayaba enfáticamente que, en Colombia la causa fundamental de la desnutrición era la deficiencia en la capacidad adquisitiva, y no tanto la ineficiencia del aparato productivo; y que dicha deficiencia, a su vez, era causada por *la ostensible desigualdad de la distribución del ingreso*. Por consiguiente la restricción básica se encontraba en la demanda y no en la oferta. Esta postura fue compartida por otros analistas, como Absalón Machado, quien consideró que hasta la formulación del Programa Alimentario Nacional – PAN –, en 1974, primaron las acciones orientadas a mejorar el aprovechamiento de los alimentos desde la educación nutricional y la complementación alimentaria, en disociación con las políticas agrarias.<sup>141</sup>

Para Arturo Escobar,<sup>142</sup> el tema de la nutrición y la alimentación cobró importancia en 1970 en América Latina con el Proyecto Interagencial de Promoción de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición - PIA/PNAN - 1971 – 1979, promovido por la FAO, UNICEF y la OMS, que pretendió encontrar causas, consecuencias y soluciones a los problemas alimentarios de cada uno de los países, y ayudar a los diferentes gobiernos a formular políticas integradas para remediarlos. El proyecto apeló a un enfoque multicausal,

---

<sup>139</sup> Bejarano, Jesús A., *Guías para la definición de políticas socioeconómicas de alimentación y nutrición, Colombia*, Departamento Nacional de Planeación, Unidad de recursos humanos, División sociodemográfica, Comité Nacional de políticas sobre alimentación y nutrición, 1er Seminario Nacional Intersectorial de Alimentación y Nutrición, Palmira, Valle, UNICEF, ICBF, 1973.

<sup>140</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>141</sup> Machado Cartagena, Absalón, *El problema alimentario en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Bogotá, 1986.

<sup>142</sup> Escobar Arturo, *La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*, Editorial Norma, Bogotá, 1998.

y a la “coordinación multiagencial” de sectores técnicamente especializados. Requería la integración de las políticas alimentarias a los Planes de Desarrollo y, por consiguiente, la voluntad explícita de los gobiernos. También partía de la aplicación de encuestas en todos los países y requería la definición de objetivos específicos en el corto, mediano y largo plazo.

En Colombia, en el marco del PIA/PNAN, se elaboró una Guía Metodológica para la Planificación de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición. De esta manera se dio inicio a la planeación de las políticas de alimentación y nutrición como entidades específicas, ya que antes solamente habían cobrado existencia como parte de los planes de salud. En 1971 se llevó a cabo en Massachusetts la primera Conferencia Internacional sobre Nutrición, Desarrollo Nacional y Planeación; con ella se comenzó a promover la capacitación de planificadores nutricionales, introduciendo en la ciencia de la nutrición, una serie de prácticas que permitieran a las instituciones estructurar políticas de medio y largo plazo. La metodología de planeación proponía un modelo explicativo para América Latina, compuesto a grandes rasgos de los siguientes pasos: 1. Diagnóstico de la situación de nutrición y alimentación del país, es decir, la recolección de datos que mostraban las brechas y problemas nutricionales; 2. Proyección de oferta y demanda para identificar las principales dificultades en la producción y el consumo; 3. Consideración de políticas para satisfacer proyecciones con asignación de plazos y responsables. De esta manera se pretendía emprender - ahora sí - un manejo integral del problema alimentario, que trascendiera el abordaje desde la salud.

En términos generales se considera que el PIA/PNAN fue un fracaso, debido al fallido proceso de concertación con las diferentes administraciones;<sup>143</sup> pero se destaca la experiencia de Colombia con el Plan Nacional de Alimentación PAN durante la administración de López Michelsen (1974 – 1978), el cual se aproximó a sus pretensiones. También se ha valorado positivamente el avance que se produjo en torno a la conceptualización de *política de alimentación y nutrición*, definida como:

---

<sup>143</sup>Ibid.

El conjunto coherente de principios, objetivos, prioridades y decisiones adoptado por el Estado y aplicado por sus instituciones como parte integrante del plan nacional de desarrollo a fin de procurar a toda la población en un tiempo definido los alimentos y demás condiciones sociales, culturales y económicas indispensables para la adecuada nutrición y bienestar alimentario. Tales medidas gubernamentales deben asegurar una oferta adecuada de alimentos, una demanda o un consumo suficiente y equilibrio por todos los grupos de población y el control de los factores ambientales que afectan el aprovechamiento biológico de los nutrientes.<sup>144</sup>

Al respecto resulta interesante la valoración que hace el especialista en nutrición José María Bengoa: “...la principal función de la política de alimentación y nutrición es, más bien, asegurar que se tengan en cuenta en forma adecuada las implicaciones nutricionales de las diversas políticas que se originan en los diferentes sectores gubernamentales”.<sup>145</sup>

### 3.1.1 Indicadores de nutrición

Aunque los indicadores de salud en el país muestran una evolución entre 1950 y 1990 como se observa, en cuanto a reducción de la tasa de mortalidad, incremento de la esperanza de vida en más de diez años, y reducción de la mortalidad infantil como se ilustra en la siguiente tabla. Examinaremos a continuación en detalle, la situación nutricional en este lapso:

Cuadro N° 16

Indicadores de mejoramiento de las condiciones de salud en Colombia 1950 - 1990			
Periodo	Tasa de mortalidad	Esperanza de vida	Tasa de mortalidad infantil
1950 - 55	16.68 x mil	50.62 años	105.34 x mil nacidos vivos
1960 - 65	11.48 x mil	57.9 años	122 x mil nacidos vivos
1975 - 80	8.58 x mil	64.1 años	59.43 x mil nacidos vivos
1985 - 90	6.10 x mil	68.24 años	39.7 x mil nacidos vivos
Fuente: Carmen Elisa Flórez, Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX, Tercer Mundo Editores, Bogotá, 2000, p. 16.			

La evolución de la mortalidad infantil indica que los programas de salud y nutrición fueron bastante efectivos entre los años cincuenta y setenta. En Medellín los índices de mortalidad infantil muestran unas tasas bastante inferiores a las del resto del país, según se

<sup>144</sup> Bengoa, 2000, p. 29

<sup>145</sup> Ibid.

deduce de comparar con la tabla siguiente. Para 1966 Medellín presenta casi la mitad de la tasa nacional y para comienzos de los años ochenta la tasa nacional le excede en 6.98 puntos promedio anual:

Cuadro N° 17

<b>Tasa de mortalidad infantil en Medellín 1966 - 1981</b>	
1966	64.11 x mil nacidos vivos
1971	59.81 x mil nacidos vivos
1976	55.53 x mil nacidos vivos
1981	52.45 x mil nacidos vivos

Con respecto a los indicadores directos del estado nutricional encontramos que en 1954, 1955 y 1956 las enfermedades carenciales más difundidas eran la avitaminosis, la parasitosis y anemias; las cuales se encontraban en la quinta causa de mortalidad en Colombia; en 1965 descendió al sexto lugar y siguió descendiendo hasta el 7º lugar en 1984. Mientras en 1960 en el 39% de los casos analizados fueron deficientes. Se aprecia que hay una “alta prevalencia de anemias” sobre todo en las zonas rurales, la cual oscila entre el 25 y 40%. En un estudio realizado en 1977 – 80 se encuentra que el 20% de la población está afectada por diversos grados de anemia siendo la región más afectada la del Atlántico.

El consumo promedio de calorías per cápita día en Colombia según el Instituto Nacional de Nutrición en 1958: el 78% del mínimo recomendado por el INN<sup>146</sup>, 1963 – 1966: 85%<sup>147</sup>, por la Universidad Javeriana 1985: 98.5%. En 1981 la Encuesta de alimentación DANE- DRI – PAN indica que el 60% de la población no alcanza el mínimo consumo de calorías recomendado (3.000/día), mientras el 40% no obtenía consumo mínimo de proteínas por día (70 gramos/día).

En 1970 los problemas nutrición identificados, en orden de gravedad son: 1. La desnutrición proteico calórica en niños, 2. la hipovitaminosis A, 3. las anemias nutricionales asociadas con parasitismo intestinal, 4. Las caries dentales y el 5. bocio

<sup>146</sup>Dato referido en el Estudio de Desarrollo en Colombia de Leuret, 1958

<sup>147</sup> ICBF, 1970.

endémico<sup>148</sup>. Según el estudio nacional de salud, en 1978 uno de cada 7 adultos padece desnutrición.

Hasta 1981 los índices de las adecuaciones en los promedios de los consumos de vitaminas y minerales muestran mejoría desde 1960. Sólo existe una adecuación suficiente en el consumo de hierro y vitamina C; mientras que hay subconsumo de calorías, proteínas, calcio, vitamina A y vitaminas del Complejo B.

En cuanto a la desnutrición infantil:

- **Desnutrición proteica:** no hay datos exactos para 1954 pero el INN estima que se presenta en los niños de 6 meses a 5 años de edad principalmente entre el primer y el segundo año de vida. Aparece casi con exclusividad en zonas rurales y semirurales y en población pobre del Caribe, el Pacífico y los ríos Magdalena y Cauca donde la incidencia es del 5 al 10%. Se estima que el consumo de proteínas es del 30 al 50% de las cantidades recomendadas.
- En 1965 se estima que “la cuarta parte de las defunciones de niños menores de cinco años en hospitales pediátricos, tienen la desnutrición como causa primaria de muerte”; “la desnutrición es el común denominador de la patología infantil, oscilando entre el 77 y el 97%... de un 50% a 85% de los niños que asisten a jardines infantiles sufren algún grado de desnutrición”<sup>149</sup>.
- Las dos terceras partes 66.6% de los niños de clases de bajos ingresos económicos, presentan algún grado de desnutrición.
- El 65% de los niños de las zonas rurales presentan en promedio considerables retrasos de talla como resultado de desnutrición crónica.
- Según estudios realizados por el ICBF entre 1963 y 1968 en varias partes del país mediante encuestas nutricionales y medidas antropométricas tomadas a 4.000 niños, un 67% presentaba algún grado de desnutrición discriminados así: 46% con desnutrición de primer grado, 19% de segundo grado y 2% de tercer grado.
- Los principales problemas identificados son: Desnutrición proteico-calórica afecta principalmente a los niños en edad preescolar, pero también en edad escolar, a madres

---

<sup>148</sup> ICBF, 1970.

<sup>149</sup> Ibid.

embarazadas y lactantes; anemias causadas por deficiencia de hierro, afectan principalmente a mujeres y niños pequeños; otras deficiencias de vitaminas y minerales: vitamina A, calcio y rivotravina afectando a niños y adultos<sup>150</sup>.

- Según estudios realizados entre 1977 – 1980 y entre 1986 – 1989<sup>151</sup> hay un mejoramiento que se refleja en la disminución de la prevalencia de los diferentes tipos de desnutrición. En la población infantil en un incremento en el nivel de crecimiento físico alcanzado en las distintas edades, tanto en el peso como en la talla. Este refleja un mejoramiento en el nivel de vida en los estratos socioeconómicos más bajos
- En 1982 - 83 de los escolares de Medellín el 63.9% presenta desnutrición, es decir que cerca de 2 de cada 3 tienen déficit de peso para la edad. El 57.3% muestra un retardo en el crecimiento que revela un proceso de desnutrición crónica en 3 de cada 5 escolares. Y un 16.6% se han visto afectados por déficit de peso para la talla. Donde las cifras son considerablemente más altas para las escuelas oficiales en relación a las privadas<sup>152</sup>.
- Estudios de bajo peso al nacer sólo hay a partir de 1990.

### **3.2. El desarrollo de la ciencia de la nutrición y la dietética en América Latina**

Según los manuales de nutrición y dietética, la nutrición se desarrolla con la participación de la química -al abordar la composición de los alimentos-, la fisiología y la medicina. La dietética se desarrolla al aplicar los principios de la higiene en la dieta y se fortalece con el desarrollo de la nutrición. La relación hambre-enfermedad-muerte es descifrada por la medicina con mayor precisión en el siglo XX, comenzando con el estudio de lo que se llamó *kwashiorkor* y que refiere una enfermedad que se presenta en los niños, asociada al consumo de una dieta a base de maíz. Descripciones de patologías asociadas al consumo alimentario de los niños se llevaron a cabo en momentos y regiones distantes de la

---

<sup>150</sup> Departamento Nacional de Planeación, Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, Bogotá, Enero de 1979, p. 28

<sup>151</sup> FAO, *Conferencia Internacional sobre Nutrición. Una mirada a la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana*, Santafé de Bogotá, D.C., 1992.

<sup>152</sup> Restrepo C. María Teresa y Cols., *Evaluación del estado nutricional de los escolares de Medellín: 1982 – 1983*, Centro de investigaciones Facultad Nacional de Salud Pública y Escuela de Nutrición y Dietética, Medellín, 1983.

historia -como México y África- pero hasta los años cincuenta se hicieron comparaciones entre sintomatologías similares en diferentes países, y se lograron consensos conceptuales en torno a los rasgos del *kwashiorkor* concluyendo que era consecuencia de la deficiencia de proteínas en la dieta.<sup>153</sup> A partir de los años cuarenta, y sobre todo después de la segunda guerra mundial se estudiaron otras enfermedades asociadas a deficiencias alimenticias en los niños, manifestaciones de la actualmente conocida desnutrición proteico-energética. Los estudios profundizaron en sus aspectos biológicos, clínicos, epidemiológicos y sociales. En los años sesenta las investigaciones en nutrición se orientaron al estudio de los efectos de la desnutrición en el desarrollo mental y el crecimiento físico, y a esclarecer las relaciones entre desnutrición e infección.<sup>154</sup>

El surgimiento y evolución de la nutrición y la dietética como disciplinas científicas en América Latina han sido ampliamente estudiados por el nutricionista venezolano José María Bengoa Lecanda, precursor de los estudios sobre nutrición en Venezuela y el resto de Latinoamérica. Bengoa ha situado los inicios de la nutrición como práctica incluida dentro de la salud pública en los años veinte, con las investigaciones de Pedro Escudero, director del Instituto Nacional de Nutrición de Argentina, situado en Buenos Aires. En aquellos momentos, el interés estaba distante aún de la investigación sobre la desnutrición o los efectos producidos por carencias vitamínicas específicas. Por el contrario, tanto en Europa como en América Latina, la medicina se preocupaba por establecer la “dieta normal” de la población, principalmente de las clases trabajadoras. Esta tendencia se reflejó en la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en Santiago de Chile en 1936, en la que se hicieron recomendaciones para formular políticas nutricionales en todos los países, que en lo sucesivo siguieron sirviendo de referencia regional. El acuerdo arrojado por dicha Conferencia contemplaba la definición de unos puntos base que debían ser tenidos en cuenta por los gobiernos para implementar políticas de mejoramiento de las condiciones de alimentación de la población, contemplando los siguientes elementos:

---

<sup>153</sup>Vega-Franco Leopoldo, “Hitos conceptuales en la historia de la desnutrición proteico-energética”, en: *Salud Pública de México*, volumen 41, N° 4, Julio - Agosto de 1999, p. 328 - 333.

<sup>154</sup>Ibid.

- a) La definición de una cantidad de kilocalorías brutas mínimas necesarias para el trabajador promedio, establecida en 3.000 kilocalorías por ración (para un sujeto de 30 años, 65 kg de peso y 1,67 m. de estatura, considerados los rasgos de un hombre promedio).
- b) La fijación, en cada país, del costo medio de una ración equivalente al valor anterior.
- c) La definición en cada país, del costo de la alimentación como proporción del salario mínimo cuyo porcentaje debía rondar el 50%.
- d) La definición, por parte de los Estados, de límites de precios para los productos alimenticios básicos de la alimentación popular.
- e) El establecimiento de restaurantes populares con precios módicos y condiciones sanitarias adecuadas.
- f) La institución, en cada país, de organismos que se ocuparan de las medidas de política alimentaria, investigación y educación en la materia.
- g) La orientación de las políticas económicas estatales, dando prioridad a la producción, transporte y distribución de alimentos.
- h) La adopción de una legislación sanitaria alimentaria internacional.<sup>155</sup>

La Tercera Conferencia Internacional de Alimentación, auspiciada por la Sociedad de las Naciones se realizó en Buenos Aires en 1939 bajo la dirección del médico Pedro de Escudero. En ella se concluyó, aunque no se contaba con cifras concretas, que la población de América Latina padecía masivamente de sub-alimentación. Entonces se planteó la necesidad de realizar encuestas sobre el estado nutricional de la población y su relación con la vivienda y el salario. Las recomendaciones de dicha Conferencia fueron:

1. Instituir Comisiones Nacionales de Alimentación de carácter consultivo.
2. Crear en las universidades cátedras relacionadas con la alimentación y la nutrición desde el punto de vista técnico, económico y social.

---

<sup>155</sup> “Medicina Social en el Medio Rural Venezolano”, en *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, Caracas, Octubre, 1940, (sin mas datos); citado por José María Bengoa Lecanda, En: Bourges R., Bengoa José M., Alejandro M. O’Donnell (Coordinadores), *Historias de la nutrición en América Latina*, Publicación Sociedad Latinoamericana de Nutrición SLAN # 1, Fundación CAVENDES, INCMNSZ, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil CESNI, Caracas, 2000, p.16.

3. Difundir la profesión de dietistas cuyas funciones serían: “*cuidar la alimentación normal de las colectividades e individuos sanos y colaborar con el médico en la alimentación de los enfermos*”.
4. Implementar la enseñanza sistemática de la alimentación en la educación básica y realizar permanente divulgación científica al respecto.
5. Aplicar encuestas periódicas para sondear las condiciones de alimentación en América Latina
6. “*Solucionar el problema de la ayuda alimenticia mediante Servicios Públicos de Alimentación, se procure mantener la integridad del hogar*” (sic)<sup>156</sup>

Allí se consolidó el interés por trabajar unificadamente y reunirse regularmente en torno a los problemas de la nutrición en América Latina, creando un foro para discutir y divulgar los adelantos en la ciencia de la nutrición. Se propuso también establecer un centro permanente en Buenos Aires para coordinar dichas actividades. Para ello se solicitó la colaboración de Estados Unidos, la Oficina Internacional del Trabajo – OIT -, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Sociedad de las Naciones y los países latinoamericanos. Se esperaba que estas determinaciones fueran transmitidas a los gobiernos y organismos pertinentes a través de la Sociedad de las Naciones. Bengoa ha destacado la influencia de Pedro Escudero en el periodo comprendido entre 1925 - 1945 por su labor como maestro de la nutrición clínica y por su interés en los problemas de nutrición social de la región.

