

Tras la Ruta del Hambre Following the Route of Hunger

José María Bengoa

Introducción

Excelentísimo y Magnífico Sr. Rector de la Universidad de Alicante, Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, Claustro de Doctores de la Universidad, Miembros de la Comunidad Universitaria, Señoras y Señores: Al agradecer a la Universidad de Alicante la honrosa distinción que me ha concedido, debo hacerlo con la modestia que corresponde a un médico que de lo que más se enorgullece, es de haberlo sido de una comunidad rural tropical hace 65 años. En la decisión de las autoridades de la Universidad de Alicante para concederme esta distinción, sin duda alguna ha sido importante la amistad que me une a algunos de los profesores del área de Salud Pública, tema al que he dedicado toda mi vida. Gracias, pues, a todos aquellos que han promovido esta iniciativa y en especial a la Escuela Universitaria de Enfermería que ha dado todo su apoyo para que se realice este acto.

El que fuera hace años Rector de la Universidad de Alicante, el Profesor Ramón Martín Mateo, tuvo con anterioridad el mismo cargo en la Universidad del País Vasco. Mantuvimos una buena amistad y largas conversaciones tanto en Bilbao como en Caracas. Ambos acariciábamos la idea de crear en la Universidad del País Vasco una Cátedra “Simón Bolívar”, destinada al estudio y difusión de los valores y la historia latinoamericana. Se firmó incluso el protocolo de acuerdo con el Ministro de Estado de Venezuela, pero finalmente, al dejar su cargo el Profesor Martín Mateo, la hermosa iniciativa se desvaneció.

Con mucha simpatía he oído las amables palabras del Profesor Josep Bernabeu Mestre, prolífico escritor de historia de la Salud Pública que ha sabido analizar los verdaderos entresijos de la Salud Pública en la España de los años 30 del siglo pasado. Gracias, Josep, por tus entrañables palabras. Primero con el Profesor Martín Mateo, y ahora con el Profesor Bernabeu y la Profesora Encarna Gasón, se ha creado y fortalecido este lazo de unión entre Bilbao, Caracas y Alicante.

1. Infancia y estudios

En mi largo exilio, la imagen de la ciudad donde nací fue una constante nostálgica. Mi infancia se desarrolló en Bilbao en una familia de comerciantes de clase media, con profundas raíces religiosas, entre una sociedad minoritaria opulenta y un proletariado mayoritario en condiciones de vida muy pobre. Durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del Siglo XX, Bilbao tuvo un desarrollo industrial extraordinario, junto con la tasa de mortalidad más alta de Europa. Este contraste, seguramente no se dio de forma tan intensa en otros lugares [1].

Bilbao había sido tradicionalmente una ciudad (realmente una villa) comercial que llevaba un curso de desarrollo normal, acaso un poco acelerado, donde vivía una clase media envuelta en el torbellino de las luchas internas entre liberales y absolutistas.

Pero la explotación del hierro a gran escala en la segunda mitad del siglo XIX trastocó totalmente la vida bilbaína, creándose una gran riqueza, pero generándose simultáneamente un problema social de gran magnitud [2].

Las familias ricas, las muy ricas, se fueron a vivir a la zona residencial del Abra (Neguri, Algorta, etc.). Los obreros mineros prosperaron y se incorporaron a una clase trabajadora sindicalizada que, a costa de huelgas y conflictos lograron superar en parte su pobreza. La Escuela de Ingenieros, la Universidad de Deusto, que desde principios del siglo XX formó a los economistas pioneros en Europa, y las Escuelas de Artes y oficios que enseñaban matemáticas y dibujo, que se extendieron por muchos municipios de Vizcaya, fueron sin duda, los pilares de un nuevo Bilbao de clase media y obrera cualificada que trabajaba sin descanso, y que gozaban con una buena comida acompañada de abundante vino. Todo ello en una atmósfera de profunda religiosidad y de respeto y cumplimiento hacia las costumbres tradicionales.

A principios del siglo XX no faltaban, sin embargo, las huelgas y los conflictos que alteraban por unos días la paz. Miguel de Unamuno se dolía, a principios del siglo XX, de los conflictos que padeció Bilbao en esa época [3].

Discurso pronunciado por el Dr. José María Bengoa Lecanda con motivo de su investidura como Doctor Honoris Causa por la Universidad de Alicante. Alicante, el 28 de enero de 2004. Solicitar copia a: José María Bengoa. fundacionbengo@cantv.net

En la escuela pública a la que asistí nos juntábamos la clase media y la clase pobre. No recuerdo los nombres de muchos de los compañeros de clase, pero sí los apodos. Uno era el cojo, otro el manco, el de más allá el cabezón, otro el bizco, etc. Todo ello como resultado de las secuelas del raquitismo, la osteomielitis, la tuberculosis ósea, las fracturas mal tratadas, y otros procesos dominantes en la época.

Al pasar al bachillerato, la mezcla social era ya de clase media con la alta. En todo Bilbao y Vizcaya había un solo instituto de enseñanza media y cuatro colegios religiosos.

El nuevo Instituto “Miguel de Unamuno”, en el ensanche de Bilbao, se inauguró el año 1926, cuando yo iniciaba el cuarto año de bachillerato, en ese año se decretó por primera vez la reválida del bachillerato, y había que elegir desde cuarto año el “ir por ciencias”, o bien “ir por letras”. Siempre he lamentado esa época en la que perdí la oportunidad de conocer algo de Historia del Arte, Literatura, Lógica, principios de Filosofía, y otros conocimientos humanísticos.