Sin embargo, se tardó casi una década en darle continuidad a las conclusiones de esta reunión; la FAO y la OMS organizaron, entre 1948 y 1956, cuatro Conferencias Latinoamericanas de Nutrición, en las que se convocó a los profesionales del área y a los responsables gubernamentales para discutir los problemas de la región en la materia. En las agendas de las Conferencias Latinoamericanas de Nutrición de Montevideo (1948), Río de Janeiro (1950), Caracas (1953) y Guatemala (1956), se trataron los siguientes temas centrales:

---

<sup>156</sup> Bengoa, 2000, p. 17.

- Aspectos organizativos y de gestión de las políticas: Consejos Nacionales de Alimentación y Nutrición
- Investigación: Enriquecimiento de alimentos y tabla de composición de los alimentos
- Diagnóstico: Síndrome pluricarencial, Bocio endémico y Vitamina A
- Producción: encuestas de consumo, producción de alimentos
- Atención de la desnutrición: Alimentación suplementaria, Educación nutricional

Como había señalado anteriormente, en los años treinta se sentaron las bases para establecer políticas de salud pública en América Latina, en gran medida debido a la influencia de organismos norteamericanos como la Fundación Rockefeller, la cual patrocinó la capacitación de médicos latinoamericanos en centros universitarios de los Estados Unidos. Aunque gracias a ello, se extendieron por el continente diversos planes en medicina preventiva, la nutrición no tuvo una participación significativa en las prácticas desarrolladas por las unidades sanitarias y centros de salud. Pero en las décadas de 1940 y 1950 tomó impulso el interés en incorporar la nutrición a los servicios locales de salud. Así fue como en diversos países latinoamericanos se crearon los Institutos Nacionales de Nutrición, adscritos a los Ministerios de Salud, los cuales tenían objetivos similares: analizar las propiedades nutricionales de los alimentos, realizar encuestas clínicas y de consumo, controlar el avance de enfermedades epidémicas relacionadas con estados nutricionales como el bocio, promover la complementación alimentaria, formar personal y divulgar entre la población rudimentos de educación alimentaria y nutricional.

La profesionalización de los nutricionistas-dietistas en América Latina tomó impulso en estas décadas, con la participación de la Organización Panamericana de la Salud, la cual propició convenios entre las universidades latinoamericanas y estadounidenses para ofrecer cursos y becas en EE.UU.<sup>157</sup> En 1933, Pedro Escudero fundó en Argentina la primera Escuela Nacional de Dietistas de Latinoamérica; fue en ella en la que donde se determinó el

---

<sup>157</sup>Chacón Barniza Orlando Arnulfo y Ruiz Rojas Dary Giselle, “Historia de la formación del nutricionista - dietista en Colombia. Nutrición y dietética en la Universidad de Antioquia, de técnicas a profesionales, 1952 - 1971”, en: Perspectivas en nutrición humana. Órgano de divulgación académica de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, Separata, Agosto 2005, p. 31-56

perfil del especialista de la salud: “*profesionales con estudios específicos de nutrición, con nivel universitario, con funciones y responsabilidades propias de la atención alimentaria del sano y del enfermo, tanto en el aspecto individual como colectivo, y formados en escuelas con identidad propia*”.<sup>158</sup> Este propósito se difundió en todo el continente con la oferta de cursos y becas del Instituto Nacional de Nutrición de Argentina. Mientras los contenidos de los planes de estudio, en sus inicios, dieron prioridad a la dietética hospitalaria, con el tiempo le fueron dando mayor importancia a la nutrición colectiva, enfocada a la salud pública, ante las nuevas demandas de los programas de salud. Fue así como el título de *nutricionista-dietista* se escogió para denotar la doble formación en nutrición de salud pública y en dietética hospitalaria.

En 1966, se llevó a cabo en Caracas la primera Conferencia sobre Adiestramiento de Nutricionistas Dietistas en Salud Pública, en la cual se inició el proceso de definir criterios unificados para todos los programas académicos de nutrición y dietética latinoamericanos; logrando que las diferentes escuelas adaptaran sus currículos al perfil académico y profesional elaborado en común entre los directores de los programas de la región. En la segunda Conferencia, llevada a cabo en Brasil en 1973, se creó la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición y Dietética de América Latina – CEPANDAL -; ésta se reunió en cuatro ocasiones entre 1973 y 1991. La CEPANDAL, integrada por directores de escuelas de nutrición y dietética, tenía como propósito asesorar a las escuelas en sus planes de estudios. También recomendó la creación de Asociaciones Nacionales de Escuelas de Nutrición y Dietética y de una Federación Latinoamericana de Escuelas de Nutrición y Dietética. De esta manera se fortalecía la unidad de criterios en la formación de los nutricionistas latinoamericanos. Bengoa refiere que, desde 1950 hasta la actualidad se han llegado a fundar unas 90 escuelas de nutrición en toda América Latina, de las cuales la mitad están en Brasil, desarrollando actividades de investigación, extensión y postgrado.

Por otra parte, en 1965 se creó la Sociedad Latinoamericana de Nutrición - SLAN – con alrededor de 300 o 400 socios, la cual adoptó la revista *Archivos Venezolanos de*

---

<sup>158</sup> Bengoa Lecanda José María, “Historia de la nutrición en salud pública”, en: *Anales Venezolanos de nutrición*, Caracas, Vol. 16, N° 2:85-96, 2003., p. 90.

*Nutrición* (1950) como órgano oficial de difusión, convirtiéndose en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición ALAN*; la SLAN convoca congresos para sus asociados cada tres años. Lo anterior confirma la tendencia hacia la consolidación de la nutrición y la dietética como gremio al mismo tiempo que se producía su institucionalización como disciplina académica.

### *3.2.1. Asistencia alimentaria y cooperación internacional*

La movilización recursos de cooperación internacional con el fin de proveer asistencia alimentaria se concibió en el siglo XX como respuesta a los efectos de la I y II Guerra Mundial. Dicha experiencia sirvió, bajo la iniciativa de los EE.UU., de precedente para organizar misiones de ayuda que asistieran a países subdesarrollados que padecían hambrunas generalizadas. Con la creación de la United Nations Children's Emergency Fund - UNICEF – en 1946, se llevaron a cabo, en colaboración con la FAO y la OMS, programas dirigidos a mejorar la alimentación de madres e hijos. Para ello se diseñaron planes de distribución de alimentos para las áreas necesitadas. En principio la UNICEF apeló a los excedentes de leche descremada para niños mayores de un año, leche entera para los menores de un año y un suplemento de aceite de bacalao. Posteriormente este organismo desarrolló el programa de “Salud infantil y supervivencia”, el cual se enfocó en el monitoreo del crecimiento y el desarrollo infantil; la difusión de la rehidratación oral como tratamiento a las enteritis infantiles y enfermedades gastrointestinales, la promoción de la lactancia materna y el aseguramiento de los programas de inmunización. La UNICEF también lideró las campañas contra la deficiencia de yodo entre la población infantil, y financió programas afines.

En 1943 las Naciones Unidas realizó en Hot Spring (EE.UU.) la Primera Conferencia para la Alimentación y Agricultura, en la que se subrayó la importancia de articular el sector agrícola y el sector salud para enfrentar los problemas de alimentación. Además se desarrolló un amplio temario que abarcó los siguientes ítems:

- la mutua dependencia entre consumidor/productor

- la relación entre enfermedades, alimentación deficiente y mortalidad infantil
- la necesidad de aumentar la producción de alimentos
- la necesidad de dar prioridad a niños y mujeres en embarazo

Como resultado, se establecieron consensos en torno a la institución, en todos los países, de organismos permanentes de alimentación y agricultura; y se dio origen a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO, como consecuencia de la creación de una Comisión Interina en Washington destinada a la preparación de un convenio con este fin. También se propusieron planes balanceados de consumo de alimentos, estimando las necesidades anuales por persona.

En 1948, dos años después de haberse creado la FAO, la Organización de las Naciones Unidas creó la Organización Mundial de la Salud OMS y puso en marcha algunas actividades de nutrición. La estrategia de la OMS enfatizaba el estudio de los estados nutricionales de las poblaciones y la adopción de medidas preventivas por parte de los servicios locales de salud para el control de la desnutrición calórico-proteíca, las anemias, la xeroftalmia y el bocio endémico.<sup>159</sup>

En 1963 se puso en funcionamiento el Programa Mundial de Alimentos PMA, un organismo de las Naciones Unidas creado para garantizar la asistencia alimentaria en situaciones de emergencia o de bajos ingresos asociados al subdesarrollo. En la década del setenta, otros organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Universidad de las Naciones Unidas, entraron a intervenir en las actividades internacionales de nutrición.

Influidos por las directrices emanadas de este tipo de programas elaborados en el ámbito internacional, en América Latina en las décadas del cincuenta y sesenta, se emprendieron diversos programas de ayuda alimentaria dirigidos a diferentes grupos de la población para abordar las problemáticas derivadas de los estados carenciales nutricionales.

---

<sup>159</sup> La xeroftalmia y el bocio endémico son de las dos enfermedades carenciales más frecuentes en los países “en desarrollo”, la primera de ellas afecta los ojos y puede conducir a la pérdida de la vista como consecuencia de deficiencias en la ingestión de vitamina A; el bocio endémico, al igual que el cretinismo obedecen a la deficiencia de yodo en el organismo.

En Chile se destacó la distribución de leche a madres y niños en los centros de salud; en Costa Rica, los programas de alimentación para preescolares, con participación activa de la comunidad; en Brasil, programas de alimentación para los obreros lograron vincular a la empresa privada; en Venezuela, los comedores escolares; la Compañía Nacional de Subsistencias Populares CONASUPO vendía en México productos básicos a precios especiales.

Sin embargo, el especialista en historia de la nutrición José M. Bengoa ha planteado que los programas de alimentación suplementaria representaron una de las intervenciones más costosas en materia de nutrición dentro del área de la salud pública,<sup>160</sup> debido a que consistieron en una alternativa netamente asistencial, que de no contribuyó a remediar las barreras producidas en el circuito de circulación de alimentos, y por el contrario, las agravó, además de hacer recaer todo el costo sobre el Estado o sobre las entidades oferentes. Los programas de alimentación suplementaria estaban enfocados a familias pobres, pero con las medidas de ajuste económico implementadas en los ochenta y el consecuente incremento de la pobreza, se revaluaron los criterios de selección de beneficiarios y se hicieron aún más restringidos, al establecerse factores como riesgo nutricional, ingreso familiar, selección por los servicios de salud local y concentración en zonas geográficas deprimidas.

El propio Bengoa considera que los temas prioritarios en nutrición en América Latina entre 1962 y 1975, abordados con el apoyo de la FAO y la UNICEF, se centraron en resumen en los siguientes aspectos:

- La erradicación de las formas graves de malnutrición calórica - proteínica, como el kwashiorkor y marasmo nutricional.<sup>161</sup>
- La deficiencia de micronutrientes, principalmente hierro, vitamina A, zinc, yodo y folatos.
- El estudio de la malnutrición y el desarrollo mental.

---

<sup>160</sup> Bengoa, 2003, p. 92.

<sup>161</sup> Ambas son tipos de malnutrición proteica energética frecuentes en los niños de sectores sociales muy pobres. El marasmo responde a deficiencias severas calóricas y energéticas y se presenta antes del primer año de edad. El kwashiorkor se presenta ante las deficiencias en el consumo de proteínas y es común entre los niños mayores a los 18 meses de aquellas poblaciones cuyo componente principal de la dieta son los almidones vegetales.

- El trabajo con salud pública relacionando infección / malnutrición.
- El estudio de la relación dieta-estilo de vida/enfermedades crónico degenerativas.
- Principios epidemiológicos para atender emergencias y desastres.

Así mismo, considera que logros más importantes en nutrición en el siglo XX fueron la disminución de las formas graves de desnutrición, la reducción de la prevalencia del bocio endémico, la consolidación de la política de fortificación de alimentos y la formación de profesionales dedicados a los estudios de nutrición.

### **3.3. Desarrollo de la nutrición en Colombia**

En Septiembre de 1938 se llevó a cabo en Bogotá la décima Conferencia Sanitaria Panamericana convocada por la Organización Sanitaria Panamericana OSP cuyo tema central fue “*El desarrollo de la nutrición y la alimentación en el contexto Latinoamericano y las actividades ejecutadas por parte de la OSP en este campo*”. Este evento supuso la consolidación de la intervención de los EEUU en el continente en el ámbito de la salubridad y la salud pública, dentro del cual aún se incluían los asuntos relacionados con la alimentación y la nutrición. Dicha intervención se materializó en el país más concretamente con el acuerdo firmado en 1943 entre el Ministerio de Trabajo y el SCISP para crear el Laboratorio de Estudios de Nutrición, dentro del Instituto Nacional de Higiene. Este sirvió de base para otro acuerdo posterior, en 1944, para continuar los estudios a través de una División de Nutrición que se convertiría en el Instituto Nacional de Nutrición mediante la Ley 44 de 1947. El Instituto Nacional de Nutrición no era un organismo autónomo administrativa ni financieramente pero, como organismo dependiente, desarrolló sus actividades hasta 1963, cuando el SCISP concluyó su presencia en Colombia, después de veinte años de actividades. Desde 1944 la División y luego el Instituto Nacional de Nutrición estuvieron bajo la dirección de los doctores Horacio Parra, José Góngora y López y Fernando Mejía Caicedo.<sup>162</sup>

---

<sup>162</sup>Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970.

En 1963, la Escuela Nacional de Salud Pública, creada en Bogotá en 1960 se trasladó a Medellín, haciendo parte del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, ocupándose de estudiar los problemas sanitarios más urgentes que afectaban al país y de orientar las políticas públicas. Para lograr la protección y el mejoramiento de la salud de los ciudadanos la Salud Pública se ha servido, desde sus inicios, de diferentes herramientas como la estadística, la demografía, la epidemiología, la higiene, la medicina preventiva, la bacteriología, la sociología y la política. Como disciplina, se ocupa de las causas sociales de las enfermedades, entre ellas la desnutrición, la cual desde los años cuarenta y cincuenta era considerada un estado patológico asociado con la dieta regional, el nivel de ingresos, el nivel educativo y el conocimiento alimentario.<sup>163</sup> Con la transición, en los años cincuenta, del modelo higienista al de Salud Pública, la salud cobró el status de un derecho ciudadano que debe ser garantizado por el Estado, al que se fueron incorporando con fuerza los criterios nutricionales. No obstante, en la década de 1970 la nutrición comenzó a salirse de los estrictos márgenes de los planes de salud, para empezar a formar parte de las políticas alimentarias; pero inclusive en la actualidad sigue haciendo parte de la Atención Primaria en Salud.

### *3.3.1. La evolución de la formación en nutrición y dietética*

La Organización Panamericana de la Salud, desde su enfoque en los problemas de malnutrición y desnutrición en América Latina, ha insistido en la importancia de capacitar recursos humanos idóneos para formular e implementar los programas encaminados a reducir la malnutrición en la región, dada la escasez de personal con formación técnica apropiada. El Instituto Nacional de Nutrición de Colombia dedicó desde su creación, parte de sus recursos al adiestramiento de personal profesional en el área, a través de la impartición de cursos a los alumnos de medicina de la Universidad Nacional. Capacitó a

---

<sup>163</sup>Gutiérrez Rodríguez, Nora Patricia, “Medicina social y práctica médica: Consideraciones sobre la práctica médica en Medellín 1930-1964”, Trabajo de Grado, Departamento de Historia, Universidad de Antioquia, 2002.

enfermeras de la Escuela Superior de Higiene y a personal médico, mediante cursos especiales impartidos por dietistas y nutricionistas visitantes, patrocinados por diversos organismos multinacionales la FAO, OMS, OPS, SCISP. También dictó cursos a estudiantes de escuelas de Economía Doméstica y de Servicio Social en diferentes ciudades. Por otra parte llevó a cabo la capacitación de personal auxiliar permanente mediante programas y clases dirigidos a su personal técnico. Constituyendo la División de Nutrición del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en la que se convirtió luego trabajó también con estudiantes de diferentes universidades, incluyendo la Universidad de Antioquia, en particular de las facultades de Medicina y Enfermería, Salud Pública, Nutrición y Dietética, llevando a cabo de esta manera un vasto programa de adiestramiento de multiplicadores sobre nutrición y alimentación.<sup>164</sup>

Fuera de la labor desarrollada directamente por los profesionales del Instituto Nacional de Nutrición, fueron surgiendo las carreras profesionales, encabezadas por la primera Facultad de Dietética de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá creada en 1952; pero sus egresados no alcanzaban satisfacer todas las solicitudes de hospitales e instituciones asistenciales de la ciudad y del país.<sup>165</sup> Así que se crearon programas de estudios en nutrición y dietética en otras instituciones de educación superior: Universidad Industrial de Santander y Universidad Femenina de Santander (1962); Universidad Nacional de Colombia (1963); Universidad de Antioquia (1965); Universidad del Atlántico, como auxiliares en nutrición, (1965) y como profesionales (1971).

En 1970 el Instituto Nacional de Nutrición, incorporado ya al ICBF como su División de Nutrición, considera un logro sobresaliente que *“la organización y reorientación de las Escuelas de Nutricionistas Dietistas se llevó a cabo desde las primeras etapas del Programa de Nutrición con el fin de combatir la escasez de este personal especializado y hacer previsiones para la expansión futura del programa. Se organizaron así mismo, cursos de nutrición en salud pública para médicos graduados y un Centro*

---

<sup>164</sup>Ibid.

<sup>165</sup> Informe de Colombia a la IV conferencia sobre problemas desnutrición en la América Latina, Ministerio de Salud Pública, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Instituto Nacional de Nutrición, Bogotá, Colombia, Septiembre de 1957.

*Regional de Capacitación en Economía Alimentaria y Nutrición Aplicada*".<sup>166</sup> El programa de nutrición, se describía como un plan orientado hacia la salud pública, basado en los principios de la epidemiología y la medicina preventiva general, el cual era capaz de atender actividades multisectoriales simultáneas, como la capacitación de las madres, la complementación alimentaria a grupos vulnerables, la investigación metodológica, etc.