Durante tres años, nuestras materias de estudios fueron exclusivamente Matemáticas, Biología, Física y Geología ¡Qué clase de bachilleres íbamos a ser sin saber qué es un verso, una pintura, una catedral, y sin saber quién era Bacon, Kant, Velázquez, Unamuno, Calderón, Lope de Vega y tantos otros! Fueron tres años perdidos que nunca llegué a recuperar del todo a lo largo de noventa años de vida. ¿Por qué no haber legislado un bachillerato con acento en ciencias o letras, pero manteniendo al menos un 30 ó 35% para una formación más completa frente a la vida?. Cuando fuimos a Valladolid a hacer la reválida de ciencias éramos unos pobres imberbes que apenas sabíamos lo que era el binomio de Newton, la clasificación de los reptiles, las leyes de Arquímedes y los volcanes de Centro América. El examen escrito duró cuatro horas ante tres profesores universitarios que no habíamos visto nunca. Yo creo que aprobé de milagro. Decidí estudiar medicina en Valladolid, y por primera vez me puse un traje de pantalón largo.

El primer día de clase en la Facultad de Medicina consistió en la disección de trozos de un cadáver. Nunca entendí bien por qué el comienzo de los estudios de medicina se hace en las salas de disección, frente a la muerte. Pero no ante una muerte de cuerpo entero, solemne, global, de un ser que poco antes estaba vivo, sino de una muerte a pedazos, en trozos de cadáver, de seres desgraciados que nadie reclamó. Se inician los estudios de medicina viendo el detalle morfológico de músculos, tendones y huesos como un rompecabezas de

trozos aislados, irreconocibles, por no conocer el todo a quien pertenecen. Pasarán varios años antes de explicar la vida, su misterioso funcionamiento, sus alteraciones en el desarrollo y las patologías más frecuentes.

Parece lógico que al joven que se inicia en una profesión, por la cual ha sentido una vocación de amor, en los comienzos se le hable de cómo nace la vida, cómo se desarrolla el feto en el seno materno según los códigos de la herencia materna y paterna, y cómo va a nacer un nuevo ser con una estructura ya formada, después de nueve meses de gestación. Así debería ser la lección del primer día de clase.

Para suerte nuestra el profesor de anatomía, el Dr. Prieto, y el profesor de anatomía patológica, el Dr. Costero, fueron excelentes maestros, tal vez los mejores en los primeros años. Desde los inicios destacó como el alumno más aventajado Arsacio Peña, el más querido y admirado entre los amigos de entonces, actualmente profesor jubilado de la Universidad de Granada.

Estando en segundo año se implantó la República Española que tantas esperanzas había creado. Todo el pueblo de Valladolid se echó a la calle, pletórico de entusiasmo y alegría; el mismo pueblo que cinco años después se lanzaría a la misma calle a tumbar al gobierno republicano y comenzar así la guerra civil que duraría tres años.

El invierno de 1932 fue muy frío, y nos confortábamos en la casa de la patrona con un modesto brasero. Un día de febrero de ese mismo año llegué a casa con escalofríos y tos, y pensé que sería un simple resfriado. A media noche tuve una hemoptisis grave que fue amortiguada horas después con la ayuda de un médico del Puesto de Socorro. Me diagnosticaron tuberculosis.

Yo veía mi vida truncada al tener que dejar mis estudios y perder al menos un año en la carrera. En Bilbao comencé la recuperación en reposo absoluto y buena alimentación, ya que en aquella época no había tratamiento eficaz contra esta enfermedad. Estuve varios meses de pueblo en pueblo, de altura en altura. Parecía que estaba casi curado cuando de pronto tuve de nuevo algunos esputos de sangre. Mi ánimo decayó y mis padres decidieron enviarme al sanatorio “La Fuenfría”, en la Sierra de Guadarrama, en los Altos de Cercedilla, a pocos kilómetros de Madrid. Allí permanecí ocho meses [4].

Los vascos que estudiábamos en Valladolid formamos una Asociación, cuyo único objetivo era promover la creación de una Universidad en el País Vasco. Junto con Extremadura, eran las dos únicas regiones de España que no tenían universidad. No fuimos bien vistos, sobre

todo por Falange. Me nombraron presidente de dicha Asociación y tuve desagradables encontronazos. Los veranos de esos tres últimos años de la carrera los pasé en el Hospital de Basurto, aprendiendo la práctica de la medicina con los Doctores Juan Viar y Justo Gárate.

La violencia social y política se fue acentuando, hasta que el 18 de julio de 1936 prendió la mecha.

2. La guerra civil

En los primeros días de junio de 1936 concluí los estudios de Medicina. El 18 de julio del mismo mes se sublevó el ejército contra el Gobierno legalmente constituido. Fue mi bautizo como profesional de la medicina. Me incorporé desde los primeros momentos a la organización de servicios sanitarios. En dos meses organizamos una amplia red de puestos de socorro y hospitales. Esta organización nos permitió la atención de los heridos de guerra, tanto en el frente como en la retaguardia. Fue realmente un esfuerzo colosal, donde médicos, enfermeras, voluntarios, Hermanas de la Caridad y otros, realizamos una obra que fue elogiada por la Cruz Roja Internacional y numerosos visitantes. En febrero de 1937 publicamos una memoria sobre esta experiencia profesional y vital que fue altamente elogiada. Yo dirigí el texto escrito en varios idiomas [5].

Fue una época triste, sobre todo para los que tuvimos que sufrir la guerra a la defensiva, lo que equivale a retroceder, correr y llorar.

Al perderse Bilbao decidí pasar a Francia, para colaborar en la organización y gestión de las colonias infantiles de los refugiados vascos. Al cabo de un año en Francia decidí dar el salto a América: partí hacia Venezuela.

3. Venezuela

A los tres meses de haber llegado a Caracas [6], el Ministro de Sanidad me nombró médico rural de Sanare, población del Estado Lara, a la que se llegaba en dos días en autobús.

Sanare me pareció un pueblo detenido en el tiempo, con calles empedradas y desiguales por donde sólo transitaban caballos y mulas. El silencio era casi total. No había luz eléctrica.

El casco de Sanare tenía unos 2.000 ó 3.000 habitantes, con más de cincuenta caseríos dispersos por el campo. Algunos se encontraban a una distancia considerable, requerían hasta cinco horas a caballo para llegar. La población total a atender era de 20.000 habitantes aproximadamente.