El investigador del proceso de profesionalización de la nutrición y la dietética en Colombia, Orlando Chacón y Dary Ruiz,<sup>167</sup> sostiene que el proceso se inició con fuerza en Colombia durante los años sesenta, con la institucionalización de la formación de nutricionistas-dietistas como respuesta al desarrollo de programas intersectoriales que demandaban personal idóneo. El proceso se fortalece en los años setenta con la difusión de las políticas de alimentación y nutrición que permiten proyectar el ejercicio de la profesión en la sociedad, legitimándolo con relación a otros profesionales de la salud. Estos autores encuentran que en Latinoamérica, como en otras regiones del mundo occidental, la profesión se conformó a partir de un doble origen que aún estructura sus áreas de desarrollo: la salud pública, dado su interés en resolver los problemas nutricionales de las poblaciones; y la dietética, vinculada al ejercicio clínico de las instituciones hospitalarias.

En 1970, la Dirección de Nutrición del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar estimaba un déficit de 835 profesionales de la nutrición y la dietética en el país, y definía así el objetivo de la carrera que los había de formar: "*Formar profesionales no medicas (sic) capacitadas científicamente para desempeñar un papel clave en todos los programas de promoción, protección, prevención, recuperación y tratamiento de las enfermedades y problemas nutricionales para lograr el bienestar físico, mental y social de la población colombiana*".<sup>168</sup> Este objetivo pretendía cumplirse mediante la integración de los siguientes elementos:

1. el conocimiento de las ciencias básicas, de la nutrición y afines;
2. la aplicación de conocimientos en las diferentes ramas de la nutrición;

---

<sup>166</sup>Informe sobre siete años ..., 1970.

<sup>167</sup>Chacón y Ruiz, 2005.

<sup>168</sup>Informe sobre siete años..., 1970.

3. entrenamiento en el análisis y comprensión de los problemas sociales de las comunidades y la búsqueda de posibles soluciones;
4. desarrollo de habilidades en planeación, ejecución y evaluación de actividades de nutrición;
5. evaluar permanentemente el programa y las estudiantes.

En 1977 se tramitó un Proyecto de Ley que buscaba, por primera vez, reglamentar la profesión de nutricionista-dietista en el país. En él se delimitaron con claridad sus funciones en las áreas asistencial, educativa, administrativa e investigativa; las condiciones bajo las cuales se ejercería y los requisitos y características que debían seguir las universidades para crear programas que pretendieran contar con la aprobación oficial, sin la cual los títulos carecerían de valor para el ejercicio profesional.<sup>169</sup>

Según un informe de 1988 de la Asociación Colombiana de Nutrición y Dietética,<sup>170</sup> en 1985, el total de nutricionistas dietistas en Colombia era de 1979, de los cuales 32% eran egresados de la Javeriana en Bogotá, 20% de la Universidad del Atlántico, 18% de la Universidad Nacional, 13% de la Universidad de Antioquia, 11% de la Universidad Industrial de Santander, 5% de la Universidad Metropolitana y 1% de universidades extranjeras. En cuanto a los campos de ejercicio profesional encontraba que tres cuartas partes de los nutricionistas dietistas laboran en el sector salud y una quinta parte en educación; una proporción muy pequeña trabajaba en el sector industrial, agropecuario u otros. En el sector salud ejercían su labor en todos los niveles de los sistemas de salud y bienestar, y en el sector educativo en la educación superior. Las instituciones que agrupaban el mayor número de profesionales en ejercicio eran, por orden: el ICBF, los hospitales universitarios, las universidades oficiales, el Instituto de los Seguros Sociales, y las universidades y clínicas privadas; mientras las instituciones privadas del sector productivo, agropecuario e industrial eran las que vinculan el menor número de nutricionistas. Así pues, dos tercios de los nutricionistas profesionales se desempeñaban en el sector oficial, una quinta parte al privado y pocos lo hacían en el sector mixto. Los

---

<sup>169</sup> Chacón y Ruíz, 2005.

<sup>170</sup> Asociación Colombiana de Nutrición y Dietética, Cuantificación, características y perfil profesional del nutricionista dietista en Colombia, OPS, OMS, Bogotá, 1988.

cargos en los que se desempeñaban eran, en orden descendente: la educación, la administración de servicios de alimentación, la nutrición clínica y la nutrición en salud pública. Al indagar por las causas de insatisfacción de los nutricionistas respecto al ejercicio de su profesión, estos solían destacar la subestimación de la profesión frente a otras especialidades médicas, los bajos salarios, la falta de oportunidades de especialización y la falta de ascensos, así como una incipiente escasez de puestos de trabajo.

### *3.3.2. La Escuela de Nutrición y Dietética en la Universidad de Antioquia*

En Antioquia, la carrera de nutrición y dietética fue fundada en 1965 en el Instituto Politécnico Colombiano “Jaime Isaza Cadavid” por el Doctor Hernán Vélez Atehortúa, el primer médico internista que se dedicó a estudiar los problemas nutricionales en el Departamento. El Doctor Vélez trabajó con la licenciada Dolly Quintero, quien tenía experiencia en las salas metabólicas del Hospital del Valle. Ella se había capacitado para aplicar encuestas alimentarias en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá – INCAP-<sup>171</sup>, y posteriormente obtendría el título de Nutricionista Dietista en la Universidad de Antioquia. El Doctor Hernán Vélez, por su parte, se había graduado en medicina en la Universidad de Harvard en; allí se especializó en nutrición con orientación en el área clínica, profesión que desempeñó en las salas metabólicas del Hospital San Vicente de Paúl. Allí, el trabajo con las dietistas formadas en las escuelas estadounidenses, influyó en la concepción del programa de nutrición y dietética que él promovió.<sup>172</sup> El Doctor Vélez concibió la formación en dietética y nutrición como una carrera de nivel intermedio, de tres años de duración, con tres áreas de profundización, entre las cuales los estudiantes podían escoger para cursar durante el segundo y tercer año de estudios: Nutrición clínica; administración de los servicios de alimentación y Nutrición comunitaria.

---

<sup>171</sup> El Instituto fue fundado el 14 de Septiembre de 1949, con sede en la ciudad de Guatemala y Representación de Cooperación Técnica en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Se trata de uno de los institutos pioneros en investigación en nutrición en América Latina, crucial en el fortalecimiento de programas de cooperación técnica en nutrición y en el desarrollo de proyectos de nutrición comunitaria.

<sup>172</sup> Asociación Colombiana de Nutrición y Dietética, *Cuantificación, características y perfil profesional del nutricionista dietista en Colombia*, OPS, OMS, Bogotá, 1988.

Dicho plan de estudios no se llevó a cabo porque, durante el transcurso del segundo año de la primera cohorte de nutricionistas dietistas, tuvo lugar la *Primera Conferencia de Adiestramiento de Nutricionistas Dietistas en Salud Pública para América Latina*, celebrada en Caracas en 1966, con el patrocinio de la OPS; en dicho encuentro se unificaron los criterios de formación de profesionales de la nutrición para toda Latinoamérica y se estableció que la formación con la cual se otorgaría el título de *nutricionista-dietista* debía ser de nivel universitario, con una duración mínima de cuatro años, en los que se debían abarcar las tres áreas contempladas por el Doctor Vélez como especialidades. Dichas áreas son las mismas que se han conservado como modalidades básicas de ejercicio profesional hasta la actualidad.<sup>173</sup>

Al concluir la Conferencia de Caracas, el Doctor Vélez dio a conocer los nuevos lineamientos para el programa al Consejo Superior del Instituto “Jorge Isaza Cadavid”, el cual consideró que tales recomendaciones excedían las competencias de la institución, creado con el fin de impartir enseñanzas técnicas. Se vio entonces la necesidad de considerar la entrega del programa a la Universidad de Antioquia, lo cual se concertó oportunamente con su reubicación en la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSP –, que acababa de ser trasladada desde la Universidad Nacional de Bogotá al Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. El hecho de pasar a ser una sección de la ENSP le otorgó al pregrado en dietética y nutrición, prestigio y solidez dentro de la estructura académica de la Universidad, ya que ésta ofrecía un programa de Maestría en Salud Pública a médicos, y otros cursos de apoyo a otros profesionales con una frecuencia irregular.

Con el traslado a la Universidad de Antioquia en 1967, la carrera de nutrición y dietética adoptó todas las recomendaciones de la Conferencia de Caracas: cambió el periodo anual de admisión de estudiantes por periodos semestrales y el acceso exclusivo de personal femenino, establecido hasta entonces, por la apertura estudiantes de uno y otro sexo. En este último aspecto el programa marcaba una diferencia con el de las demás

---

<sup>173</sup>Tejada L. Blanca Dolly, Contexto histórico y académico de Nutrición y Dietética en la Universidad de Antioquia, en: *Perspectivas en nutrición humana*. Universidad de Antioquia. N° 3, Noviembre, 2000.

universidades del país, en las que, pese a las recomendaciones internacionales, los estudios de nutrición restringían el acceso exclusivamente a mujeres. En diciembre de 1968, la ENSP solicitó al Ministerio de Educación Nacional la aprobación de un plan de estudios de ocho semestres y la expedición de los certificados de estudio y el grado de licenciado en Nutrición y Dietética a nombre de la Universidad de Antioquia. Ese mismo año se graduaron las primeras doce profesionales, quienes prontamente se vincularon a los Programas de Nutrición Aplicada PINA, recientemente diseñados, y al trabajo docente en la Universidad.<sup>174</sup>

Con la incorporación a la ENSP también se introdujo la práctica profesional como un requisito de grado; ésta, en un comienzo, era realizada por las estudiantes en parejas en algún municipio de cualquier departamento del país. Más tarde, las políticas del Ministerio de Salud restringieron el apoyo que los municipios podían dar a los practicantes, lo que hizo que su realización se viera limitada al Valle de Aburrá.<sup>175</sup> Lamentablemente, fueron escasos los documentos de fuente primaria que se pudieron encontrar, que dieran cuenta de las condiciones de la realización de dichas prácticas, por lo menos en lo que corresponde a los años sesenta y setenta, pues los trabajos de monografías de grado o informes de prácticas no han sido conservados en los archivos o centros de documentación de la Escuela de Nutrición y Dietética. Solamente en los archivos de la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social del Municipio de Medellín, pudo hallarse un documento fechado en 1977, que corresponde a un convenio entre la Sección de Nutrición y Dietética de la ENSP de la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín. En el documento, denominado *Programa para la práctica de administración de programas de Nutrición en las zonas A y B (Nororiental alta y baja)*, figuran como coordinadora Beatriz Ortiz de Turizo, y como supervisora María Teresa Restrepo;<sup>176</sup> y se define su propósito como la aplicación de los conocimientos teóricos adquiridos por los estudiantes y la colaboración con la Secretaría de Salud y el ICBF en la ejecución de programas de nutrición. Para ello se contemplaban los siguientes pasos:

---

<sup>174</sup> Chacón y Ruiz, 2005.

<sup>175</sup> Tejada L., 2005.

<sup>176</sup> AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 35, Legajo 5, Folios 53 - 61, 1977.

1. Identificar las necesidades nutricionales del área de influencia de los Centros Municipales de Salud.
2. Analizar los programas de nutrición existentes y la relación con los demás programas de salud.
3. Programar, ejecutar y evaluar actividades en base al diagnóstico realizado.
4. Sugerir medidas tendientes a incrementar los programas de nutrición en un plazo determinado.

En el desarrollo de la práctica se concebían unas *actividades especiales*, consistentes en la reunión de información, análisis, propuestas y evaluación de programas tendientes a mejorar la situación nutricional del área de influencia de los Centros de Salud. Por otra parte se incluían *actividades de rutina*, dentro de las cuales estaba la participación de los practicantes en los programas que se llevaban a cabo en los Centros de Salud: atención de consultas, valoraciones nutricionales a beneficiarios de programas materno-infantiles, valoraciones del impacto de los programas y supervisión de su desarrollo en los aspectos de selección de beneficiarios, modo de suministro de los complementos nutricionales, programas educativos llevados a cabo e impacto de los mismos. En los diagnósticos se debían tener en cuenta aspectos generales como localización, economía, aspectos culturales, población, recursos y organizaciones comunitarias; el nivel de vida, aspectos de nutrición y salud, periodicidad, lugar y costo de aprovisionamiento de alimentos. Este documento sugiere el modo de funcionamiento, en general, de las prácticas que estaban operando en ese momento.

En 1989 la práctica académica se replantea a manera de “*práctica profesional integrada*”, ideada como la posibilidad de “*hacer proyectos con orientación comunitaria dirigidos a la ejecución de acciones*”.<sup>177</sup> El programa UNI - Una Nueva Iniciativa en la formación de los profesionales de la Salud en Unión con la Comunidad - se ofrecía por entonces como un nuevo escenario de prácticas para los estudiantes de nutrición y dietética. Un documento de la Universidad de Antioquia del año 2002 señala que el Proyecto Social de Práctica en Alimentación y Nutrición recibió ese año una distinción denominada

---

<sup>177</sup> Chacón y Ruiz, 2005.

*Presencia en la Categoría Oro; dicho proyecto definía así su objetivo: “contribuir a la transformación de la realidad alimentaria, por medio de prácticas que respondan a las necesidades de las comunidades y contribuyan a la formación de estudiantes con alto compromiso social”.*<sup>178</sup> En el documento se expone que para lograr estos fines se requiere que las prácticas tomen en cuenta la inserción y concertación con la comunidad, el diagnóstico, la programación, la ejecución y la evaluación de lo ejecutado.

A finales de la década de 1970, la Escuela Nacional de Salud Pública -ENSP- gestionó becas para que egresados y docentes realizaran estudios de posgrado en universidades extranjeras, fortaleciendo así la carrera. En agosto de 1980, la ENSP pasó a denominarse Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, adquiriendo mayor autonomía administrativa y académica; la Sección de Nutrición y Dietética, por su parte, se convirtió en Escuela de la nueva Facultad. Al año siguiente, la Escuela de Nutrición y Dietética se constituyó en unidad académica independiente y en 1982, se creó la Escuela de Nutrición y Dietética como dependencia de la Rectoría, integrada por dos Departamentos: Nutrición y Alimentación.<sup>179</sup>

En 1989 se introdujeron cambios en el plan de estudios; el más relevante fue quizá el aumento de ocho a diez semestres de duración, la inclusión de materias nuevas, la fusión de algunas antiguas, además de la reestructuración de las prácticas. En 1995 la Escuela inaugura sus estudios de posgrado con una Especialización en Nutrición Humana que ofrecía profundizar en Nutrición y alimentación materno-infantil, Nutrición y alimentación en prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y Nutrición y alimentación en actividad física y deporte.

### *3.3.3. Los planes de estudios de la Escuela de Nutrición*

En 1980,<sup>180</sup> cuando la Sección de Nutrición y Dietética de la ENSP plantea su transformación en Escuela, se traza como política no solo brindar formación profesional,

---

<sup>178</sup>Universidad de Antioquia, Proyecto Educativo. Escuela de nutrición y dietética, Medellín, Febrero de 2002.

<sup>179</sup>Universidad de Antioquia, Proyecto Educativo. Escuela de nutrición y dietética, Medellín, Febrero de 2002.

<sup>180</sup>Universidad de Antioquia, Reseña histórica del programa de nutrición y dietética, 1980.

sino también ofrecer programas de educación avanzada en nutrición clínica y comunitaria, así como programas de capacitación para docentes. La institución se propone promover la investigación en los campos de la nutrición comunitaria y clínica, evaluando los programas de atención nutricional en hogares infantiles, el desarrollo de los “*modelos de atención nutricional*”, la nutrición del anciano y del paciente quirúrgico, entre otros. También se plantea proporcionar asesoría a entidades públicas y privadas en los aspectos de diseño curricular, organización de servicios de nutrición y dietética, preparaciones de alto valor nutricional con bajo costo y las repercusiones de los alimentos industriales sobre el estado nutricional y de la salud del individuo.

La autonomía académica y la promoción de la investigación pretendían contribuir a actualizar y consolidar un pensum académico de cuatro años de duración, en los que se utilizara el sistema educativo integrado con el fin de formar profesionales con competencias en nutrición clínica y nutrición comunitaria. El pensum trazaba el perfil de un profesional que se desempeñaba principalmente en los sectores de la salud, la educación y el sector productivo – en especial la industria y el sector agropecuario - desde los cuales considera que puede hacer mayores aportes a la resolución de la problemática alimentaria y nutricional del país. El programa definía *nutrición* cómo:

*“Es la ciencia que estudia la acción, interacción y balance de los alimentos, los nutrientes y otras sustancias afines, en relación con la salud y la enfermedad; y los procesos mediante los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias con fines de mantenimiento, crecimiento y reproducción. Tiene que ver además con las implicaciones sociales, económicas, culturales y psicológicas del alimento y de la alimentación”.*

Y *dietética* como “*la aplicación práctica de la nutrición a individuos sanos y enfermos*”.<sup>181</sup> Al nutricionista - dietista se le define como: “*un profesional con título universitario que estudia la ciencia de la nutrición y los alimentos, la interpreta y la aplica*

---

<sup>181</sup>Ibid. p. 10 y 11.

*en todos los niveles de los diferentes sectores del desarrollo para contribuir a la óptima nutrición del individuo y la comunidad*<sup>182</sup>.

Las áreas curriculares que componían el programa que se impartía en (fecha por definir) eran:

- I Área básica: donde se aprenden las necesidades nutricionales del organismo
- II Nutrición clínica: comprende la satisfacción de las necesidades nutricionales de individuos y grupos sanos y enfermos.
- III Nutrición comunitaria: en la que se aplican los conocimientos a la comunidad

Así pues, los campos de acción básicos en los que se quiere formar a los profesionales son designados como *nutrición clínica* y *nutrición comunitaria*. La primera puede decirse que se define por la relación alimentación - salud y se inclina a hacer recomendaciones dietéticas que se adecuen a la fisiología y/o patología de los individuos sanos, pero principalmente enfermos. También comprende la exploración de nuevas fuentes de nutrientes y de métodos de enriquecimiento y conservación de dichos nutrientes en los alimentos. La *nutrición comunitaria*, por su parte, se estructura alrededor del conocimiento de problemáticas nutricionales de comunidades, en sus componentes, prioridades e implicaciones. Supone el manejo de elementos administrativos y de las ciencias sociales para formular y ejecutar programas que incidan en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento de los alimentos, partiendo de diagnósticos adecuados. También contempla el manejo de servicios de alimentación en todos sus componentes. Por otra parte, el programa hacía énfasis en la importancia de instruir al profesional en los métodos de educación e investigación en ambas áreas.

La unidad de *Nutrición comunitaria* se proponía brindar al estudiante herramientas para:

- Describir, analizar, interpretar y evaluar la problemática nutricional y alimentaria
- Investigar problemas de índole nutricional y alimentaria
- Ejecutar programas de vigilancia epidemiológica y nutricional

---

<sup>182</sup>Ibid. p. 21.