Yo vivía de asombro en asombro. La gente con la que conversaba, tanto en el dispensario como en la calle, era sumamente amable, con una sencillez conmovedora en las formas. Pocos tenían más de cuatro años de educación primaria, pero su conversación sobre temas históricos venezolanos era tan amplia y sutil que bien podría corresponder a personas con un nivel educativo superior.

Desde el primer día en el que acudí al dispensario médico, me percaté que las quejas de los enfermos que venían a verme, poco tenían que ver con lo que yo había aprendido en la Universidad de Valladolid y en el Hospital de Basurto (Bilbao).

La patología tropical que dominaba en Sanare era muy visible, dramáticamente agresiva. Para mí se trataba de un diagnóstico difícil, teniendo en cuenta mi escasa experiencia clínica de los procesos dominantes y sin ayuda de un laboratorio. La disponibilidad de medicamentos específicos en Sanare era además muy limitada. Los antibióticos y sulfamidas no habían aparecido todavía [7].

Un día visité una embarazada en un rancho humilde, en las afueras del pueblo. Desde una esquina observé a un niño de 2 ó 3 años, con la mirada triste, la cara y el cuerpo hinchado y una piel en mosaico, como una quemadura rojiza. Me estremecí y le pedí a su madre que me lo trajera al dispensario.

Pocos días después, al final de la consulta, apareció el niño hinchado con aparentes quemaduras y mirada triste que yo había visto en el rancho con su madre. Este cuadro no aparecía en los textos de medicina tropical. Pregunté su opinión a los enfermeros prácticos que me ayudaban en el dispensario. Me dijeron que la gente pensaba que era debido a parásitos intestinales. Lo primero que vino a mi mente fue la pelagra infantil, por las lesiones de la piel. Los edemas, sin embargo, eran demasiado intensos. Tomé la decisión de preparar un viaje a Barquisimeto, capital del Estado Lara, donde estaba como director del Hospital de Niños un conocido pediatra. En esta ocasión llevé conmigo dos niños enfermos. El Dr. Agustín Zubillaga me informó que esos enfermos padecían de un síndrome pluricarenal por deficiencia de proteínas y acaso vitamínicas. Me dio las instrucciones necesarias para la re-alimentación de los niños [8].

El dispensario tenía un patio interior bastante grande, y pensé que con las instrucciones del Dr. Zubillaga podíamos tratar estos niños. Instalamos en ese patio unas colchonetas para que los niños desnutridos permanecieran de 8 a 10 horas, con el fin de que

recibieran así la alimentación requerida. Las madres colaboraban en el trabajo. Hubo temporadas en las que el patio llegó a tener hasta 10 y 12 niños. Los enfermos se recuperaban en 3 ó 4 meses a la vez que las madres recibían la educación alimentaria apropiada. Así nació el primer Centro de Recuperación Nutricional, hoy extendidos por todo el mundo. Un día el Padre Quintana vino a visitar el Centro y me preguntó cuándo daba de alta a los niños: mi respuesta fue clara y sencilla: -cuando sonríen, Padre, cuando sonríen-.

Años después, en calidad de funcionario de la OMS, di un curso a médicos franceses en Marsella (1956) destinados a las colonias de África. Acogieron la iniciativa con entusiasmo, y fue de esta forma como se, fueron extendiendo por todo el mundo los Centros de Recuperación Nutricional que tan buenos resultados están dando todavía, sobre todo en las emergencias.

Entre tanto, la vida transcurría en Sanare a un ritmo lento, monótono, pero lleno de vivencias pasadas que se recordaban sin cesar, cada vez más entrañables. Vivir en un pueblo aislado, sin electricidad, sin acueducto, sin automóviles, sin bicicletas (las calles empedradas hacían más difícil su uso), casi sin noticias del exterior, nostálgico de su pasado a pesar de ser igual al presente, podría parecer que conduciría a una cierta frustración. Nada de eso. Vivíamos modestamente, con sencillez casi monástica, pero las pocas cosas de las que disponíamos las gozábamos con mayor intensidad, en un ambiente de solidaridad y ayuda mutua.

Pero ante tanto silencio y tanta soledad mi pensamiento se hacía una serie de preguntas. ¿Por qué hay tanta paz en medio de tanta necesidad? ¿Cómo es capaz el ser humano de adaptarse a una vida de mínimos? ¿Por qué los hombres y mujeres tienen tanta capacidad de resignación que les permite ofrecer una apariencia de seres felices? ¿O acaso lo son realmente al no tener otras necesidades sentidas? De mi experiencia durante tres años en Sanare publiqué un libro ampliamente difundido[9], titulado “Medicina Social en el Medio Rural Venezolano”, dedicado al Dr. Santiago Ruesta, maestro y amigo, médico, sanitarista, exiliado también, quien me enseñó a dar los primeros pasos en Salud Pública.

Ese libro me abrió muchos caminos en mi vida futura. Cuando en 1960 me preguntaron en la India, en qué universidad había adquirido los conocimientos de medicina social, contesté con plena seguridad en lo que decía: “en la Universidad de Sanare”.

En 1941 fui llamado a Caracas para organizar las actividades de nutrición a escala nacional. En la década

de 1940 a 1950 se crearon una serie de instituciones, entre ellas el Instituto Nacional de Nutrición y la Escuela de Nutricionistas y Dietistas, que adquirieron cierto renombre en América Latina.

4. Vida internacional

En 1955, cuando el Instituto de Nutrición y la Escuela de Nutricionistas y Dietistas estaban en pleno apogeo, la OMS solicitó al Ministerio de Sanidad de Venezuela la posibilidad de trasladarme a Ginebra e iniciar acciones de nutrición en Salud Pública a nivel mundial. Era una tarea ambiciosa y casi imposible de cumplir, sin más recursos que mi modesta experiencia. Acepté el reto, y de paso pude visitar a mi familia de Bilbao después de 18 años de exilio[10].

La oportunidad de comenzar a hablar de “nutrición en salud pública” se presentó en un curso de nutrición que organizó la FAO en Marsella en 1956 para médicos franceses que trabajaban en las colonias de África. Preparé un documento titulado “Esquema de Nutrición en Salud Pública”, en el cual desarrollaba de forma resumida la responsabilidad de los servicios locales de salud pública frente a los problemas de nutrición. En cierto modo, mi tarea consistió en hacer un puente que comunicara la ciencia de la nutrición con la salud pública [11].