- Administrar programas y servicios de nutrición y dietética
- Valorar el papel del nutricionista dietista en los programas y servicios de nutrición y dietética.

Se estableció que la unidad de nutrición comunitaria fuera teórico práctica, lo cual supuso que, desde el comienzo, se les asignaran a los estudiantes zonas en las cuales aplicar los conceptos teóricos recibidos mediante intervenciones prácticas. De una forma más específica, las asignaturas y áreas de estudio, en los años ochenta se discriminaron del modo que se grafica en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 18

**Asignaturas y áreas de estudio del programa de nutrición y dietética de la Universidad de Antioquia 1980**

<b>AREA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>CONTENIDO</b>
<b>ALIMENTO</b>	Identificar las características de producción de alimentos, los microorganismos que los afectan, y los procesos de transformación a que pueden someterse, con el fin de proponer alternativas de alimentación y nutrición al individuo y la comunidad.	Química general Química orgánica Producción y distribución de alimentos Bromatología Tecnología de alimentos Microbiología de alimentos Principios básicos en la preparación de alimentos
<b>INDIVIDUO</b>	Determinar las necesidades de alimentación y nutrición, de acuerdo al estado fisiológico y patológico del individuo, con el fin de establecer el régimen alimentario adecuado.	Biología Morfofisiología Bioquímica Nutrición y alimentación normal Microbiología e inmunología Psicología Fisiopatología y dietoterapia del adulto Nutrición del niño y el adolescente
<b>COMUNIDAD</b>	Analizar los procesos de desarrollo social, político y económico del país y relacionarlos con los problemas nutricionales del individuo y la comunidad.	Antropología Sociología Desarrollo colombiano: demográfico, social, político y económico
<b>CIENCIAS Y TÉCNICAS DE APOYO</b>	Aplicar métodos y procedimientos en el análisis de los aspectos relacionados con el alimento, el individuo y la comunidad, con el fin de formular planes alternos de alimentación y nutrición.	Científicas y de investigación Estadística Bioestadística Metodología de la investigación Epidemiología  Educación Metodología educativa Educación alimentaria y nutricional  Administración Administración general Administración y planificación de salud Administración de programas y servicios de salud, alimentación y nutrición  Otras ciencias Ética Teoría general de sistemas Idiomas

Fuente: Universidad de Antioquia, *Reseña histórica del programa de nutrición y dietética*, 1980.

A continuación ampliaré la información relativa a los programas de los cursos que estructuran en el pensum, la dimensión social de la práctica profesional, agrupados bajo la sección “Comunidad”:

- *Antropología, Sociología y Desarrollo colombiano* pertenecientes al área de estudio *Comunidad*, tenían como objetivo “*Analizar los procesos de desarrollo social, político y económico del país y relacionarlos con los problemas nutricionales del individuo y la comunidad*”.<sup>183</sup> Este área debía responder a la necesidad de ofrecer interpretaciones de los fenómenos de la malnutrición, desnutrición o deficiencias nutricionales prevalentes entre la población, así como dotar de herramientas para aplicar programas y realizar investigaciones acordes con la realidad nacional.

El objetivo del programa de *antropología* se establecía como: “*analizar los factores socioculturales, políticos, económicos y religiosos que influyen sobre los hábitos, costumbres y conocimientos alimentarios de la comunidad, que le permitan al profesional desarrollar una actitud científica y orientar sus acciones en beneficio de la población*”.<sup>184</sup> Para alcanzar este propósito el contenido de la asignatura incluía la exposición de la antropología aplicada y sus metodologías; las dimensiones sociocultural, económica y política que comprenden la complejidad social; las teorías de cambio sociocultural aplicadas a los hábitos y costumbres alimentarias y los diferentes aspectos del contacto entre comunidades humanas. En el debate en torno a *universalización de formas de vida* se consideraba la existencia de una “cultura nacional”; el impacto socio cultural de la transferencia de tecnología y los proyectos de cambio en la cultura alimentaria en sus tipologías, problemas, estrategias.

El curso de *sociología* se proponía “*identificar, descubrir y explicar desde la perspectiva sociológica, los principales elementos de formación económico-social colombiana y su influencia en el estado nutricional de la población (y) utilizar instrumentos teóricos y metodológicos para el análisis, planeación, ejecución y evaluación*

---

<sup>183</sup>Ibid., p. 25.

<sup>184</sup>Ibid., p. 26.

*de políticas y programas de desarrollo en el área social*”.<sup>185</sup> Para alcanzarlo abarcaba el estudio de la sociología como ciencia, en sus fundamentos y vertientes y utilizaba el concepto de *formación económico-social* para comprender el lugar de Colombia en la geopolítica mundial, así como para comprender sus modos de producción y la formación de clases sociales. También abordaba la comprensión del funcionamiento de los sectores productivos y su relación con la nutrición. Un tema de gran relevancia era el estudio de las *relaciones de propiedad, distribución y consumo en Colombia y el Estado colombiano*, el cual comprendía: *Carácter, Políticas y programas estatales de bienestar social y específicamente de nutrición; importancia regional de estos programas; e institutos que intervienen*”.<sup>186</sup>

Por último hacía parte de esta área un curso denominado *Desarrollo Colombiano* que se planteaba como objetivo “*identificar los procesos de desarrollo demográfico, social, político y económico del país con el fin de que el estudiante analice la incidencia que tienen dichas variables de la realidad colombiana sobre la problemática de salud y bienestar*”.<sup>187</sup> Los temas que comprendía tenían que ver con la demografía y los componentes del cambio demográfico, el desarrollo social, político y económico.

Con estas herramientas académicas se esperaba que los profesionales de la nutrición y la dietética articularan sus conocimientos de los alimentos y los nutrientes, y sus efectos fisiológicos en el ser humano, con las problemáticas y necesidades alimentarias/nutricionales que se presentaban en nuestro país. Examinaremos a continuación otros cursos que pueden ejemplificar las maneras de llevar a cabo esta articulación.

*Orientación profesional I y II* correspondientes al área básica, que introducía al estudiante en los conceptos y el desarrollo de la nutrición y la dietética, para dar a conocer el lugar del “*sistema de nutrición*” dentro del contexto socio-económico del país, las problemáticas que éste presentaba y sus posibles formas de intervención. También

---

<sup>185</sup>Ibid., p. 27.

<sup>186</sup>Ibid., p. 27.

<sup>187</sup>Ibid., p. 28.

pretendía dar a conocer su ubicación en el Sistema Nacional de Salud y, con base en lo anterior, identificar el papel del nutricionista dietista.

*Alimentación de la embarazada y la madre lactante*, correspondiente a la unidad de Nutrición clínica, cuyo contenido giraba alrededor del conocimiento de la relación entre la nutrición de la madre durante el embarazo y el desarrollo del feto; las recomendaciones nutricionales para la embarazada y la madre lactante; los factores psicológicos que afectan la alimentación de la madre; la importancia de la lactancia materna; la evaluación del estado nutricional en el grupo materno y la planeación de la atención nutricional en el grupo materno.

*Ejecución y evaluación de intervenciones nutricionales*, correspondiente a la unidad de nutrición comunitaria. Comprendía los siguientes temas a desarrollar:

- La administración, el proceso administrativo, la administración por objetivos
- El Sistema Nacional de Salud
- Administración presupuestal y de personal
- Administración de atención médica y hospitalaria
- Sistema de Vigilancia Nutricional
- Intervenciones nutricionales
- Administración de Servicios de Alimentación

En perspectiva, después de casi cuatro décadas de trayectoria de formación y ejercicio profesional, desde dentro de la profesión se hicieron auto evaluaciones críticas en las que se identificó la evolución de los enfoques de la disciplina. Una de las autocríticas subraya el contraste entre reduccionismo vs. integralidad en las diferentes tareas y en los criterios que aplica el profesional de la nutrición y la dietética en la nutrición pública.<sup>188</sup> Esta mirada reflexiva se refleja en los avances producidos en la conceptualización de las políticas nutricionales y alimentarias -las cuales hemos revisado más detalladamente en los

---

<sup>188</sup> Álvarez Uribe Marta Cecilia, “Nutrición Pública: una visión integral e integradora”, en: *Perspectivas en Nutrición Humana*, Vol. 9, No.1, Medellín, Enero-Junio de 2007.

capítulos anteriores- aunque no reciban el respaldo político necesario de las instituciones que debían diseñar, ejecutar y evaluar las políticas alimentarias y nutricionales.

Los profesionales de la nutrición y la dietética identifican formas “*reduccionistas*” de evaluar, explicar, analizar y planificar la situación alimentaria y nutricional de una colectividad. Con este enfoque identifican la valoración exclusiva de los elementos cuantificables, de los rasgos individuales y biológicos, la supremacía de la valoración funcional del individuo en la sociedad, y la definición vertical e impuesta de soluciones. A este oponen la consideración del contexto social, económico, político, cultural, demográfico y alimentario; elementos estructurales y *proximales*; factores de edad, género, estrato, ubicación espacial, etnicidad, entre otros; aplicación de análisis sistémico; implicaciones para el desarrollo social del país; procesos participativos comunitarios y con los entes territoriales.

Con relación a la definición de políticas, se considera reduccionista definir políticas en alimentación y nutrición con el fin de reducir la malnutrición; en su lugar se considera más integrador y responsable “*integrar las políticas para el desarrollo social y económico con el fin de que alrededor de la alimentación y nutrición se planifique el desarrollo local y regional*”, así que propone que las políticas articulen los sectores económico, educativo, agropecuario, de saneamiento y salud, atendiendo a las posibilidades de empleo y de redistribución de la tierra. En esta dirección se considera reduccionista que las intervenciones se centren en la complementación alimentaria, la fortificación y suplementación alimentaria; y la atención de enfermedades y recuperación de estados de malnutrición. Por consiguiente desde una perspectiva integral la responsabilidad no puede recaer únicamente sobre el sector de la salud, también se espera que la participación comunitaria se despliegue en todo el proceso de generación, ejecución y seguimiento de las políticas.

#### *3.3.4. Ejercicio de la profesión de la nutrición en Medellín*

En Diciembre de 1974 se conforma la Sociedad Antioqueña de Nutricionistas Dietistas nombrado a Blanca Dolly Tejada, una de las fundadoras de la profesión en la

Universidad de Antioquia, como su presidente<sup>189</sup>. Entre sus objetivos figuran velar por el nivel profesional de sus socios, promover el intercambio científico de la profesión con otras similares, “luchar por la creación de nuevas fuentes de trabajo para los profesionales de la nutrición y dietética”, promover relaciones con entidades civiles a nivel nacional e internacional, promover una reglamentación del ejercicio profesional. En Mayo de 1975 mediante oficio se informa a la Secretaría de Salud sobre la conformación y objetivos de la misma.

Sobre la percepción de los profesionales respecto de la situación nutricional en el municipio y sus propias posibilidades de desempeño en ellas, encontramos algunas expresiones en las conclusiones y recomendaciones de un taller sobre Normas Técnico Administrativas de Nutrición ofrecido por el Ministerio de Salud en 1980. En este evento realizado con el patrocinio de la OPS y la OMS, se instruye a los nutricionistas de los Servicios Nacionales de Salud, la Secretaría de Salud, hospitales y universidades, en torno a sus labores en el Sistema Nacional de Salud, a partir de la expedición de normas sobre lactancia materna y administración de departamentos de nutrición y dietética en los hospitales<sup>190</sup>. Los participantes lamentan el desconocimiento de las normas, la falta de coordinación, unidad de criterios y motivación por parte del equipo de salud en torno a la lactancia materna. También consideran insuficientes los recursos humanos, físicos y económicos. En términos generales concluyen que hay poca comunicación entre las directivas de los Servicios Seccionales de Salud y el personal de nutrición, el cual no logra acceder a todas las determinaciones del Ministerio de Salud y ponerlas en práctica en los programas.

Hay otro taller en Diciembre del mismo año, en el que profesionales y especialistas de la salud y la nutrición se pronuncian en torno a las problemáticas que padece la ciudad en este sentido, y a las políticas que las han abordado. Hace parte de un evento llamado “*taller regional de Antioquia*” al que se convocan delegados de las facultades de medicina, escuelas de enfermería, y de auxiliares de enfermería; de la carrera de nutrición; a personal

---

<sup>189</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 5, Folio 136, 1975.

<sup>190</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajos 2, Folios 67 - 74, 1980

directivo del Servicio Seccional de Salud de Antioquia y de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, profesionales del Hospital Universitario San Vicente de Paul y de hospitales regionales; a profesionales del ISS, ICBF, DRI de Antioquia, Cicolac y Ascofame<sup>191</sup>. Los tres grupos de trabajo en que se dividió a los asistentes coinciden en que en materia de *educación nutricional* las carreras de enfermería y medicina no reciben una formación adecuada. En medicina se abordan los aspectos terapéuticos y clínicos pero no los sociales y económicos, y tampoco se enfatiza en el fomento y la prevención. Se considera que no existe una relación intersectorial ni multidisciplinaria que integre la asistencia y la educación nutricional a los programas de salud. En este sentido se sugiere que la carrera de nutrición diseñe un programa que se pueda incorporar a las carreras de medicina y enfermería, o que se reorienten los ya existentes, enfatizando los aspectos del nivel primario de atención. Concientizar y capacitar a profesores y estudiantes sobre la importancia de la nutrición para la salud y el desarrollo individual y colectivo, y que así lo promuevan en su quehacer profesional. Se sugiere también crear programas de postgrado en Educación Nutricional. Con relación a la educación a nivel comunitario se sugiere capacitar a auxiliares, promotoras y líderes; y dotar a las instituciones de ayudas educativas y materiales audiovisuales de apoyo. En uno de los grupos de análisis se expone que en la formación profesional no se da un suficiente contacto con la comunidad, con carreras de otras disciplinas, ni se les instruye sobre el funcionamiento de los sectores públicos. Se propone una reorientación de la formación del nutricionista en esta dirección.

Sobre el tema de la *lactancia natural* se formularon diferentes variables que repercuten en que no sea una práctica habitual:

- A nivel de limitantes de las madres: el falso pudor; inducción por parte de la familia, a utilizar el biberón y a imponer horarios al lactante; el trabajo fuera de la casa; los prejuicios en torno a la disminución de la libido y la deformación de las mamas.

- A nivel de los servicios de salud: Se considera una falla fundamental la insuficiente información y unidad de criterios entre el personal médico y paramédico, docentes, estudiantes y personal auxiliar, el cual se refleja en la falta de orientación a las madres y en

---

<sup>191</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 87, Legajos 1, Folios 167 - 178, 1980

prescripciones contraindicadas para la lactancia. No se llevan a cabo labores educativas durante el control prenatal ni durante el puerperio.

Se sugiere: hacer campañas educativas desde las escuelas y colegios, hasta universidades, Centros de Salud y Hospitales, dirigidas a todo el grupo familiar. Exigir el cumplimiento de la legislación laboral en lo relativo a la licencia de maternidad, las guarderías en los sitios de trabajo y la concesión de tiempo suficiente para amamantar.

Podemos ilustrar el vínculo entre la Escuela de Nutrición y Dietética y la administración municipal a través del propósito mutuo de implementar un Sistema de Vigilancia Nutricional como programa de la Secretaría de Salud con responsabilidad compartida con la Escuela. La Directora de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, se dirige al Secretario de Salud Municipal para informarle que en Octubre de 1982 presentó a la Secretaría de Salud y Bienestar Social el proyecto para desarrollar un Sistema de Vigilancia Nutricional, y le comunica los trámites que se han llevado a cabo al respecto que en síntesis son: aprobación del proyecto y establecimiento de un convenio marco entre la secretaría y la Escuela, desarrollo del estudio de factibilidad del mismo que incluye visita a los centros de salud involucrados y la elaboración de un plan de capacitación.<sup>192</sup> En 1983 la Sección de Epidemiología de la Secretaría de Salud y Bienestar Social acepta la asesoría de la Escuela en la implementación de un programa de Vigilancia Nutricional SISVAN en menores de cinco años, en las unidades intermedias, en virtud de su importancia y utilidad para el desarrollo de programas de la Secretaría de Salud y para conocer la trascendencia del estado nutricional en el proceso salud – enfermedad.<sup>193</sup> El proyecto como tal reposa en los archivos de la Secretaría, en 1983 como proyecto de tesis de la Maestría en Planificación en Alimentación y Nutrición del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile, propuesto por Amparo Fernández R. Nutricionista - Dietista y dirigido por el Dr. Luís Fajardo. En 1984 el mismo proyecto se presenta con la profesora Amparo Fernández R. como coordinadora. El proyecto consiste en el diseño y operación del un Sistema de Vigilancia Nutricional SISVAN para menores

---

<sup>192</sup>AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 81, Legajo 3, Folio 221 -222, 1983

<sup>193</sup>AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 96, Legajos 4, Folio , 1984

de cinco años en las Unidades Intermedias Hospitalarias de la ciudad, con el fin de servir de soporte a los programas del Plan de Atención Nutricional. Comprende en primer lugar un estudio de factibilidad para ser aplicado en la Unidad Intermedia Hospitalaria de Belén.

El SISVAN se basa en que se puede hacer seguimiento de la ingesta de alimentos y de su utilización biológica por parte del organismo, variables responsables del estado nutricional y que por consiguiente se puede rastrear. Las variables se agrupan en tres subsistemas que son:

- salud: en relación con la incidencia y la mortalidad de y por enfermedades contagiosas y la cobertura de las inmunizaciones;
- nutrición: rastreado a través del crecimiento peso-talla individual;
- seguridad alimentaria: se refiere a la disponibilidad de alimentos y capacidad de compra.

El sistema de vigilancia nutricional pretende sistematizar la información referida a alimentación y salud, y así cuantificar los problemas nutricionales y poder evaluar la eficacia del PAN y servir de apoyo a la planificación para el mediano y largo plazo. También se implementa para evaluar la operación y el impacto de los programas y *“sirve de advertencia temprana cuando hay deterioro del estado nutricional y facilita el proceso de toma de decisiones...”*. Expone que la Vigilancia Nutricional se promueve desde la Conferencia Mundial de la Alimentación, donde la FAO, la OMS y UNICEF pretenden hacer un seguimiento a los factores que influyen el consumo de alimentos y el estado nutricional de los grupos pobres de la población. Con este fin se convocó una reunión de expertos en Ginebra en 1975 y se produjo un documento base. El objeto del SISVAN gira en torno a la *cuantificación de la situación alimentaria y nutricional*, la cual se considera precaria en los países en vías de desarrollo debido a que se limita a las estadísticas de morbi-mortalidad generadas desde la óptica de la salud. Según el apartado de revisión bibliográfica *“carecen además de la dimensión cronológica y por lo tanto no permiten predecir tendencias; en otros gran parte de la información que se requiere no existe, situación que ha creado la necesidad de contar con información actualizada, que sea*

*factible de analizar, obteniendo así un mejor conocimiento de los problemas nutricionales y de sus factores causales”.*<sup>194</sup>

El proyecto describe la posición de los especialistas frente a las causas de la desnutrición:

*“Hoy en día hay mayor acuerdo entre economistas, planificadores e investigadores (en) que es más probable encontrar casos de desnutrición en familias que no pueden producir y/o comprar suficientes alimentos; como también en las que carecen de la mayor parte de los servicios básicos que aseguren una adecuada utilización de los alimentos consumidos, y que tienen además conocimientos limitados de las propiedades nutritivas de los alimentos”.*<sup>195</sup>

En la información de contexto menciona que en el Valle del Cauca se está desarrollando un proyecto piloto de vigilancia nutricional que abarca 41 municipios y espera hacerse extensivo a otros departamentos. También que en el país se está trabajando en la implementación de un sistema multisectorial a nivel nacional. Indica que los gobiernos cada vez se preocupan más por las problemáticas alimentarias y nutricionales, haciendo de ellas un componente básico en la planificación, diseño y montaje de sistemas de vigilancia alimentaria-nutricional. El proyecto contempla la vinculación del siguiente personal: investigador, co-investigador, investigador asociado, auxiliares enfermería, nutrición y dietética, programador de cómputo, estadístico.

De esta manera ilustramos el proceso por el cual se dota la localidad de Medellín, del recurso humano y conceptual que implementará estrategias públicas de mitigación del hambre. Con un proceso que se enmarca en las políticas de las Naciones Unidas para los países en Desarrollo y en particular para América Latina, que se concreta en institucionalidades que las promueven y legitiman.

---

<sup>194</sup>Ibid.

<sup>195</sup>Ibid.

## CAPÍTULO IV

### REPRESENTACIONES DEL HAMBRE Y LA DESNUTRICIÓN

Para analizar las representaciones del hambre y la desnutrición que las élites de los sistemas de gobierno y su burocracia producen para el ordenamiento social, es útil aplicar un análisis sociológico al sistema de pedagogía del discurso desarrollista por un lado, y el ámbito académico en que se producen y reproducen los técnicos de las políticas que las abordan. Tal crítica epistemológica se traduce en una crítica social en la que se pretende evidenciar los sujetos y los mecanismos que instituyen el monopolio de la representación legítima del mundo social. El objeto de este análisis es establecer la lógica por la cual se establece este monopolio y “medir” el “estado de la relación de fuerzas y de los mecanismos de transformación” en juego. De esta manera trataré de poner en evidencia la forma en que el Estado se alía con la ciencia médica a través de sus técnicas de gobierno, para imponer una lectura y una posición de la realidad social construyéndola.

Hemos analizado cómo la ciencia médica va sustituyendo a la filantropía en los criterios de clasificación de los márgenes sociales creando nuevas técnicas para acometerlas. De su operación es propio el uso y la construcción de una terminología y una conceptualización médica y tecnocrática a la cual subyacen adjetivos y adverbios que exaltan y condenan, defienden y censuran a los sujetos sociales. Allí radica el poder de la nutrición como disciplina científica: en enunciar, describir y argumentar desde una posición de autoridad la exclusión propia del contexto social, con una eficacia política que la redime. El objeto de este análisis es poner en evidencia las estrategias simbólicas de las que se sirven los poderes hegemónicos a través de la tecnocracia estatal y la academia, para imponer su mirada vertical y excluyente como *la verdad* sobre las relaciones entre los grupos sociales.

#### 4.1. El hambre como fuente de opinión pública

Al indagar mediante una búsqueda superficial con el término “*hambre*” encontramos un autor bastante protagónico: Josué de Castro autor del libro *Geografía del hambre* el cual fue reeditado en numerosas ocasiones y bajo diferentes títulos e idiomas

durante los años sesentas y setentas e inclusive en décadas posteriores bajo nuevas autorías que comparten el argumento y la *lucha* de su autor original. Su figura de delator de la pobreza y la miseria en el mundo, a través de su producción académica resultan bastante dicientes de la manera como la política se sirvió de la ciencia para nombrarla y abordarla. Nos permite hacer un rastreo del hambre como preocupación política internacional, con los hitos históricos que le han posicionado como tal; también es muy diciente del lenguaje empleado para nombrar el problema. Algunos de sus datos biográficos nos dicen que Josué de Castro nació en Recife Brasil en 1908, fue sociólogo, médico, antropólogo, filósofo y geógrafo. Fundador y director del Instituto de Nutrición de Rio de Janeiro y presidente del Consejo Directivo de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO. Murió en París en 1973 donde fue profesor de la Universidad de Paris y presidió el Centro Internacional para el Desarrollo.<sup>196</sup> Desde 1946 encontramos bibliografía bajo su autoría con el texto *La alimentación en los trópicos*, posteriormente hallamos los títulos *Geografía del hambre* (1961), *Geopolítica del hambre* (1962) el cual fue traducido a diez y nueve idiomas y le mereció el Premio Internacional de Paz, *El libro negro del hambre* (1964), *El hambre el gran descubrimiento del siglo XX* (1969), *El hambre: problema universal* (1969), entre otros.

A Josué de Castro se le atribuye el mérito de haber establecido un método científico para abordar el problema alimentario en el mundo. Este se basó en metodologías de la geografía mediante los cuales correlacionó los determinantes biológicos y ecológicos de la alimentación humana con las características culturales y los hábitos alimentarios de las poblaciones, de los que se derivan rasgos económicos y sociales. Sus primeros análisis los aplicó en Brasil, posteriormente a Asia, Africa y América Latina y con ello hizo extensivas sus conclusiones a la teoría del desarrollo en general. Refleja fielmente la ideología desarrollista según la cual a las precarias condiciones de vida de los pueblos que padecen hambre están asociada una dudosa calidad humana: “... *no se puede conseguir un verdadero progreso social si no se libera a los individuos del subdesarrollo moral*”.<sup>197</sup> Muestra una gran fe en la ciencia como vehículo para trascender las grandes desigualdades

---

<sup>196</sup> Tomado de Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

<sup>197</sup> De Castro Josué, *Geopolítica del Hambre*, Ediciones Guadarrama, Madrid, 1972, p. 329.

sociales las cuales presenta como un castigo impuesto: “*La salvación está aún al alcance de los hombres. Llegaremos a ella si confiamos en nuestras propias fuerzas: Grande es la fuerza del hombre pero más grande todavía es el hombre mismo, ha escrito un pensador actual Earl Parker Hanson reafirmando así ante sus contemporáneos la confianza que debemos conservar en la grandeza de la especie humana*”.<sup>198</sup>

Para Castro, al desarrollo de la ciencia de la nutrición se le debía la generación de conciencia política respecto a la pobreza en el mundo al demostrar científicamente y mediante una “*revalorización fisiológica del hombre*” que dos tercios de la población padecían hambre. La ciencia de la nutrición haciendo visible sus conclusiones a los altos organismos de gobierno, desde la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones en 1928 y la Primera Conferencia para la Alimentación convocada por las Naciones Unidas en 1943, demuestra que el hambre es una “*penuria orgánica*” originada por una deficiencia global y/o específica de la alimentación. A través suyo pueden medirse con rigor las necesidades de los grupos humanos e identificar el tipo de hambre que padecen: aguda en presencia de un subconsumo de calorías mínimas necesarias para vivir; y parcial cuando se padece un consumo insuficiente de vitaminas, minerales, grasas, azúcares y proteínas. Castro localiza en la geografía del Brasil dichas clasificaciones del hambre aplicadas a sus diferentes zonas alimentarias:

- *Zona de hambre endémica, Zona de hambres, Zona de subalimentación*
- *Carencias: en proteínas, en calcio sin manifestaciones de raquitismo, Carencias en hierro – anemias alimentarias, en cloruro de sodio, en iodo – bocio, en vitamina A (hemeralopía, xerosis, xeroftalmia, queratomalacia, en vitamina B1, en vitamina B2 (ariboflavinosis), ácido nicotínico (pelagra), en vitamina c (escorbuto), en vitamina d (raquitismo)*
- *Subclasificación: Formas frustradas, Formas típicas – casos esporádicos, Formas típicas – crisis epidémicas, Formas típicas endémicas*

---

<sup>198</sup>Ibid., p. 331.

Las Naciones Unidas –mediante la FAO- retomaron esta información que arrojaron los estudios en nutrición y decidieron verificarla masivamente mediante la gran encuesta mundial que se realizó en 1946 y se repitió en 1952. De esta manera no sólo confirmaron los resultados iniciales sino que evidenciaron un empeoramiento del fenómeno: Dos tercios de la humanidad no disponía de 2.500 calorías diarias en su alimentación. De esta forma el autor demuestra la importancia de la investigación y la información, y con ello de la labor de organismos como la FAO: “...para vencer el hambre, es necesario vencer la ignorancia del hambre entre los pueblos desarrollados y la ignorancia de los medios de acción entre los pueblos subdesarrollados”.<sup>199</sup>

Esta circunstancia y sus implicaciones orgánicas explican biológicamente los demás rasgos característicos del subdesarrollo según Castro:

*“El hambre, tanto global como específica, expresada por las innumerables carencias que afectan el estado de nutrición de nuestro pueblo, constituye sin duda alguna el factor preponderante de la lentitud de la integración económica del país. La desnutrición crónica, condición biológica particularmente degradante, es la responsable de las graves deficiencias de nuestra población. (...) El hambre lleva aún más lejos sus efectos destructivos corrompiendo el alma de la raza, el ardor de los infatigables pioneros que vencieron al principio la hostilidad de un ámbito geográfico desconocido; ella anuló todo espíritu de iniciativa y engendró la apatía, el conformismo o la explosión desordenada de rebeliones estériles, verdaderas crisis de nervios de poblaciones neurasténicas y desvitaminizadas”.*<sup>200</sup>

Con el agravante –a su juicio- de que con ello se perjudica a toda la humanidad:

*“La pereza, el fatalismo de ciertos pueblos, de ciertas razas, no son sino consecuencias del hambre sufrido de generación en generación. El hambre endémica roe hoy las dos terceras*

---

<sup>199</sup>De Castro Josué, El hambre problema universal, Editorial La Pleyade, Buenos Aires, 1969. p. 113.

<sup>200</sup>De Castro Josué, Geografía del hambre. El dilema brasileño: ¿pan o acero?, Editorial Solar - Hachette, Buenos Aires, 1969, p. 246.

*partes de la humanidad. Hace, entonces, pesar sobre ésta el más grave de los peligros: es en efecto a toda la raza humana, a la que amenaza con deteriorar”.*<sup>201</sup>

Para Josué de Castro a este panorama médico masivo le subyacen causas políticas, socioeconómicas, no naturales. Considera que no se cultiva lo suficiente la tierra ni se aprovechan suficientemente los adelantos técnicos en materia de producción de alimentos, pero que en últimas con ello no bastaría para que la distribución de la producción de alimentos fuera distribuida equitativamente. Con ello podría decirse que el autor hace una denuncia de la falta de voluntad política al respecto. Su literatura culpa al “imperialismo económico”, al “comercio internacional” a la “técnica y la ciencia occidental”, a la “civilización y sus errores” a las “grandes potencias”, a la “historia y los países colonialistas”. Pero su denuncia es una falsa denuncia que reivindica el hambre como concepto tabú, que delata un orden social inocultablemente injusto, para reafirmar las premisas del desarrollismo: “*Sería injusto, no obstante hacer recaer toda la culpa sobre los ingleses. La India encierra en sí misma las fuerzas de reacción e inercia que agravan trágicamente su situación material*” (citando a Albert Benguin en *La India*, Ediciones La Baconniere, refiriéndose a los efectos criminales de la colonización inglesa sobre la india y su economía textil y al saqueo de sus recursos).<sup>202</sup>

Josué de Castro es explícito en afirmar que el hambre confirma el subdesarrollo y por consiguiente la necesidad del desarrollo:

*“Necesitamos una política que acelere el proceso de desarrollo, que rompa las fuerzas de oposición más reaccionarias que impiden a enormes grupos y sectores nacionales participar en la economía del país, una política que brinde los medios indispensables para la rehabilitación de nuestros tipos de alimentación. (...) el hambre es tan sólo la expresión –la más negra y la más trágica– del subdesarrollo económico, expresión que sólo desaparecerá con él y el pauperismo generalizado que determina. Los poderes públicos*

---

<sup>201</sup>De Castro Josué, *El hambre ...*, 1969, p. 23.

<sup>202</sup>Ibid, p. 38.

*deben condicionar el desarrollo y orientarlo hacia objetivos bien definidos, el primero de los cuales debe ser la emancipación alimentaria de la población...*<sup>203</sup>

No obstante su concepción trágica del hambre, causa y consecuencia de la miseria, el autor concibe una estrategia global que comprende unas políticas económicas internacionales específicas encaminadas a mitigar las desigualdades entre los países:

*“1. Luchar contra la persistente tendencia al desequilibrio exterior de las relaciones comerciales entre el mundo subdesarrollado, productor de materias primas y de productos básicos, y el mundo industrializado donde se fabrican los productos terminados, 2. Luchar contra el déficit de ahorro que en los países del Tercer Mundo está estrangulado por el endeudamiento con los países extranjeros, 3. Luchar contra la vulnerabilidad a las intrusiones periféricas de la economía de los países que reciben ayuda”.*<sup>204</sup>

Promueve, como es propio de los promotores del desarrollo, la expansión de la industrialización y la modernización agrícola. Dice refiriéndose a Egipto: *“Sólo una industrialización suficiente, concebida y realizada en el cuadro de un desarrollo global armónico, podrá permitirle romper el círculo maldito de su miseria. (...) Para liberarse, Egipto tiene entonces sobre todo, necesidad de capitales para edificar una industria nacional suficiente y para construir toda la infraestructura indispensable a ésta”.*<sup>205</sup> Cita a la FAO en su sexta sesión: *“el potencial de producción que ofrecen los recursos existentes sobre la tierra y en las aguas bastaría ampliamente para alimentar convenientemente a la humanidad entera en el porvenir previsible, con la condición de utilizar más intensamente las máquinas, abonos y otros medios de producción y de vulgarizar las técnicas modernas”.*<sup>206</sup> A su vez vende el plan desarrollista como un proyecto mesiánico de “*plan Universal*”, “*plan de regeneración de la civilización*”, fin de la “*era del hombre económico*” por la “*era del hombre social*”.

---

<sup>203</sup>De Castro Josué, Geografía... 1969, p. 247.

<sup>204</sup> De Castro Josué, Geopolítica..., 1972, p. 330 - 331.

<sup>205</sup> De Castro Josué, Geografía..., 1969, p. 260.

<sup>206</sup>De Castro Josué, El hambre..., 1969, p. 53-54.

Retomo este autor por considerar su literatura un importante vehículo de divulgación de las apreciaciones del mundo rico sobre el mundo pobre, haciendo uso de ciertas representaciones sobre su realidad alimentaria para justificar su accionar político y económico sobre ellos. A lo largo de la argumentación se aprecia el posicionamiento de la ciencia médica a través de la nutrición como instrumento de juicio y de toma de decisiones sobre la vida social de los sectores desfavorecidos en particular.

#### **4.2. El hambre para la gestión institucional intergubernamental**

Desde los estudios alimentarios realizados por la Sociedad de las Naciones en 1928, pasando por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación realizada en Hot Springs en 1943 y la constitución de la FAO, se ha conducido la interpretación de las grandes crisis alimentarias como ámbitos de relevancia política mundial donde las grandes potencias están llamadas a mostrar el camino; partiendo del hambre como un problema de salud ocasionado por políticas agrícolas equivocadas. La FAO convoca a la Campaña Mundial contra el Hambre en 1958 la cual se despliega a lo largo de los años sesentas. En su marco se compromete a los países miembro a realizar una acción internacional concertada para “*remediar las causas fundamentales del hambre en el mundo entero*”, depositando la responsabilidad principal en el uso de la ciencia moderna para el incremento de la producción de alimentos propiciando con ello un crecimiento económico que reforzaría el poder adquisitivo de los hambrientos. Paralelamente promueve la aplicación de la ciencia de la nutrición como parte fundamental del análisis de la situación alimentaria mundial mostrando con detalle el estado de las necesidades nutricionales. El desarrollo de la nutrición comienza por el conocimiento de la composición de los alimentos, la aplicación de encuestas alimentarias y la caracterización de las deficiencias nutricionales más frecuentes; orienta luego la aplicación de estos conocimientos a la oferta de servicios nutricionales, la elaboración de alimentos complementarios, y la planificación del consumo a nivel de los gobiernos y de la economía doméstica.

En la Conferencia Mundial de la Alimentación realizada en Roma en 1974, treinta años después de constituida la FAO, la crisis mundial de cereales reafirma la necesidad de la intervención intergubernamental para mediar entre el abastecimiento de alimentos y la situación nutricional mundial. Se sigue la metodología trazada de observación del nivel total de abastecimientos alimentarios, con relación a la ingestión de las sustancias energéticas en los diferentes grupos sociales, y los datos demográficos, clínicos y antropométricos que arrojan los estudios. De esta manera se llega a las siguientes conclusiones:

- la producción de alimentos y el desarrollo económico aunque se han incrementado sigue siendo insuficiente,
- la distribución de los alimentos no es equitativa acarreado déficit de energía por sectores, donde la población infantil la padece en mayor grado, como también la población urbana
- Las deficiencias alimentarias se siguen presentando aunque muchas veces en formas ocultas sólo constatables mediante los exámenes médicos. Se han reducido los índices de enfermedades nutricionales como el bocio, la pelagra, el beriberi, y el escorbuto; pero permanecen las derivadas de la carencia de vitamina A, hierro, yodo y vitamina D.
- Las causas de los desequilibrios en el sistema alimentario están en desigualdades sociales de origen histórico. En la pobreza, las estructuras sociales desiguales de los países en desarrollo, con altas concentraciones de poder y de riqueza que se traducen en el ámbito rural en la inequitativa distribución de la tierra y el capital, y en el ámbito urbano en desempleo, circuitos de mercadeo con exceso de intermediarios y ausencia de políticas de precios.<sup>207</sup>

Con base en ello la Conferencia hace recomendaciones a los gobiernos básicamente en tres frentes: 1. Aumento de la producción agrícola de los países en desarrollo, 2. mejoramiento del consumo y de los sistemas de distribución mediante políticas de empleo y de ingresos, 3. cooperación en el establecimiento de un sistema mundial de seguridad alimentaria. Los resultados del análisis y las medidas a seguir se plasman en la

---

<sup>207</sup> Alimentación y Nutrición, Revista Trimestral de la FAO, Vol. 1, N° 1 de 1975.