En esa época, en los círculos internacionales de las Naciones Unidas se hablaba casi exclusivamente del “kwashiorkor”, el síndrome de desnutrición grave que había sido descrito por Cecily Williams en 1935, y que yo había detectado durante mi estancia en Sanare en 1938.

Durante el curso que impartí en Marsella, al cual acabo de hacer referencia, en mi intervención sobre “Nutrición en salud Pública”, señalé la utilidad que podían prestar en las áreas de alta prevalencia de desnutrición grave los centros de recuperación nutricional, poniendo como ejemplo Sanare, el lugar donde lo pusimos en marcha por primera vez y con éxito. La idea fue bien acogida y ampliamente difundida en varios países africanos. El ahorro que ello suponía al reducir los casos de hospitalización era evidente.

En aquella época no había un modelo establecido sobre la forma de obtener información acerca de la magnitud del problema de la desnutrición grave y moderada en los países afectados, por lo que todo dependía de la capacidad de gestión y de la iniciativa de cada uno de nosotros.

En algunos países se pusieron en marcha programas efectivos, y gracias a ellos la prevalencia de las formas graves de malnutrición (kwashiorkor, marasmo nutricional) ha disminuido notablemente, pero sigue siendo grave en zonas de conflicto o catástrofes naturales. Trabajé durante veinte años en más de 60 países de Asia, África y América Latina.

Lo que predomina hoy en estos países es la desnutrición crónica pluricarencial, es decir, una deficiencia calórico-proteínica asociada a varias deficiencias de micro-nutrientes (hierro, yodo, vitamina. A, y otros nutrientes). El signo dominante en la desnutrición crónica pluricarencial es la talla baja.

En 1971, en una reunión internacional que tuvo lugar en Boston[12], sugerimos que la talla del niño de 7 años se tomara como indicador de la desnutrición crónica y la historia social de una comunidad. Entre otros argumentos, señalábamos que este indicador estaba estrechamente relacionado con el índice de desarrollo socioeconómico elaborado en Ginebra.

Este estado de desnutrición crónica es el más grave que confrontan hoy los países en desarrollo, porque en el fondo es un proceso de adaptación, irreversible en muchos de sus parámetros. Por lo tanto, tiene un mal pronóstico si nos atenemos a las posibilidades de mejorar la generación actual.

Ahora bien, el problema es mucho más grave que un simple subdesarrollo. La talla baja por razones nutricionales o socioeconómicas esconde una patología total de subdesarrollo físico y funcional, con repercusiones en el desarrollo social.

Un niño que ha padecido en los primeros años una desnutrición grave, puede presentar al cumplir cuatro años la talla de un niño de tres años, el perímetro torácico de un niño de dos, un perímetro cefálico de uno de año y medio, una capacidad de lenguaje de un niño de 14 meses, y un peso y una conducta motora de un niño de un año (Ramos Galván 1966)[13].

Un niño de seis años que a primera vista aparenta tener tres a causa de su retraso físico, no es evidentemente comparable en su conducta, en su psicología y en su capacidad de aprendizaje, a un niño normal de seis años, pero tampoco a un niño de tres. Es un ser distinto, con sus propias características biológicas y de conducta, con una organización intersensorial difícil de encuadrar estrictamente en una edad cronológica[14].

La expresión hambruna -hambre de pueblos-, se está simplificando y reduciendo a un problema de carestía de granos. La gran mayoría de los países en desarrollo viven de granos, es decir, de cereales y leguminosas.

De hecho, la política comercial internacional se juega a nivel de intercambio de granos. El trigo, el maíz, el arroz y la soja junto con algún otro producto, constituyen hoy el arma estratégica más formidable que amenazan a pueblos y continentes. Jamás antes en la historia, los alimentos tuvieron tanta importancia política. Los diplomáticos americanos, rusos y chinos dedican más horas al problema de intercambio de cereales y soja, que a otras actividades aparentemente más acuciantes

Quien quiera seguir el drama de los países con hambre, tendrá que seguir el “barómetro” de los intercambios internacionales de granos. Ahí encontrará la clave de las miserias y de las dificultades de un mundo desigual, sujeto a las presiones que se pueden ejercer para lograr alimentar a sus poblaciones.

Hemos pasado un siglo difícil, donde han confluído los avances tecnológicos más extraordinarios de la historia del hombre con las más atroces matanzas y guerras sin piedad; donde las desigualdades económicas se manifiestan como nunca antes lo hicieron: existen multitudes de seres humanos en los cinco continentes que mueren de hambre y sufren de mengua, y conviven con otros que padecen una creciente mortalidad y prevalencia de procesos signados por el exceso en el comer y el sedentarismo. Todo eso en la misma época histórica, en el mismo planeta Tierra. Nunca antes se habían dado tantos contrastes en la vida del hombre. Nunca antes se habían conjugado simultáneamente tanto avance y tanto atraso, tanto conocimiento y tanta ignorancia, tanto equilibrio mental individual y tanto desequilibrio social; en fin, nunca antes se había visto tanto amor por la humanidad como lo demuestran los grupos voluntarios a comienzos de este siglo, y tanto desamor y crueldad, lo mismo en las guerras como en la paz.

Como dijo Sir Jhon Boys, primer Director General de la F AO , hace más de 50 años: “si no hay pan para todos, no puede haber pasteles para nadie”[15].

Hace 30 años dejé la OMS , cuando los problemas de la malnutrición eran altamente prioritarios. Hoy la situación ha cambiado[16].

A fines de la década de los años 70, cuando se re inició la época democrática fui invitado por el Lehendakari Garaikoetxea para asesorar a la Consejería de Sanidad recién creada. Fueron cuatro años de gratos recuerdos, pero regresé a Caracas ha hacerme cargo de una Fundación destinada a la lucha contra el hambre, que era lo mío. En estos últimos años mi vinculación a Venezuela ha cristalizado en esa mezcla mágica de gratitud y entrega.

Al recibir ahora, al cumplir 90 años de edad, este reconocimiento, deseo dedicárselo a mi esposa Amaya, así como a mis hijos, nietos y biznieto, quienes algún día podrán recordar mis andanzas en una Hoja de Ruta de lucha contra el hambre. También tengo en mi recuerdo a mi hermano Pedro, Sacerdote.

Gracias a la Universidad de Alicante, gracias a las autoridades, gracias a todos.

[1] Un siglo en la vida del Banco de Bilbao. Edit. Espasa Calpe. S.A. Bilbao. 1957. Durante un siglo aproximadamente (1860-1960) tuvo Bilbao un desarrollo económico extraordinario, gracias a la explotación del hierro de las minas cercanas a la industria metalúrgica y naviera. Desde mi casa, donde nací, se oían las explosiones de los barrenos a las 8 a .m, a las 12 m y a las 4 p.m. El hierro se enviaba principalmente a Inglaterra, y desde allí venían los barcos cargados de carbón. Miles de barcos entraban y salían anualmente por la ría de Bilbao. La influencia de Londres fue notable en la vida bilbaína. Vestirse a la inglesa, fumar en pipa, tocarse con sombrero hongo y llevar el paraguas bien enrollado y colgado del brazo era para muchos bilbaínos signo de insuperable distinción. Así fue como yo viví el Bilbao de los ricos a comienzos del siglo XX.

[2] Fusi .I:P. Política Obrera en el País Vasco. Edif. Turner. Madrid. 1975. Este autor recoge con gran detalle las lamentables condiciones de vida a las que fueron sometidos los trabajadores de las minas. A fines del siglo XIX, Bilbao y el área minera cercana no llegaba a los 80.000 habitantes, y se estima que en los años sucesivos llegaron 60.000 nuevos habitantes de las provincias cercanas, contabilizando a los obreros y a sus familias. Bilbao no estaba preparado socialmente para recibir tal contingente humano. No había infraestructura sanitaria, ni viviendas, ni escuelas, ni tantos otros servicios. Los mineros recién llegados fueron acogidos en barracas, mientras las familias se las arreglaban en míseras chabolas o viejas viviendas, hacinándose varias familias en un solo cuarto. Así se explica, como dice Fusi, que en 1896 la tasa de mortalidad en Bilbao fuera anormalmente elevada, 45 por mil, la más alta de Europa. En el resto de la provincia de Vizcaya era de 19,1 por mil, cifra más razonable para la época. Las causas de mortalidad en el Bilbao de finales del siglo XIX fueron el sarampión, la viruela, la difteria, el cólera y la gripe (Fusi), a la que seguramente habría que añadir la tuberculosis como causa importante de morbilidad y mortalidad.

[3] Unamuno de M Mi bochito. Colección "El cofre del bilbaíno". Ediciones de la Librería Arturo. Bilbao. 1965. pág. 222, ' "Sigo con atención y ansiedad de hijo lo que pasa en Bilbao -decía en 1905- y observo que, debajo de estas rudas, de estas a menudo innobles luchas que lo desgarran, debajo de esta barbarie a que el sectarismo lleva a unos y a otros, debajo de cierta ostentuosidad, no siempre de buen gusto, vive, se desarrolla y crece cierto núcleo de honda espiritualidad. Y observo que bajo este rudo caparazón bélico se está formando un espíritu que me hace concebir esperanzas de un porvenir elevado y noble, de un porvenir de alta idealidad". (De la conferencia dada en Bilbao el 11 de Agosto de 1905).

[4] Eran los primeros días de octubre de 1932. El director del sanatorio era el Dr. Manuel Tapia, destacado sanitarista y fisiólogo de Madrid. No había tratamiento salvo el reposo. Me ponían diariamente una inyección de calcio intravenoso. Aproveché el tiempo para leer muchos libros de literatura, y dediqué varias horas al día a estudiar el libro del Profesor Novoa Santos de Patología General, del cual aprendí algunos de los capítulos casi de memoria. Esto último tuvo mucho que ver con las notas que saqué en Valladolid en los tres últimos años de carrera. También asistí a algunos cursos y conferencias del Dr. Gregorio Marañón en Madrid, y fui aficionándome a la endocrinología y nutrición. Perdí un año. Pero de haber sido durante los primeros años un estudiante del montón, sin sobresalientes ni suspensos, pasé a sacar notas muy buenas y estar entre los primeros del curso. El tiempo que dediqué en el sanatorio al estudio dio sus frutos.

[5] Sanidad Militar en Euskadi. Departamento de Sanidad Militar. Gobierno Vasco. Bilbao, Febrero. 1937.

[6] Caracas era en esa época una ciudad atrayente, de casas coloniales de una sola planta, con hermosos patios y ventanas con celosías. Los hombres trajeados de blanco y corbata, con sombrero de pajilla. Las mujeres con vestidos floreados y con frecuencia con sombreros multiformes. El caraqueño se mostraba ceremonioso en el trato y me sentí a gusto en todas las entrevistas. Debo mencionar de manera especial el recibimiento que me hizo el Dr. Enrique Tejera, profesor de Patología Tropical, quien me ofreció su biblioteca para leer temas sobre patología tropical y de la cual hice uso en numerosas ocasiones.