*“Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición”* adoptada por la Asamblea General de la ONU en dicha conferencia y como complemento de la *“Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico Internacional”*, aprobada también en Mayo del mismo año. No es nuestro objetivo extendernos sobre las implicaciones que este documento refleja en cuanto al condicionamiento de los países ricos sobre las economías de los países pobres y la justificación y la exigencia “moral” de la implementación de la revolución verde en sus territorios -siendo este el contenido protagónico de dicho documento-. Destacaremos las responsabilidades que se le otorgan al sector de la salud donde a los organismos especializados de Naciones Unidas –FAO, OMS, UNICEF- tienen la responsabilidad de ayudar a formular planes intersectoriales. Las consideraciones y determinaciones se despliegan mejor en la Resolución V de la primera comisión de la Conferencia, cuyas recomendaciones para los gobiernos versan sobre:

- La formulación y el fortalecimiento de programas de intervención alimentaria y nutricional que integren la planificación socioeconómica con la valoración nutricional que abarquen a los grupos sociales vulnerables
- La inclusión de la educación sobre nutrición en los programas de estudio a todos los niveles
- El fortalecimiento de los servicios básicos de sanidad y agua potable, planificación familiar y rehabilitación de la malnutrición
- El ofrecimiento de programas nutricionales especiales, y educación nutricional a las mujeres y las mujeres trabajadoras, con fomento de la lactancia materna.
- Fortificación de alimentos
- Oferta de servicios de control de alimentos, educación y defensa del consumidor frente a la publicidad engañosa.
- Desarrollo de la investigación aplicada a los aspectos económicos, sociales y médicos de producción, elaboración y conservación de los alimentos.
- Asociarse con organizaciones no gubernamentales con actividades afines dirigidas a población vulnerable.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata convocada por la OMS en 1978 afirma el papel de las ciencias de la salud en la estrategia de las Naciones Unidas contra el hambre. En dicho evento se instaura la Atención Primaria en Salud como condición para llegar al desarrollo. Define entre sus objetivos básicos la promoción de diferentes aspectos reconocidos en ese momento como condiciones necesarias para una buena nutrición: el suministro de alimentos; una nutrición adecuada; el suministro de agua potable; la planificación familiar; la prevención de enfermedades infectocontagiosas. Esto significa que sobre la Atención Primaria en Salud recaían las tareas de información, vigilancia, educación, distribución de suplementos alimenticios, la intervención directa de grupos y problemáticas focalizadas; destacando siempre la atención de los niños, las madres y la promoción de la lactancia materna.

En 1984 a diez años de la Conferencia de Roma, los balances de la FAO no son muy positivos.<sup>208</sup> Se confirmó que es viable la producción de alimentos suficientes para la población mundial pero que esto no garantizaba la efectividad del derecho a la alimentación básica. Se redujeron las muertes por inanición pero persistía en magnitudes alarmantes la desnutrición crónica. En los aspectos nutricionales se aprecia entre la población más pobre la persistencia de la xeroftalmia por ausencia de vitamina A, la anemia por ausencia de hierro, el bocio y el cretinismo por ausencia de yodo, y en general de la malnutrición proteico energética. Se presenta un cambio en la valoración médica de la malnutrición pues mientras en los setentas se le atribuía mayor importancia a la deficiencia de proteínas; en los ochentas se le atribuye mayor importancia a la deficiencia energética. De allí que las estrategias cambien del énfasis en la fortificación de cereales, la producción de proteínas concentradas y en la promoción del consumo de leche y huevos; a la promoción de la lactancia materna en contra de la promoción de productos comerciales, el consumo de cereales y legumbres, el control de infecciones y parásitos y el consumo de alimentos energéticos entre los niños. También se empiezan a apreciar enfermedades nutricionales entre los países ricos. Metodológicamente los criterios antropométricos para la vigilancia de la nutrición peso versus edad de los años cincuenta y sesenta, fueron desplazados por las clasificaciones basadas en el peso versus talla en los setenta. Estos criterios siguieron

---

<sup>208</sup> Alimentación y Nutrición, Revista Trimestral de la FAO, Vol. 10, N° 1 de 1984.

vigentes en los años ochenta con importantes repercusiones para el planteamiento de las políticas, a juicio de los expertos.

Las soluciones planteadas se empezaron a matizar y a evaluar la conveniencia de las estrategias de desarrollo en aspectos tales como los efectos de la modernización, los injustos pagos para los países productores, la falta de reconocimiento y participación de los actores locales, los perjuicios de la ayuda alimentaria. Los analistas empiezan a hablar incluso de la necesidad de la autosuficiencia nacional en alimentos básicos a bajo costo. Se destaca el carácter multifacético del fenómeno del hambre pero se insiste en la combinación de técnicas agrícolas y nutricionales.

### **4.3. Conceptualización médica del hambre**

Para conocer la concepción desarrollada por la medicina, sobre los efectos del hambre en la salud, revisaremos los contenidos del capítulo “*Enfermedades por deficiencia nutricional. Consideraciones generales*” escrito por el fundador de la carrera de nutrición y dietética de la Universidad de Antioquia Dr. Hernán Vélez Atehortúa, en el texto *Fundamentos de Medicina* publicado por la Universidad en 1969.<sup>209</sup> El prólogo general expone que la edición del texto responde a la necesidad expresada por estudiantes y profesionales de contar con textos apropiados para el estudio de las enfermedades de los países tropicales en vías de desarrollo, pues la mayoría de los textos disponibles para el estudio y la formación de los dietistas y nutricionistas colombianos habían sido escritos en Estados Unidos y no se extendían sobre ellas. Los editores consideraron que en el país se presentaban variaciones significativas en la incidencia de las enfermedades que requerían ser estudiadas; para identificarlas seleccionaron a los especialistas de mayor experiencia en cada una de las áreas entre las cuales se encontraba el doctor Vélez.

El manual médico parte de la idea de que el ser humano como ser vivo requiere para su funcionamiento de sustancias contenidas en la naturaleza sin las cuales padece trastornos

---

<sup>209</sup> Vélez A. Hernán, “Enfermedades por deficiencia nutricional. Consideraciones generales” en: Vélez A. *et al. Fundamentos de Medicina*, Biblioteca Médica, Tomo I, Universidad de Antioquia, Medellín, 1969, p.1-90.

metabólicos. De los elementos químicos conocidos cuarenta son indispensables para el desarrollo y funcionamiento óptimo del ser humano, estos son ingeridos a través de los alimentos que a su vez están compuestos de múltiples sustancias nutritivas. Las deficiencias de nutrientes se expresan en “*manifestaciones clínicas*” relativamente características para cada una de ellas. El autor considera que el factor más importante en la ingesta de los nutrientes es el “*balance*” -o equilibrio- entre las diferentes sustancias: “*Debe existir un balance adecuado en la ingesta de proteínas, carbohidratos y grasas; un exceso o defecto de cualquiera de ellos puede causar trastornos que se traducen en manifestaciones clínicas...*”. Se considera que la desnutrición se revela en manifestaciones clínicas como último estadio del proceso de déficit nutricional.

Entre los *factores que influyen en la Desnutrición*, el autor considera en primer lugar la “*Disminución en la ingesta por imposibilidad de conseguir los alimentos*”. Amplia este punto diciendo que según la FAO *la escasez de alimentos*, es la principal causa de desnutrición en el mundo, afectando a dos tercios de la población. En ella se subraya la carencia de alimentos de origen animal, que ha conducido en algunas regiones y con carácter endémico, a la presencia de pelagra, kwashiorkor, marasmo y enanismo nutricional, las primeras de “*sintomatología clínica llamativa*” pero menos frecuentes que la última. Se mencionan otros *factores que influyen en la desnutrición* como: disminución de la ingesta por anorexia, por mala utilización de las sustancias nutritivas, por competencia de elementos, por aumento de excreción. La *desnutrición por mala digestión o mala absorción de nutrientes* se refiere a “*anomalías que impiden la digestión o absorción de los nutrimentos*” que suelen derivarse de parasitosis intestinal, inflamaciones del tracto gastrointestinal, entre otras causas, o de la desnutrición proteica calórica misma. También se considera que “*el desequilibrio en la ingesta puede ser causante de mala absorción y mala digestión*”. Este último factor señalado ha sido objeto de intervención por parte de las políticas nutricionales, a través de los programas de salud que tienen que ver con la vacunación, la prevención y atención de diarreas y enfermedades parasitarias e intestinales; y con el suministro de agua potable. Otro factor que influye en la desnutrición señalado por el autor alude a los *requerimientos nutricionales*, es decir que las *enfermedades carenciales* se producen con relación a los *requerimientos nutricionales* que son variables según el

sexo, la edad y el clima. Cada país realiza sus propios cálculos de proteínas, calorías y nutrientes recomendados diarios, por debajo de los cuales se presenta la desnutrición. El texto contiene la tabla de “*Recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para la población colombiana 1965*” del Instituto Nacional de Nutrición, la cual tiene una nota en el encabezado: “*Temperatura Media Anual de 10° C*” -tal vez la temperatura de Bogotá hace 45 años-.

Con relación a pruebas de laboratorio que permiten diagnosticar el estado nutricional son señalados los siguientes tipos: las que reflejan la ingesta de nutrientes y las que reflejan alteraciones metabólicas producidas por la desnutrición. Explica de qué manera las deficiencias vitamínicas son identificables con exámenes de laboratorio, mientras la desnutrición calórica se rastrea por medios físicos como talla, peso y grosor de la piel. Entrando en materia sobre el *kwashiorkor* o *síndrome pluricarencial de la infancia*, se señala como el “*cuadro clínico resultante de una deficiencia nutricional proteico-calórica, vitamínica y mineral*”. Dice que en Latinoamérica ésta ha sido llamada también: desnutrición de grado severo, edema del hambre, pelagra infantil, culebrilla, síndrome de pelagra aberibérico, caquexia hídrica, edema avitaminósico; y fue descrita por primera vez en Colombia por Jorge Restrepo Molina. La confusión en torno a los cuadros clínicos y sus denominaciones se explica porque las manifestaciones clínicas varían según la deficiencia que predomine en la dieta. Se concluye entonces que: “*Clínicamente la desnutrición proteica es fácilmente reconocible en los dos tipos extremos. La ingesta alta en calorías con insuficiente aporte proteico produce el kwashiorkor y, la privación tanto de calorías como de proteínas produce el marasmo*”. El *kwashiorkor* se presenta en niños luego del destete, cuando no es alimentado correctamente; suele coincidir con enfermedades infecciosas y se manifiesta en retardo del crecimiento, reducción del peso, diarrea, dermatitis, entre otros síntomas. El tratamiento indicado es dietético, orientado al incremento de la ingesta proteica y calórica. Considera que como se trata de una enfermedad asociada a una situación económica de pobreza, no se deben recomendar “*preparados comerciales especializados*”.

Sobre la *desnutrición proteico calórica del adulto*, se presenta cuando hay deficiencia de proteínas y calorías en la dieta y se acompaña de otros tipos de deficiencia. La carencia única de calorías produce inanición, mientras la carencia de proteínas produce “*edema del hambre*”; pero en la práctica en las regiones tropicales y subtropicales como Latinoamérica y Colombia, no es frecuente encontrar deficiencia única de calorías o proteínas. La causa primaria señalada, es la dificultad para conseguir los alimentos, lo que es frecuente en Colombia donde los consumos están muy por debajo de las recomendaciones. Las causas secundarias señaladas se refieren a aquellas enfermedades y eventos fisiológicos que alteran la absorción, digestión y metabolismo. Es llamativa una parte de la descripción del cuadro clínico:

*“El aspecto del paciente con desnutrición proteico calórica es el de un individuo apático, que da la impresión de estupidez por el estado de indiferencia para hablar y para ejecutar cualquier tipo de actividad que demande gasto energético; es interesante anotar que la inestabilidad emocional del desnutrido no solo abarca su persona, sino que se hace extensivo a la familia; la pereza, la hiperactividad sexual y la irresponsabilidad aumentan. Cuando el desnutrido, la mayoría de las veces por una enfermedad intercurrente, es obligado a suspender las actividades habituales y consultar al médico, presenta un cuadro que varía según el estado de la enfermedad, las características más constantes son las siguientes: pérdida de peso...”*<sup>210</sup>

Tal descripción parece establecer una equivalencia entre unos rasgos socioeconómicos y unas costumbres sociales y personales que son enjuiciadas con severidad y atribuidas a los efectos patológicos de la desnutrición. El Dr. Vélez es explícito en afirmar que el tratamiento para la desnutrición proteico calórica incluye el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, pues requiere de una dieta balanceada. Recomienda que la introducción de proteínas en la dieta del adulto desnutrido se haga paulatinamente.

---

<sup>210</sup>Ibid., p. 19.

Sobre el *enanismo nutricional*, es considerado un problema nutricional de gran importancia en los países subdesarrollados, que en los libros tradicionales no recibe suficiente atención por considerar que es una enfermedad poco frecuente, al lado del enanismo causado por factores endocrinos, cromosómicos entre otros. Pero varios autores concuerdan en que en países con desnutrición crónica como Colombia, la causa más común de retardo del crecimiento y el desarrollo, son los factores nutricionales. Nuevamente se considera que una *dieta balanceada*, que contenga todos los nutrientes es necesaria para un crecimiento normal. Al considerar *factores raciales* en la incidencia del enanismo el autor sostiene que se trata de un factor importante mas no tan determinante como la alimentación, y lo argumenta aludiendo estudios en los que “*se ha demostrado que los individuos con dietas bien balanceadas que asisten a los colegios privados son muchos más altos que aquellos de las escuelas públicas con dietas inapropiadas; sin embargo ambos grupos pertenecen a una mezcla racial semejante*”. El autor alerta sobre la dificultad en diagnosticar el enanismo debido a que el médico se puede familiarizar con la talla baja en los niños que observa y al no presentar otros síntomas, no se percata de ella. La frecuencia de enanos en comunidades con desnutrición se estima en un 20%. Sin embargo otro rasgo aún más importante del cuadro clínico del enanismo, es el déficit en el desarrollo mental. Esto se ha demostrado en estudios en México, Guatemala y Colombia que han demostrado grandes diferencias de desarrollo mental entre clases alta y baja. En cuanto al tratamiento el Dr. Vélez dice: “*La única manera de evitar el enanismo nutricional es previniéndolo y esto significa un cambio sustancial socio-económico que se escapa de las manos del médico pues los requerimientos nutricionales se deben llenar día a día a través de los años*”. Una vez más el fundador de la profesión de nutrición y dietética de la Universidad de Antioquia muestra sensibilidad social frente al tema de la desnutrición en el país.

Como estas patologías señaladas, el texto aborda también la obesidad, las deficiencias vitamínicas dentro de las cuales se encuentra la *pelagra*, el *beriberi*, arriboflavinosis, el escorbuto, melalgia nutricional, deficiencias de vitaminas A, B, K, E, B12, síndromes de mala absorción por causa intestinal y secundarios, deficiencias aisladas de enzimas pancreáticas, insuficiencia pancreática por desnutrición.

---

---

## REFLEXIONES FINALES

Durante el período entre 1960 y 1985 – una buena parte del cual correspondió al periodo del Frente Nacional (1958-1974) - se amplió el enfoque de las políticas públicas colombianas dedicadas a intervenir sobre la cuestión alimentaria, lo cual fue el reflejo de un fortalecimiento de las políticas de intervención social y las técnicas administrativas del Estado. Este énfasis se produjo en un contexto de expansión del Estado correspondiente con el crecimiento económico y la intensificación de la inserción del país en el entramado de las relaciones económicas mundiales. Si bien la mayoría de los recursos estatales de inversión social se destinaron a la educación, en segundo rubro lo ocupó el sector de la salud y la agricultura, desde los cuales se abordó el problema del hambre y desnutrición en Colombia. Sin embargo la proporción de recursos invertidos chocó con las evidencias del empeoramiento de la pobreza y la distribución del ingreso; lo que puso en cuestión la eficacia de las gestiones estatales. En virtud de los esfuerzos realizados por modernizar y racionalizar el funcionamiento del Estado, sólo queda explicar tal ineficiencia desde el fortalecimiento de la clase media, proveedora de estabilidad social y política. Bajo este orden de prioridades, podríamos medir la efectividad de las políticas por su capacidad para incentivar el mejoramiento de las condiciones de vida de los profesionales y funcionarios empleados en las instituciones *responsables* de mitigar el hambre y la miseria.

Por otra parte, los programas y recursos destinados a la atención del hambre y la desnutrición, hicieron parte del propósito de promoción del desarrollo y fueron obra de instituciones constituidas con este fin. Las entidades y organismos destinados a combatir el hambre y sus efectos fueron, en gran medida, el resultado de mandatos internacionales auspiciados por los organismos multilaterales de crédito y orquestados por los países ricos. Los procesos de direccionamiento de los organismos intergubernamentales por los cuales se desarrolló la atención en salud y las diferentes formas de manejo de las problemáticas sociales latinoamericanas, hicieron parte del proceso de modernización que atravesó Latinoamérica durante este lapso.

---

La presente investigación ha permitido concretar la sucesión de responsabilidades entre la asistencia social liderada por la Iglesia Católica, la asistencia pública, la sanidad, la salud pública y las políticas alimentarias en la tarea de gestionar las desigualdades sociales derivadas de la inequidad en el acceso a los recursos materiales. Dicha gestión se realizó sobre la identificación de grupos poblacionales que emergieron históricamente como protagonistas de dichas diferenciaciones. Uno de ellos, a comienzos de siglo, fue la población obrera resultado de la modernización del sistema económico, para la cual primero la Iglesia y luego el Estado fueron moldeando fórmulas de política social; otro grupo fue la infancia en etapas preescolar y escolar de los sectores sociales marginados. En la identificación de necesidades que mitigar mediante tales políticas sociales, siempre estuvo presente el hambre. Este asunto, convertido en problema en su expresión colectiva fue visto desde antes de los años sesenta como el resultado de factores que incluían aspectos económicos, que repercutían en el costo de los alimentos o en la incapacidad de la población de acceder a ellos; ignorancia por parte del grueso de la población sobre lo que más le convenía consumir en términos biológico-nutricionales o aspectos de salud que dificultaban el aprovechamiento de los alimentos.