[7] El arsenal terapéutico que se disponía en las farmacias era muy escaso, predominaban reconstituyentes, antianémicos, aspirina, salicilato, digital, permanganato

y poco más. Pero junto a los problemas médicos que tenían un tratamiento inseguro, las visitas a los caseríos me iba descubriendo una realidad más honda, de carácter social, directa e indirectamente asociada a las causas y persistencia de enfermedades infecciosas, parasitarias, nutricionales, y algunas otras que exigían un enfoque de mayor amplitud. Eran enfermedades que dominaban la vida de la comunidad, en la que prácticamente toda la población padecía alguna de ellas. Un Ministro de Salud de Venezuela, A. Gabaldón, dijo alguna vez que el 80% de los venezolanos padecían sólo de 10 enfermedades. Pero lo que más me preocupaba eran las condiciones de vida: la mísera vivienda, los bajos salarios, la falta de saneamiento, la escasa formación escolar y sobre todo la alimentación deficiente, y por ende, la desnutrición de la población. Pero todo ello en un contexto de aparente normalidad, de equilibrio ecológico y social, como si la vida hubiera sido siempre así. Era una comunidad que no se sentía agraviada por la sociedad injusta

[8] En 1938 yo estaba en Sanare. No me había llegado la información que tres años antes, en Costa de Oro (hoy Ghana), una doctora inglesa, Cicely Williams, había descrito por primera vez el “kwashiorkor”, enfermedad que coincidía con el cuadro clínico que yo veía en Sanare. Williams C.D. Kwashiorkor: a nutritional disease of children associated with a maize diet. *Lancet* 2. 1151-1152. 1935.

[9] Bengoa, J.M Medicina Social en el Medio Rural Venezolano. *Rev. Sanitaria y Asistencia Social*. Caracas, Octubre. 1940. Se han hecho tres ediciones más: 1946, 1980 y 1992. En este escrito desarrollé la tesis de que cuatro problemas sociales dominaban la escena: la alimentación deficiente, y como consecuencia, una desnutrición crónica con casos esporádicos graves; una vivienda pobre de barro, caña y palma, con piso de tierra; salarios muy bajos y un nivel educativo muy bajo, con gran porcentaje de analfabetos. Estos cuatro factores sociales incidían en las enfermedades predominantes: la parasitosis, la mortalidad infantil y preescolar, la tuberculosis, y la gastroenteritis, entre otras. Todas estas circunstancias me hicieron estimar que era necesario una movilización de la comunidad. Había que exigir a los poderes públicos un esfuerzo adicional en forma de extensión de la seguridad social al medio rural, de un estímulo para la organización de cooperativas, y sobre todo, un fuerte impulso educativo para fomentar el desarrollo comunitario.

[10] Me preguntaba entonces si el exilio forzoso habría ya terminado. Creo que de manera formal sí había concluido. Un exilio que se soportaba a fuerza de memorizar el pasado familiar y las amarras afectivas

perdidas. La memoria geográfica, histórica y vivencial del exiliado es una constante vital. Las imágenes de una infancia y juventud más o menos afortunada o triste, pasan y repasan por la mente del transterrado de manera continua. La memoria se hipertrofia, y en cierto modo se deforma, y hasta lo trivial pasa a ser un acontecimiento. Por estos motivos, no es extraño que muchos exiliados que volvieron ilusionados a su tierra al comienzo de la era democrática no se adaptaran a la realidad del momento, y por una u otra causa no pudieron ser protagonistas del cambio. Tal vez les sobraba memoria. También el exiliado magnifica los espacios geográficos que conoció y sobreestima la calidad de vida del medio donde se desarrolló su infancia.

[11] Bengoa, J.M Les programmes de nutrition envisagés sous l’angle de la santé publique. In: *Nutrition et alimentation tropicales*. Recueil des conférences du deuxième cours de nutrition pour l’Afrique Noire, Marseille, octobre-décembre 1955. Food and Agriculture Organization, Rome. 1957 (Réunions de la FAO sur la nutrition, n° 20), p. 1859. En ese curso de Marsella pude esbozar algunas ideas acerca de los “indicadores indirectos” a fin de obtener una visión del problema a través de una visita rápida a los países en vías de desarrollo de África, Asia y América Latina. Entre los “indicadores indirectos” señalé que la tasa de mortalidad de niños de 1-4 años era mejor que la tasa de mortalidad infantil en los países con lactancia materna prolongada. La tasa de mortalidad de 1-4 años era en los países en desarrollo 30 ó 40 veces más alta que en los países desarrollados, en tanto que la mortalidad infantil era 5 ó 6 veces superior. Las formas graves de kwashiorkor se daban en el periodo del destete, entre el segundo y el tercer año de edad. La tasa de mortalidad de 1 a 4 años no era fácil de obtener en muchos países, fundamentalmente por carecer de censos de población. Por ello tuvimos que utilizar los datos de las parroquias. A través de ellas conseguíamos el porcentaje de muertes de menores de 5 años por cien fallecimientos en un año. Otra fuente de información eran los hospitales, donde conseguíamos cifras sobre la tasa de letalidad por cada 100 hospitalizados con kwashiorkor: era frecuente obtener como resultado un 30%. Estos son algunos de los ejemplos de los problemas que teníamos que afrontar en nuestras visitas a estos países.

[12] Bengoa, J.M Significance of malnutrition and priorities for its prevention. *Proceedings of an International Conference: “Nutrition, National Development and Planning*. Cambridge, Mass. USA. MIT. Press 1971. Esta adaptación es un fenómeno de autodefensa, que se logra a través de una reducción de la velocidad de

crecimiento, y de una disminución de la actividad física, a fin de reducir los requerimientos nutricionales. No son por lo tanto, niños y adultos fisiológicamente “normales”, sino seres adaptados a las condiciones que el ambiente y los factores socioeconómicos les impone.

[13] Ramos Galván R Malnutrition in the preschool chil. National Academy of Scienc. N.R C. Publication. 1282 Washington D. C. p. 151. 1966.