Con el desarrollo de las técnicas de investigación nutricional en el mundo se desplegó la práctica investigativa encaminada a registrar las características nutricionales locales y las posibilidades de atención acordes con ellas; todo ello bajo la orientación técnica y científica de entidades calificadas internacionalmente para este fin. De esta manera se identificaron las afectaciones de la desnutrición en la infancia y en la población en general, se rastrearon las características nutricionales de los alimentos que componían la canasta familiar colombiana, los factores socioeconómicos de la desnutrición y sus efectos físicos y mentales; la frecuencia o incidencia de carencias específicas de ciertos nutrientes y la desnutrición en relación a otras especificidades del funcionamiento orgánico propias de los estudios médicos.

De las estimaciones del consumo de alimentos entre la población colombiana se extrajeron resultados que indicaban que una gran cantidad de la población estaba mal alimentada. De ahí que parte de las recomendaciones para la formulación de políticas se

---

concentrara en promover el consumo de determinados alimentos, ricos en unos componentes cuya presencia estaba ausente en la dieta popular. Algunos de estos alimentos – como la Incaparina o la Bienestarina – fueron diseñados en laboratorios para que cumplieran con unas características que, a juicio de la medicina, compensaran los requerimientos biológicos no satisfechos. Sin duda, la elección de este tipo de alternativas a la desnutrición implicaba profundizar la dependencia y enajenar la capacidad de autonomía alimentaria de un sector importante de la población.

De dichos estudios también se desprendieron recomendaciones concretas para la ejecución de las políticas. Estas incluyeron la creación de instancias interdisciplinarias e interinstitucionales; la integración de personal experto procedente de organismos externos o la formación de personal técnico especializado que asumiera la instrucción de sectores más extendidos de la población y la divulgación de los criterios postulados en ámbitos internacionales.

Siendo la capital de la república sede del proceso modernizador y centralizador del Estado colombiano, vio nacer la institucionalización oficial de la atención del problema alimentario a través de la ciencia médica, con la creación y evolución del Instituto Nacional de Nutrición. La prioridad de la nutrición dentro de las políticas sociales tuvo su clímax con la incorporación del Instituto Nacional de Nutrición al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. A través suyo y de los programas emprendidos en su seno se canalizó la ayuda alimentaria, la cual constituyó un elemento central de la *ayuda para el desarrollo*, bastante controvertida por sus repercusiones económicas globales. A través de dichas entidades fueron desplegadas, en diferentes regiones del país, técnicas de valoración de los matices del hambre, diseñadas por los organismos de las Naciones Unidas para ser aplicadas en todo el continente. Estas caracterizaciones se desarrollaron como parte de un compromiso intergubernamental de incorporar metodologías basadas en la ciencia médica a las políticas públicas, justificadas con el fin de mejorar el consumo de alimentos entre la población.

Todo este proceso institucional público y administrativo estuvo atravesado por la medicalización del problema del hambre. Con esto me quiero referir al proceso por el cual

---

el criterio de la medicina se fue imponiendo como el único criterio válido para comprender y abordar dicha problemática social. Esto es palpable en el desarrollo de la nutrición y la dietética como disciplinas y como criterios de validación de las políticas económicas, educativas y de salud formuladas por los países ricos para los países pobres. Sin embargo en términos generales, otros ámbitos de la salud, aquellos acometidos por la salud pública, se convirtieron en correlato de las políticas de desarrollo. Bajo este proceso se promovió el montaje del Sistema Nacional de Salud en 1974 y, desde 1978, la Atención Primaria en Salud, donde la atención y la prevención de la desnutrición tuvieron un papel relevante.

La nutrición, tal vez como ninguna otra rama de la medicina, revela el poder hegemónico del discurso científico, pues sus especialistas no desarrollan ninguna actividad directa que solvante la carencia echada en falta, pero sí porta la voz autorizada para legitimar la validez de su demanda y suministro. Es el especialista de la nutrición quien posee el criterio para discriminar quién padece hambre y en qué medida; para establecer las condiciones óptimas de consumo de los alimentos; es el personal autorizado para trazar las directrices y gestionar los recursos que mitiguen el hambre; definir qué alimentos componen el problema y cuáles no; cuáles son las soluciones; quién tiene prioridad para ser asistido; etc.

El estudio del hambre y la desnutrición tiene sus antecedentes en las enfermedades infantiles relacionadas con dietas muy restringidas. Ejemplo de ellas se encontraron en diferentes partes del mundo; mediante el estudio comparativo de los síntomas y las características alimentarias que las rodeaban se fueron tipificando como un tipo especial de enfermedades producidas por deficiencias alimentarias. Con estos descubrimientos se desencadenaron análisis que llevaron a estudiar en detalle la relación entre alimentación, desarrollo y enfermedad, a los cuales se aplicaron los métodos estadísticos y demográficos que ilustraban su comportamiento en las colectividades.

El desarrollo de la nutrición como aspecto de la salud pública en América Latina tuvo como preocupación central, a comienzos de siglo, el establecimiento de la dieta conveniente a las clases trabajadoras. Posteriormente los estudios se centraron en la

---

presencia masiva de la malnutrición y con base en ellos se desplegó todo un entramado de estrategias para afrontarla que exigieron el reclutamiento de personal especializado. Desde los años treinta se empezó a promover la creación de escuelas de nutrición en el continente y progresivamente se realizaron acuerdos para homologar los programas formativos de la región y organizarse en agremiaciones.

El mismo proceso se produjo en Colombia a partir de los años sesenta mostrando también la estrecha relación de este fenómeno con la apertura de todo un campo para el ejercicio profesional en el sector público. Ejemplo de ello es la creación de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, que contó en su evolución con el respaldo de la academia de formación en salud pública, de la cual se independizó finalmente. Estos programas de formación combinaron conocimientos de las ciencias básicas, análisis sociales y el desarrollo de destrezas prácticas para la formulación y ejecución de programas asistenciales. Como disciplina con fines prácticos, el proceso de formación incluyó de entrada experiencias de campo, aspecto sobre el cual, lamentablemente, no se pudo encontrar mayor evidencia en el curso de la presente investigación. Las escuelas locales de medicina, también produjeron sus propias descripciones e interpretaciones de los fenómenos nutricionales que, seguramente, fundamentaron la práctica científica local.

A lo largo de la investigación se percibió que la discriminación por grupos de edad jugó un papel fundamental en la formulación de las políticas públicas de nutrición, un papel incluso más importante que la clasificación social-ocupacional. La infancia se descubrió como el principal revelador y víctima de los deficientes consumos alimentarios populares debido a las expresiones anatómico-fisiológicas de retardo en su desarrollo biológico, identificables a partir de procesos de estandarización muy específicos de las ciencias médicas. La asistencia a la alimentación de los niños en edad escolar mediante el suministro de alimentos en los planteles educativos ha sido una estrategia clave en las políticas de mitigación del hambre en Colombia. Y sin embargo, ésta ya venía siendo promovida desde antes de ser comprobada científicamente y divulgada la relevancia de

---

este período de la vida en el desarrollo biológico de los seres humanos, y de constatarse la ineficacia de la instrucción intelectual en circunstancias de hambre y malnutrición.

Estudios nutricionales de los niños de barrios de la ciudad de Medellín realizados en los años setenta mostraron una situación crítica de desnutrición masiva entre la población infantil que explica la permanencia de los programas de complementación alimentaria para los escolares, y el apoyo oficial del que disfrutaron por mucho tiempo. El Patronato Escolar constituyó un hito en la ejecución de políticas frente a esta preocupación, que nace de una inquietud filantrópica y se vigoriza con los dispositivos discursivos y operativos de la lucha contra la desnutrición. Como política pública de largo aliento acaparó los recursos procedentes de las diferentes versiones y modalidades de las políticas nacionales relativas a la complementación alimentaria que se gestaron durante su funcionamiento. De esta manera reflejó en su funcionamiento, no exento de tensiones entre los ámbitos de decisión nacional/local, la evolución, auge y desmonte del aparato estatal relativo a las políticas nutricionales.

En los años sesenta se diseñaron los Programas Integrados de Nutrición Aplicada PINA los cuales se plantearon como la primera iniciativa de política integral para mitigar los estados nutricionales deficientes de la población colombiana. En su concepción *integrada*, la complementación alimentaria de la dieta infantil era un componente sobresaliente. Sin embargo, los alcances de los subprogramas dirigidos a la complementación alimentaria de niños y madres en zonas rurales y urbanas de Antioquia alcanzaron en 1970 a 218.040 beneficiados, lo que equivale un porcentaje muy bajo de la población antioqueña. No fue posible aclarar, a través de las fuentes analizadas, cuál podría ser el balance final del PINA; da la impresión de que los resultados exhibidos por las instituciones fueron los relativos al despliegue de la ayuda alimentaria, lo que equivale al componente más asistencial y menos sostenible de dicha política. De los componentes relativos a la producción agrícola no se pudo hallar ninguna estimación de resultados ni sobre la implementación de huertas comunales, ni sobre la cobertura y repercusiones de los programas educativos, lo que revela, en sí mismo, una elocuente ausencia de mecanismos de seguimiento a las políticas.

---

El Plan de Atención Nutricional se pregonó luego como un hito en la formulación de políticas alimentarias en el país, en tanto que se integraba al Plan Nacional de Desarrollo, cuyo objetivo general era lograr el crecimiento económico y la redistribución del ingreso. Posiblemente se requiera una indagación más profunda, que excede los límites de la presente investigación, para averiguar más acerca de la evaluación posterior del desempeño de dicho programa, pero con la información analizada no se puede afirmar que este marcara un hito en las políticas públicas alimentarias y demográficas, al menos en lo referente al nivel local.

Por su parte, la ayuda alimentaria paralela al crédito y a las diferentes modalidades de cooperación internacional ha encarnado el paradigma de la generosidad altruista de los países ricos hacia los países pobres, mediante el cual se ha justificado moralmente la consolidación del orden económico mundial imperialista. En el trasfondo de tal generosidad se hallaba la necesidad de equilibrar los mercados afectados por la sobreoferta de alimentos de reserva. En torno suyo se diseñaron una serie de estrategias de canalización de dichos excedentes productivos hacia los consumidores finales, donde los diferentes entes estatales aportaron un ámbito propio para la recepción de la ayuda. Según el diseño de dichas estrategias, como en el caso del PLANALDE, se podría concluir que la canalización de la ayudas estaba perfectamente coordinada y que beneficiaban a los sectores más necesitados.

En el ámbito local de Medellín observamos que las orientaciones oficiales en el ámbito alimentario recayeron a grandes rasgos sobre aspectos higiénicos y sanitarios, la gestión y administración de donativos alimentarios dirigidos a los más pobres, la realización de diagnósticos nutricionales, la educación en buenos hábitos alimentarios, la atención de niños, madres gestantes y lactantes desnutridos o en riesgo de estarlo y el diseño, distribución y suministro de complementos alimentarios procesados de alto valor nutricional, articulándose a las decisiones y normativas de orden nacional en estas materias. Un indicador de esto, como se expresó, es el hecho de que la mayor parte del personal profesional en nutrición y dietética disponible se vinculara laboralmente a las áreas de la salud, y en menor proporción al trabajo docente y de producción de alimentos.

---

Finalmente, se realizó un recorrido a través de los discursos que informaron los diseños de las políticas alimentarias y permearon, a través de los mecanismos institucionales, la sociedad, creando una opinión pública frente al problema del hambre en el país y en el mundo. Me centré en tratar de develar los proyectos imperialistas que estos discursos legitimaron, brindando argumentos morales a las políticas transnacionales. De esta manera trate de abordar, a través de las representaciones, una panorámica discursiva del problema del hambre como corolario de la pobreza y el subdesarrollo. Con este ejercicio se pretendió valorar la magnitud de los ámbitos de las representaciones involucrados en el entramado institucional, social y político que formó parte inherente de las prácticas institucionales y sociales mediante las cuales se trató de abordar la cuestión del hambre y la desnutrición en Medellín, entre el inicio del Frente Nacional y el momento en que se comienzan a introducir los principios de liberalización y desregulación que darán lugar a un contexto definitivamente distinto para las políticas públicas. Ello no con la intención de dar por concluida la cuestión, sino con el propósito de promover nuevas preguntas que puedan interpelar una realidad más reciente que, aunque también construida históricamente y deudora de su pasado, no deja de preguntarse por la relación entre la población y los recursos alimentarios, por las nuevas prácticas alimentarias y su sostenibilidad, por la recurrencia de la desnutrición, por nuevos problemas sociales y de salud como la anorexia o la obesidad y, en definitiva, por las nuevas reformulaciones de viejos asuntos como el hambre y la abundancia.

---

## FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

### I. ARCHIVO HISTORICO DE MEDELLÍN

- AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 255 - 292, 1949 - 1952
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 288, 1953
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 237, 1954
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 187 – 200, 1961
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 280 – 282, 1961
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 47, Legajo 4, Folio 5, 1961
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folio 183, 1962
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 234 – 242, 1962
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 284 – 287, 1962
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folio 174, 1962
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 288 – 289, 1962
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folio 172, 1962
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 205 – 209, 1962
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 38, Legajo 3, Folios 272 – 275, 1962
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 3, Folios 223 - 224, 1963
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 3, Folios 220 - 222, 1963
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 1, Folio 120, 1963
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 1, Folio 119, 1963
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 1, Folio 154, 1963
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 3, Folios 208 y 209, 1963
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 3, Folios 217 - 219, 1963
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 110 – 124, 1963
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 47, Legajo 1, Folios 307 - 317, 1964
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 218, 1964
- AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 41, Legajo 3, Folios 144 - 148, 1964
- AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 147 – 148, 1964

---

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 149 – 151, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folio 22, 1964

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 41, Legajo 3, Folio 57, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 18 y 19, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 1 – 25, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 125 – 142, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 143 – 146, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 152 – 165, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 166 y 167, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 168 – 192, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 60, 1965

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 3, Folio 195, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 3, Folio 198, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 3, Folio 199, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 9, Legajo 6, Folios 149 y 150, 1964

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 98, Legajo 2, Folios 213 - 216, 1964

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 98, Legajo 2, Folios 239 - 250, 1964

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 3, Folio 195, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 219, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 221, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 223, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 224 y 225, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 229, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 203 y 204, 1965

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 6, Folios 204 y 205, 1966

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 4, Folios 1 – 229, 1965 - 1971

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 227, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 231, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 232, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 233, 1965

---

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 235, 1965

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 165 - 171, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 150, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 120 - 125, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 160 - 161, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 163 - 164, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 156 - 157, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 154, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 139, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 142, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 148, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 149, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 143 - 146, 1966

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 6, Folio 81, 1966

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 1, Legajo 6, Folio 88, 1966

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 39, Legajo 5, Folios 2 y 3, 1966

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 3, Folios 152 - 187, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 126 - 135, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 140, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 141, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 159, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 162, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 222, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 137 Y 138, 1966

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 151 y 152, 1966

AHM, Secretaría de Educación, Salud Pública y Asistencia Social, Caja 11, Legajo 1, Folios 10 - 13, 1967

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 2, Legajo 1, Folio 191 y 192, 1967

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 40, Legajo 4, Folios 265 - 270, 1967

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 47, Legajo 1, Folios 239 - 306, 1967

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folios 118 - 170, 1968

---

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 3, Folios 1- 71, 1969

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 113, 1969

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 117, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folios 293 – 307, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 283, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folios 171 – 211, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 3, Folios 1 – 128, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 285 - 290, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folios 275 – 282, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folios 211 - 213, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folios 212 R y V, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folios 213 R y V, 1969

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 34 - 35, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 17, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 27, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 10 - 11, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 28, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folios 21 - 23, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 10, Legajo 2, Folios 1, 1970 – 73

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 230, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 231, 1970 – 1971

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 5 - 8, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 44, Legajo 5, Folios 11 - 20, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 193 – 215, 1971

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 35, Legajo 3, Folios 136 - 140, 1971

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 5, Folio 9, 1970

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 10, Legajo 2, Folios 121 - 126, 1971

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 35, Legajo 3, Folios 169 - 176, 1971

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 2, Folios 221 – 228, 1971

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 44, Legajo 1, Folios 19 - 32, 1971

---

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 107 - 109, 1971

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 22, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 1, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 10, Legajo 2, Folio 132, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 11 – 15, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 2 – 6, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 7 – 10, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 10, Legajo 2, Folio 143, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 10, Legajo 2, Folios 127 - 131, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 11, Legajo 1, Folios 191 y 192, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 31, Legajo 5, Folios 111 y 112, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 4, Folios 1 – 229, 1965 - 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folio 16 -18, 1972

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 43, Legajo 2, Folios 102 - 105, 1972

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 35, Legajo 5, Folios 141 - 162, 1973

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 54, Legajo 3, Folio 138 - 140, 1973

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 54, Legajo 3, Folio 141, 1973

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 75, Legajo 5, Folio 137 - 139, 1973

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 75, Legajo 5, Folio 140, 1973

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 51, Legajo 5, Folio 231 - 237, 1973

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folio 131, 1974

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folio 132 - 134, 1974

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folios 124 - 125, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 142, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 140 – 141, 1974

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 2, Folios 92, 1974

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folio 195, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 149, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 150, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 121, 1974

---

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folio 142 - 147, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 130 - 131, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 91, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 132 - 134, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 135, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 138 - 139, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 136 - 137, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 145, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 120, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 122 - 129, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folio 146 y 147, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 151 - 184, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 119, 1974

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 37, Legajo 2, Folios 143 y 144, 1974

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 75, Legajo 5, Folio 161 - 167, 1974

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folio 148 - 160, 1974

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 75, Legajo 5, Folios 126 - 127, 1974

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 32, Legajo 3, Folios 305 - 306, 1975

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 52, Legajo 5, Folio 319 - 321, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 11, Legajo 4, Folio ¿?, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 75, Legajo 5, Folio 135 - 136, 1974

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 44 - 45, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 74 - 76, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 14, 1975

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 5, Folio 144, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 43, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 34 - 40, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 18 - 25, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 47, Legajo 1, Folios 161 - 141, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 37, Legajo 5, Folio 136, 1975

---

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 75, Legajo 5, Folio 141, 1975

AHM, Departamento de Higiene y Salubridad, Caja 35, Legajo 2, Folios 10 y 11, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 2, Legajo 8, Folio 58 y 59, 1975

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 5, Folios 148 - 153, 1975

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 51, Legajo 1, Folios 1 - 173, 1975

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 54, Legajo 3, Folio 134 - 135, 1975

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 54, Legajo 3, Folio 136 - 137, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 12, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 15, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 32, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 33, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folio 46, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 13, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 16, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 26 - 31, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 47 - 49, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 50 - 73, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Caja 30, Legajo 1, Folios 77 - 85, 1975

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 75, Legajo 5, Folios 128 - 130, 1974

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 73, Legajo 1, Folio 449 y 450, 1976

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 8, Legajo 7, Folio 37 - 38, 1976

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 8, Legajo 7, Folio 35 - 36, 1976

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 35, Legajo 5, Folios 53 - 61, 1977

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 52, Legajo 5, Folio 107, 1977

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 37, Legajo 5, Folios 101 - 109, 1977

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 35, Legajo 5, Folios 51 - 52, 1977

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 37, Legajo 5, Folios 97 - 100, 1977

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 30, Legajo 3, Folios 87 - 95, 1978

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 10, Legajo 1, Folio 106, 1979

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 10, Legajo 1, Folio 265 - 267, 1979

---

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 10, Legajo 1, Folio 96, 1979

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajos 2, Folios 67 - 74, 1980

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 79 - 86, 1980

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 87, Legajos 1, Folios 167 - 178, 1980

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 4, Folio 307 - 309, 1981

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 48, Legajo 1, Folios 320 - 322, 1981

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 68, 1981

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 45, 1981

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 50, 1981

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 31 - 41, 1981

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 48, Legajos 1, Folios 209 - 310, 1981

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 48, Legajos 1, Folios 311 - 312, 1981

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 87, Legajos 1, Folios 108 - 111, 1981

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 70 - 72, 1981

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 2, Folios 64 - 72, 1981

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 213, 1982

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 214, 1982

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 215, 1982

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 218, 1982

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 41, Legajo 4, Folio 46, 1981

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 2, Folios 1 - 37, 1982 y 1984

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 81, Legajo 3, Folio 287 -291, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 161 - 164, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 141 - 145, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 185 - 186, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 80, Legajo 1, Folio 208 - 219, 1983

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 78, Legajo 4, Folios 64 - 83,1983.