[14] Bengoa, J:M Malnutrition and infections diseases: the surviving child. Biotech and Bioeng. Symposium N° 1 pgs. 253-276. 1969. En la literatura científica de los años 60, se pueden leer términos que analizados con una sensibilidad social son agobiantes. Se decía, por ejemplo, que la desnutrición asociada por lo general a infecciones repetidas... “distorsiona” la simetría del cuerpo; produce una “perversión” del desarrollo; causa un desarrollo “inarmónico”; crea un niño “desproporcionado”; determina un crecimiento “desequilibrado”; puede ser la causa de una “inarmónia” psicosocial y de un desajuste en el aprendizaje. No se hablaba pues de simple retraso, que en sí mismo puede ser importante, sino de distorsión, perversión, desproporción, desequilibrio, inarmonía, desajuste, etc., y esto es mucho más grave. Son los supervivientes. Todavía hoy, franquean y superan el riesgo de la muerte en los primeros años de vida niños que hubieran sido capaces igualmente de vencer el peligro cuarenta años atrás, pero también muchos de los que años antes hubieran sucumbido inexorablemente. Cada día, por tanto, se van salvando más vidas gracias a la acción médico-sanitaria y no gracias al mejoramiento de las condiciones de vida. Un caso común en nuestro medio podría ilustrar mejor lo que se quiere decir. Podría ser el de un niño que desde su nacimiento ha pasado seis episodios de conjuntivitis, cinco diarreas, diez infecciones de las vías respiratorias altas, cuatro bronquitis y un episodio de sarampión seguido de bronconeumonía. En 24 meses este niño ha pasado 27 episodios infecciosos y ha estado con alguna infección el 30% de su vida. La alimentación además ha sido muy deficiente, y cada infección ha producido una pérdida de peso de la cual nunca ha podido recuperarse totalmente. A los dos años de edad el niño tiene un año de retraso en su desarrollo físico y funcional. Hace cuarenta años, un niño con esta historia hubiera probablemente muerto. Hoy es un “superviviente”, porque gracias a las nuevas drogas ha podido salir del paso milagrosamente.

[15] No será necesario esperar a vencer la pobreza para eliminar la desnutrición grave en el mundo. Será necesario, sin embargo, llevar a cabo medidas macroeconómicas, disminuir desigualdades, y elevar los sentimientos de solidaridad internacional; pero, al final de cuentas, todo dependerá de que la madre que cuida de su hijo pequeño, tenga a su lado el consejo y apoyo adecuado. Hace 20 ó 30 años se dio el caso más extraordinario en América Latina. Este subcontinente mantenía a través de los años unos índices altos de mortalidad infantil y preescolar. Rondaban los 40 por mil nacidos vivos y 10 a 15 por mil en niños de 1 a 4 años, respectivamente. De pronto, tres países se dispararon de promedio. Tres países que tenían gobiernos totalmente distintos: Cuba (con la dictadura de izquierdas de Fidel Castro), Chile (con la dictadura de derechas, de Pinochet) y Costa Rica (con una democracia representativa). Pues bien, los tres países lograron en pocos años disminuir sus tasas de mortalidad infantil a valores de 6 por mil nacidos vivos para los primeros, y menos de 1 para el segundo caso. ¿Qué había pasado? Los tres países contaban con excelentes redes de servicios locales de salud y escuelas, con personal competente y amplia cobertura. Ese fue el milagro. La atención directa a la población permitió colocar esos tres países con indicadores de salud; iguales o superiores a los de los países desarrollados.

[16] Global Review of Primary Health Care Global Report. Bengoa, R.; Adams, O.; Kawar, R WHO. Geneva. 2003. Según este informe de la OMS los problemas sanitarios prioritarios a comienzos del siglo XXI son los siguientes: malaria, tuberculosis, sida, salud materna, higiene de los alimentos, cáncer, cardiovasculares, diabetes, tabaquismo y sistemas de salud. Las proyecciones para los próximos 20 años son, según el mismo informe, las siguientes:

- Reducción en un 46% de las enfermedades diarreicas.
- Aumento de las depresiones en un 60%.
- Aumento en un 88% de los accidentes de tráfico.
- Aumento en un 44% de la isquemia cardiaca.
- Aumento de la violencia en un 103%.

Semblanza de la Dra. Myriam Puig Abulí

Elizabeth Dini

Myriam Puig Abulí, nace en Caracas un 27 de octubre y sus estudios primarios y secundarios los realiza en la misma ciudad. Ingresó a la Escuela de Medicina “Dr. Luis Razetti” de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, donde se destacó como una alumna sobresaliente de la promoción “Dr. Félix Pifano 1972” con el Título de “Médico Cirujano” Magna Cum Laude. Durante sus años de estudios, recibió los premios “Dr. José Gregorio Hernández” de la Cátedra de Histología, finalista en el segundo puesto en el concurso “Augusto Pi Suñer” que otorga la Cátedra de Fisiología, premio “Rudolf Jaffé” de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la UCV.

Posteriormente, hizo sus estudios de postgrado en el *Department of Nutrition and Food Science en Cambridge, Massachusetts EUA*; obtiene el título de “*Doctor of Philosophy*” (Ph.D) en el *Massachusetts Institute of Technology (M.I.T)* en 1978 al desarrollar la tesis en el campo de la bioquímica nutricional y metabolismo, titulada “*Protein Requirements in Young Adult Men: Nitrogen Balance Studies of Dietary Protein Utilization at Multiple Levels of Intake*”. Durante su estadía, trabajó por dos años en el Centro de Investigaciones Clínicas del M.I.T como asistente en la Cátedra de Fisiología, y fue residente de Pediatría Médica en el *Children’s Hospital Medical Center de Harvard Medical School en Boston*.

Viaja a España e ingresa a la Facultad de Medicina de Navarra en Pamplona trabajando como Residente III y luego como Profesora Ayudante de Pediatría. En 1980 presenta la prueba de Conjunto para Convalidación de Estudios Médicos, obteniendo el grado de “Licenciada en Medicina y Cirugía” de la Universidad de Navarra con calificación sobresaliente. Dos años después recibe el título de “Médico Especialista en Pediatría”, ejerciendo además una labor docente en Navarra. En 1985 culmina el Doctorado en Medicina y Cirugía de la misma Universidad y recibe el título de “Doctor en

Medicina y Cirugía” con calificación sobresaliente *Cum Laude*.