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 2, Folios 111 - 141, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 187, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 147 - 148, 1983

---

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 150 - 160, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 81, Legajo 3, Folio 221 -222, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 80, Legajo 1, Folio 180 - 207, 1983

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 96, Legajos 4, Folio ¿?, 1983

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 2, Folios 111 - 141, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 7, Folio 121 - 128, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 26, Legajos 1, Folios 195 - 221, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 165 - 168, 1983

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 41, Legajo 5, Folio 169 - 184, 1983

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 2, Folios 111 - 141, 1983

AHM, Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social, Caja 39, Legajo 2, Folios 1 - 4, 1984

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 80, Legajo 1, Folio 130 - 174, 1984

AHM, Secretaría de Educación Pública Municipal, Caja 39, Legajo 2, Folio 27 - 30, 1984

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 7, Folio 117, 1984

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 7, Folio 118, 1984

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 72, Legajo 2, Folio 102 - 104, 1985

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 14 - 18, 1985

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 19 - 24, 1985

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 7, 133, 1985

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 3, Folio 5 y 6, 1985

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 23, Legajo 7, Folio 132, 1985

AHM, Secretaría de Salud y Bienestar Social, Caja 21, Legajo 4, Folio 88, 1985

AHM, Secretaría de Salud Pública Municipal, Caja 100, Legajo 3, Folios 16 -19, 1985

## **II. TESIS**

Baquero Contreras Graciela, *Análisis de la política del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición*, Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1982.

Calderon Frogoso Mirián, Diaz Rengifo Aura M. *Impacto social de algunos subprogramas de nutrición de Comfama en las madres en período de embarazo y lactancia*, Trabajo de grado de trabajo social, asesorado por: Alfredo Turizo

---

Callejas - médico magister en salud pública y Beatriz Eugenia Ortiz Uribe - nutricionista dietista y magister en salud pública, Universidad de Antioquia, 1984.

Castro Morales Magdalena, *Condiciones de vivienda, salud ocupacional, recreación de 104 trabajadores de hamburguesas del Oeste frente a las condiciones económicas, psicológicas y de alimentación ofrecidas por la empresa*. Tesis de grado en Trabajo Social, 1985.

Hernández María Patricia, “*La beneficencia en Medellín 1880 – 1930*”, Trabajo de Grado, Departamento de Historia, asesorado por Patricia Londoño, Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y humanas, 1994.

Londoño Mejía Tina, *El servicio social en un programa de restaurantes escolares*, Tesis de grado para optar el título de asistente social. Escuela de servicio social de Medellín, 1956.

Montoya E. Beatríz Helena, Quiróz A. Margarita Inés, *Análisis de las características y necesidades de la población en tres municipios del occidente antioqueño y de los programas de desarrollo rural que realiza la secretaría de agricultura en esta región*. Intervenciones del trabajador social en dichos programas, Tesis de grado licenciatura en Trabajo Social, 1976.

### **III. IMPRESOS**

Anónimo, *Demografía y nutrición. La mayoría urbana*, En: Síntesis económica, Bogotá, Enero 28 de 1985, Año X, N° 444.

Antuña, Santiago E. *Programas integrados de nutrición aplicada (PINA), en desarrollo en Colombia*, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Nutrición, 1962.

Asociación Colombiana de Nutrición y Dietética, *Cuantificación, características y perfil profesional del nutricionista dietista en Colombia*, OPS, OMS, Bogotá, 1988.

Bejarano Jesús, *Guías para la definición de políticas socioeconómicas de alimentación y nutrición*, Colombia. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de recursos humanos, División sociodemográfica, Comité Nacional de políticas sobre alimentación y nutrición, 1er Seminario Nacional Intersectorial de Alimentación y Nutrición, Palmira, Valle, UNICEF, ICBF, 1973.

Berg Alan, *Estudios sobre nutrición. Su importancia en el desarrollo socioeconómico*, México, Editorial Limusa, 1975.

Comité Interdepartamental en Nutrición para Defensa de los Estados Unidos ICNND, *Encuesta clínico nutricional realizada en Colombia por ICNND y el Instituto Nacional de Nutrición. Resumen de hallazgos*, 1965.

- 
- Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición, *Consideraciones sobre el problema de alimentación y nutrición*, Ministerio de Salud Pública, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Instituto Nacional de Nutrición Colombia, 1959.
- De Castro Josué, *Geografía del hambre. El dilema brasileño: ¿pan o acero?*, Editorial Solar - Hachette, Buenos Aires, 1969.
- , *El hambre problema universal*, Editorial La Pleyade, Buenos Aires, 1969.
- , *Geopolítica del Hambre*, Ediciones Guadarrama, Madrid, 1972.
- Departamento Nacional de Planeación, *Para cerrar la brecha. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición*, Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional 1975 – 1978.
- Fajardo P. Luis F., *Revisión analítica sobre la investigación en nutrición humana en Colombia 1960 – 1973*, COLCIENCIAS.
- FAO, *Aún hay millones de hambrientos*, Organización de las Naciones Unidas, Roma, 1957.
- FAO, *Alimentación y Nutrición*, Revista Trimestral de la FAO, Vol. 1, N° 1 de 1975 – Vol. 10, N° 1 de 1984.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, *Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. Enero de 1963 - Enero de 1970*, Dirección de nutrición, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1970.
- Instituto Nacional de Nutrición, *Informe de Colombia a la Reunión Técnica Latinoamericana sobre Encuestas Alimentarias*, Ministerio de Salud Pública, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Reunión Técnica Latinoamericana sobre Encuestas Alimentarias, Montevideo 22 a 30 de abril de 1963.
- Instituto Nacional de Nutrición, *Metas de disponibilidad y consumo de alimentos para Colombia: 1965-1974 (Provisional)*, División de Investigación, Sección de Epidemiología, 1964.
- Instituto Nacional de Nutrición, *Seminario Regional Sudamericano de Alimentación Escolar. Informe final*, Auspiciado por: FAO, UNICEF - Gobierno de Colombia; Coordinador: Instituto Nacional de Nutrición, S.C.I.S.P., Bogotá, octubre 27 - noviembre 8, 1958.
- Ministerio de Salud Pública, *Informe de Colombia a la IV conferencia sobre problemas desnutrición en la América Latina*, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Instituto Nacional de Nutrición, Bogotá, Colombia, Septiembre de 1957.
- Misión Economía y Humanismo, *Estudio sobre las condiciones del desarrollo de Colombia*, Presidencia de la República, Comité Nacional de Planeación, Dirección Ejecutiva, Bogotá, D. E., Aedita Editores Ltda., Colombia, Octubre de 1958.
- Sección de Nutrición del Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Nutrición *Información sobre nutrición y alimentación para el plan nacional de salud 1968-1977*, Bogotá, 1967.

---

Universidad de Antioquia, *Reseña histórica del programa de Nutrición y Dietética*, 1980.  
Vélez A. Hernán, “Enfermedades por deficiencia nutricional. Consideraciones generales”  
en: Vélez A. Hernán, *et al. Fundamentos de Medicina*, Biblioteca Médica, Tomo I,  
Universidad de Antioquia, Medellín, 1969, p. 1-90.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Uribe Marta Cecilia, “Nutrición Pública: una visión integral e integradora”, en:  
*Perspectivas en Nutrición Humana*, Vol. 9, No.1, Medellín, Enero-Junio de 2007.
- Arcila Maria Teresa, “Apuntes sobre identidad cultural: el caso antioqueño”, en: *Boletín de Antropología*, Vol. 06, No. 20, Universidad de Antioquia, Medellín, Diciembre, 1986.
- Asociación Colombiana de Nutrición y Dietética, *Cuantificación, características y perfil profesional del nutricionista dietista en Colombia*, OPS, OMS, Bogotá, 1988.
- Bejarano Ana María y Segura Bonnett Renata, “El fortalecimiento selectivo del estado durante el frente nacional”, en: *Controversia*, N° 169, Noviembre, 1996.
- Bengoa Lecanda José María, “Nutrición en América Latina. Algunos eslabones de su historia”, en: Bourges R., Bengoa José M., Alejandro M. O’Donnell (Coordinadores), *Historias de la nutrición en América Latina*, Publicación Sociedad Latinoamericana de Nutrición SLAN # 1, Fundación CAVENDES, INCMNSZ, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil CESNI, 2000.
- , “Historia de la nutrición en salud pública”, en: *Anales Venezolanos de nutrición*, Caracas, Vol. 16, N° 2:85-96, 2003.
- , *Tras la ruta del hambre. Nutrición y Salud Pública en el Siglo XX*, Publicaciones Universidad de Alicante, 2006.
- Bennett Jon, George Susan, *La maquinaria del hambre*, Ediciones El país S.A., Aguilar S.A., Madrid, 1987.
- Bolívar Ingrid y Flórez Alberto, “Cultura y poder: El consumo de carne bovina en Colombia”, en: *Nómadas*, N° 22, Instituto de estudios sociales contemporáneos, Universidad Central, Bogotá, Abril, 2005.

- 
- Botero Herrera, Fernando. *Medellín 1890 – 1950. Historia urbana y juego de intereses*. Editorial Clío, Universidad de Antioquia, 1996.
- Botero Fernando, *Medellín: proyecto realizado o fruto del azar, una reflexión histórica*, en: Desde la región, Medellín, N° 39, May 2003.
- Bourdieu, Pierre. *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, Taurus, Madrid, 1998.
- Bourges R., Bengoa José M., Alejandro M. O'Donnell (Coordinadores), *Historias de la nutrición en América Latina*, Publicación Sociedad Latinoamericana de Nutrición SLAN # 1, Fundación CAVENDES, INCMNSZ, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil CESNI, Caracas, 2000.
- Chacón Barniza Orlando Arnulfo y Ruiz Rojas Dary Giselle, “Historia de la formación del nutricionista - dietista en Colombia. Nutrición y dietética en la Universidad de Antioquia, de técnicas a profesionales, 1952 - 1971”, en: *Perspectivas en nutrición humana*. Órgano de divulgación académica de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, Separata, Agosto 2005, p. 31-56.
- Chartier Roger, *El mundo como representación. historia cultural: entre práctica y representación*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1995, p. 487.
- Concejo de Medellín, PROYECTO DE ACUERDO No. 104 DE 2005 “Por medio del cual se establece la Política de Seguridad y Soberanía Alimentaria para el Municipio de Medellín – en Medellín la seguridad es alimentaria y nutricional”.
- Escobar Arturo, *La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*, Editorial Norma, Bogotá, 1998.
- Fajardo P. Luís, “Apuntes de la historia de la nutrición en Colombia”, en: Bourges R., Bengoa José M., Alejandro M. O'Donnell (Coordinadores), *Historias de la nutrición en América Latina*, Publicación Sociedad Latinoamericana de Nutrición SLAN # 1, Fundación CAVENDES, INCMNSZ, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil CESNI, 2000.
- Fischler, Claude. *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1995.
- García Estrada Rodrigo, *Cien años haciendo ciudad*, Sociedad de Mejoras Públicas de Medellín, 1999.

- 
- George Susan, *Cómo muere la otra mitad del mundo. Las verdaderas razones del hambre*, Siglo XXI Editores, Bogotá, 1980.
- Grupo de Investigación en alimentación y Nutrición Humana, *Perfil alimentario y nutricional en los hogares: análisis comparativo entre las regiones de Antioquia*, Medellín, Gobernación de Antioquia, 2005.
- Gutiérrez Rodríguez Nora Patricia, *Medicina social y práctica médica: Consideraciones sobre la práctica médica en Medellín 1930-1964*, Trabajo de grado en historia, Asesorado por Felipe Gutiérrez, Universidad de Antioquia, 2002.
- Helg Aline, *La educación en Colombia 1918 – 1957. Una historia social, económica y política*, Fondo Editorial CEREC, Bogotá, 1987.
- Hernández Álvarez Mario, *La salud fragmentada en Colombia 1910 - 1946*, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Salud Pública, Facultad de medicina, Bogotá, 2002.
- *et al*, *OPS y el Estado Colombiano, 100 años de historia 1902 - 2002*, Bogotá, Octubre de 2002.
- Hobsbawm Eric, *Historia del siglo XX: 1914-1991*, Editorial Crítica, Barcelona, 2001.
- Londoño Mejía Tina, *El servicio social en un programa de restaurantes escolares*, Tesis de grado para optar el título de asistente social. Escuela de servicio social de Medellín, 1956.
- Londoño Vega, Patricia. *Relaciones cotidianas entre las clases sociales en Antioquia 1850 – 1930. Informe final*, Informe presentado a la Fundación para la promoción de la investigación y la tecnología, Santa fe de Bogotá, 1994.
- Machado Cartagena, Absalón, *El problema alimentario en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Bogotá, 1986.
- , *Ensayos sobre seguridad alimentaria*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2003.
- Melo Jorge Orlando, *Historia de Antioquia*, Suramericana de Seguros, Primera Edición, 1988.
- , “Algunas consideraciones globales sobre “modernidad” y “modernización” en el caso colombiano”, en: *Análisis político*, N° 10, Mayo - Agosto de 1990.
- , *Historia de Medellín*, Suramericana de Seguros, Bogotá, 1996.

- 
- Minagricultura 80 años. *El agro y la cuestión social*, T. M. Editores, Caja Agraria, Bogotá – Colombia, 1994.
- Montanari, Massimo. *El mundo en la cocina. Historia, identidad, intercambios*, Argentina, Paidós, Diagonales, 2004.
- , *El hambre y la abundancia. Historia y cultura de la alimentación en Europa*, Grijalbo, Barcelona, 1993.
- Murdoch William W., *La pobreza de las naciones*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984
- Ocampo José Antonio (Compilador), *Historia económica de Colombia*, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Cuarta Edición, Santa fe de Bogotá, 1997.
- , *Entre las reformas y el conflicto. Economía y política en Colombia*, Grupo Editorial Norma, Bogotá, 2004.
- Palacios Marco (Director del volumen), *América Latina desde 1930*, Ediciones UNESCO, Editorial Trotta, Paris, 2008.
- Pedraza Gómez, Zandra. “La difusión de una dietética moderna en Colombia: La revista Cromos entre 1940 y 1986”, en: Armus Diego *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en América Latina*, Editorial Norma, Buenos Aires, 2002.
- , *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad*. Departamento de Antropología, Universidad de los Andes, Bogotá, 1999.
- Poveda Ramos Gabriel, *Historia económica de Antioquia*, Ediciones Autores Antioqueños, Medellín, 1988.
- Saldarriaga, Gregorio. *Subvaloración de la tierra y su alimentación*, Ponencia presentada en el XIII Congreso de Historia, Bucaramanga, 22 al 25 de Agosto del 2006.
- Schejtman Alexander, *Economía política de los sistemas alimentarios en América Latina*, Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 1994.
- Silva Renán, *Encuesta folclórica nacional, 1942. Presentación de la encuesta y esbozos de un primer análisis*. Anuario de Investigaciones, CIDSE, Universidad del Valle, 2001.
- , “Reflexiones sobre la cultura popular a propósito de la Encuesta Folclórica Nacional de 1942”, en: *Historia y sociedad*, N° 8, Medellín, Marzo, 2002.

---

Universidad de Antioquia, *Proyecto Educativo. Escuela de nutrición y dietética*,  
Universidad de Antioquia, Medellín, Febrero, 2002.

*Taller nacional programas nacionales y regionales para mejorar la seguridad alimentaria.*  
Memoria. Bogotá, Diciembre 4 y 5 de 2003.

Tarazona Lucía, “El PAN. ¿la nueva versión de la vieja caridad?”, en: *Carta Financiera*,  
N° 50, Julio - Septiembre de 1981.

Tejada Blanca Dolly, “Contexto histórico y académico de Nutrición y Dietética en la  
Universidad de Antioquia”, en: *Perspectivas en nutrición humana*, N° 3,  
Universidad de Antioquia, Noviembre, 2000.

Vega-Franco Leopoldo, “Hitos conceptuales en la historia de la desnutrición proteico-  
energética”, en: *Salud Pública de México*, volumen 41, N° 4, Julio - Agosto de  
1999, p. 328 - 333.

Yepes L. Francisco José, *La salud en Colombia. Análisis socio histórico*, Ministerio de  
Salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá D.E., 1990.