Al regresar a Caracas se dedicó con pasión a ejercer la pediatría en el Departamento de Pediatría del Centro Médico Docente La Trinidad y en el Hospital de Clínicas Caracas. Sin embargo, pudo dedicar mucho de sus conocimientos, pero no así el tiempo suficiente como habría querido y deseaba a la nutrición, a través de su trabajo como docente, investigadora, tutora, jurado de tesis y de trabajos de grados en la Unidad de Investigaciones en Nutrición y Gastroenterología Infantil del hospital Miguel Pérez Carreño, en el Postgrado de Pediatría del mismo hospital (1986-1990), en el Postgrado de Nutrición del Departamento de Tecnología de Procesos Biológicos y Bioquímicos de la Universidad Simón Bolívar (1987, 1992, 1993), en la Unidad de Neurociencias del Instituto Internacional de Estudios Avanzados (IDEA) en 1988 y en el Colegio Universitario Jean Piaget.

Su discurso ameno, innovador, dinámico, claro y profundo conque transmitía las ideas producto de horas de reflexión, luego de un estudio exhaustivo y de una observación aguda de la realidad, que se conjugaba con un acercamiento sencillo y directo al público, le valió su participación como ponente en temas de Medicina y de Ética tanto en nuestro país como en el exterior (Madrid, Bruselas, Brighton, Varsovia, Praga, Roma), en más de 300 reuniones científicas, en conferencias, coloquios, mesas redondas, talleres y seminarios, entre otros.

Una labor muy importante fue su dedicación a la formación en valores en institutos universitarios, centros culturales, universidades y colegios, donde dictó más de 112 exposiciones, tratando temas sobre la familia, los valores, la comunicación, la fe, el rol de la mujer en la sociedad y la sexualidad. Estaba convencida que *la construcción de una mejor sociedad, debía centrarse en la formación de valores en la familia*, siendo la educación una vía fundamental para lograrlo.

Con Myriam se podía conversar de cualquier tema pasado o actual, de las ciencias básicas, biológicas, humanísticas, filosóficas, teológicas, culturales, deportivas. todos estaban impregnados por su sentido de curiosidad en el querer saber y en el conocimiento de lo que vivía y palpaba.

Solicitar copia a: Dra. Elizabeth Dini. Centro de Atención Nutricional Antímamo (CANIA). Caracas – Venezuela. Av. Intercomunal de Antímamo con Av. Principal del Algodonal. Antímamo. ZP: 1100, Apartado 20485, Caracas, Venezuela. Teléf: 4714848 Fax: 4714347.

En nuestro país trabajó intensamente en la promoción de la práctica de la lactancia materna, de la adecuada alimentación y nutrición del niño y del adolescente, la importancia de las vitaminas y minerales especialmente el zinc, cobre, hierro y el calcio en el crecimiento y desarrollo del niño y en la alimentación del ser humano. Profundizó en la alimentación del niño con diarrea y patología gastrointestinal, el efecto de la TV en la infancia, trastornos del apetito en el niño y en el adolescente, errores innatos del metabolismo, nucleótidos en la nutrición infantil y la importancia de los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. Por muchos años en casi todas las reuniones científicas sobre la pediatría y la nutrición, Myriam fue invitada permanente, su presencia aseguraba la asistencia masiva, porque estaban seguros que recibirían una charla amena y actualizada.

Para los profesionales jóvenes del área de la pediatría y la nutrición, representó junto a otros de su misma generación, el deber ser de la atención al paciente y la guía para aproximarse al estudio y al ejercicio de la profesión recién adoptada.

Desarrolló una labor importante como Directora de la Revista "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría" entre 1988 y 1993 y como miembro del Consejo Asesor entre 1994 y 2000. También fue miembro del Consejo Editorial de la Revista Acta Pediátrica Española desde 1981, Archivos Latinoamericanos de Nutrición desde 1995, Anales Venezolanos de Nutrición desde 1996, del Consejo de Publicaciones de la Fundación Cavendes (1997-1998), del Comité Asesor Internacional de Wyeth, coordinadora de la publicación trimestral de "Nutri Notas" de Alimentos Heinz (1993-2001), Asesora Técnica de las Guías de Alimentación para Venezuela del niño menor de 6 años, ediciones Cavendes 1996.

Participó además en varias reuniones nacionales y latinoamericanas de expertos en nutrición, donde su aporte en las discusiones sobre temas fundamentales contribuyó significativamente en la excelencia de los resultados, los cuales quedaron como testimonios en las publicaciones de varios libros y monografías. Siempre

defendió con mucha pasión sus principios y con sabiduría argumentaba su posición en temas polémicos sobre la alimentación y nutrición.

En revistas internacionales y nacionales publicó más de 170 trabajos en el campo de la medicina y de la familia, tema que le apasionaba y le preocupaba por la realidad que se le presentaba y por su capacidad visionaria de palpar el futuro mediato.

En esta labor tan fructífera fue merecedora de varios premios como: Premio Ordesa a la Investigación Pediátrica de la Sociedad Española de Pediatría (1982), compartió los premios Nacional de Pediatría Dr. Pastor Oropeza (1986 y 1988), Mención Honorífica al Premio Nacional de Medicina "Dr. Luis Razetti" (1988), Premio Fundación Carla (1988 y 1996), Mención en Nutrición Clínica en el II Congreso Nacional de Nutrición (1991), Segundo Premio Nacional de Pediatría (1996), Nominada para el Premio Kellogg's de Excelencia en Alimentación y Nutrición 1999 mención Noveles y el Reconocimiento a la Excelencia por la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela en septiembre de 2002, que le fue entregado días antes de su partida.

Por su merecida labor en el campo de la nutrición pediátrica, la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría creó a partir del 2004 el Premio de Nutrición "Dra. Myriam Puig Abulí" para el mejor trabajo científico en el área de la nutrición dentro del marco del evento anual de esta Sociedad.

Si algo caracterizó su trabajo y su vida, fue su persistente dedicación al estudio, su profundo sentido de la trascendencia en lo que creía y hacía, su constante reflexión en búsqueda de las respuestas a las interrogantes que se le presentaban, una perfecta combinación de intuición y observación aguda de la realidad, que la ubicaba unos cuantos pasos antes de los demás. En especial, un fino sentido del humor que le permitió poner a un lado las cosas triviales que entorpecían lo que realmente tenía significado y por sobre todas las cosas, su infinita fe en la capacidad del hombre y en Dios.